

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



TESE DE DOUTORADO

A abordagem médica centrada na pessoa
no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus
em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo.

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, abril de 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



TESE DE DOUTORADO

A abordagem médica centrada na pessoa
no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus
em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo.

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Castro, Rodrigo Caprio Leite de

A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo / Rodrigo Caprio Leite de Castro. -- 2015.

218 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Hipertensão. 3. Diabetes Mellitus. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Knauth, Daniela Riva , orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniela Riva Knauth, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (orientadora).

Profa. Dra. Iná da Silva dos Santos, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

Profa. Dra. Olga Garcia Falceto, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Gustavo,
era isto que o papai fazia no escritório,
e foi esta a forma que eu encontrei de reparar esse
tempo,
é para ti.

AGRADECIMENTOS

À Martha, por escrever comigo o projeto maior no qual esta tese se insere, a vida a quatro mãos.

À minha mãe, Eleonora, e a meu pai, Alberto, pois o que aprendi com vocês é matéria-prima para todas as minhas teses.

A meu irmão, Fabio, pelas conversas de abrir caminhos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e a todos os seus professores, por todo o aprendizado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo financiamento parcial dos custos desta tese.

Aos colegas professores do Departamento de Medicina Social, principalmente aos do Setor de Atenção Primária à Saúde, pela importância nesta trajetória.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, por possibilitar a formação acadêmica dos profissionais, oferecendo suporte institucional.

Ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e a todos os seus profissionais de saúde, por toda a colaboração.

À Equipe da Unidade Jardim Itu, por todo o apoio e compreensão em todos os momentos.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à sua unidade de bioestatística, pela assessoria prestada, em especial à Aline Castello Branco Mancuso, pela contribuição fundamental nas análises estatísticas.

Ao Laboratório Bioanálises, à Diretora Administrativa Marciana Masiero D'Almeida e ao coletador José Hilton Fernandes, pela parceria e profissionalismo empenhado nas coletas domiciliares de hemoglobina glicada.

Às entrevistadoras Dijaíla Martin Brisolara, Emanuela Rovesti Krieger, Fernanda Gomes da Cruz Ferreira, Jéssica Endres Gaspar, Polyanna Venturela da Silva, Victória Cardoso da Luz, Vitória Farias da Silva, Viviane Locatelli Rupolo e ao entrevistador Álisson Leão Fernandes, por todo o trabalho e dedicação, pela equipe que formamos e por tudo o que aprendemos neste projeto.

Por fim, à minha orientadora Daniela Riva Knauth, referência maior do meu percurso acadêmico. Pela acolhida, sempre. Por tudo o que aprendi com você, por ter-me ensinado a pensar, a sentir, a me relacionar com o problema de pesquisa. A imergir em seu âmbito e, neste processo, a ganhar, a perder e, além disso, a descobrir.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	12
APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DA LITERATURA	21
1) MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONTEXTO HISTÓRICO, AUTORES E CONCEITOS	21
1.1) O movimento em direção à pessoa.....	21
1.2) Precusores da medicina centrada na pessoa.....	24
1.2.1) Rogers e a psicologia humanista.....	24
1.2.2) Tournier e a medicina da pessoa.....	27
1.2.3) Balint e a medicina centrada no paciente.....	28
1.3) Depois de Balint.....	30
1.4) Balint no Brasil.....	33
1.5) Engel e Kleinman.....	36
1.6) Grupo canadense: o método clínico centrado na pessoa.....	38
2) REFERENCIAL TEÓRICO PARA A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM DESFECHOS CLÍNICOS	42
3) FATORES QUE INFLUENCIAM A MEDICINA CENTRADA NA PESSOA	45
4) MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA	50
4.1) Pesquisa em desfechos centrados no paciente.....	52
5) EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	55
5.1) Medicina centrada na pessoa e desfechos em atenção primária à saúde.....	56
5.1.1) Medicina centrada na pessoa e a adesão ao tratamento.....	60
5.1.2) Medicina centrada na pessoa e os resultados biométricos: pressão arterial sistólica e diastólica, hemoglobina glicada, lipoproteína de baixa densidade, lipoproteína de alta densidade e triglicerídeos.....	62
5.2) Medicina centrada na pessoa em atenção secundária e/ou em patologias específicas...	67
5.2.1) Medicina centrada na pessoa no cuidado à pessoa com diabetes mellitus em atenção secundária.....	68
5.2.2) Medicina centrada na pessoa no cuidado à pessoa hospitalizada.....	69
5.2.3) Medicina centrada na pessoa no cuidado à pessoa com doenças específicas.....	71
5.3) Medicina centrada na pessoa em aspectos ou situações relevantes para a prática clínica.....	74
5.4) Medicina centrada na pessoa e o tempo de consulta.....	77

6) MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NA PERSPECTIVA DO MÉDICO.....	79
7) ANÁLISE CRÍTICA DO CONJUNTO DE EVIDÊNCIAS.....	82
7.1) Considerações acerca dos conceitos utilizados.....	82
7.2) Considerações acerca das metodologias utilizadas.....	83
7.3) Síntese dos resultados observados em atenção primária à saúde: nível de evidência e grau de recomendação.....	86
8) PESQUISAS SOBRE A MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NO BRASIL.....	90
OBJETIVOS.....	92
Objetivo geral.....	92
Objetivos específicos.....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ARTIGO 1. Fatores associados à abordagem médica centrada na pessoa em atenção primária à saúde.....	106
ARTIGO 2. Associação entre o grau de orientação à abordagem médica centrada na pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde.....	132
ARTIGO 3. Papel dos atributos dos médicos na produção da abordagem médica centrada na pessoa em atenção primária à saúde.....	156
ARTIGO 4. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde.....	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
ANEXOS.....	197
a. Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição.....	198
b. Instrumento aplicado aos pacientes.....	201
c. Instrumento aplicado aos profissionais médicos.....	210
d. Instrumento aplicado na revisão dos prontuários.....	212
e. Instrumento de medida da satisfação.....	214
f. Preparação para o trabalho de campo.....	215
g. Tabela com o total de faltas, recusas, perdas e exclusões por unidade de saúde.....	216
h. Tabela descritiva das faltas e recusas.....	217
i. Localização das áreas de abrangência das doze unidades de atenção primária à saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.....	218

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AR – Artrite Reumatoide

AVAQ – Anos de Vida Ajustados por Qualidade

CCPBE – Cuidado Centrado no Paciente Baseado em Evidência

CIMCP – Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus Tipo 2

DP – Desvio Padrão

ECR – Ensaio Clínico Randomizado

EUA – Estados Unidos da América

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HDL – Lipoproteína de Alta Densidade

HMDAR – Hierarquização da Medida, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMCCP – Medida da Comunicação Centrada no Paciente

IPDCP – Instituto de Pesquisa em Desfechos Centrados no Paciente

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

MBE – Medicina Baseada em Evidência

MCA – Medida de Cuidado Ambulatorial

MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MFC – Medicina de Família e Comunidade

NHS – National Healthcare Service

NNT – Número Necessário para Tratar

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PDCP – Pesquisa em Desfecho Centrado no Paciente

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPCC – Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta

QEPP – Questionário da Experiência do Paciente de Picker

QMAP – Questionário de Medida da Atenção Primária

RC – Razão de Chance

RCEI – Razão de Custo-Efetividade Incremental

RIMCP – Rede Internacional de Medicina Centrada na Pessoa

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

US\$ – Dólares Americanos

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

RESUMO

No Brasil, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) vem sendo introduzido e estudado, nos últimos anos, principalmente, por médicos atuantes na atenção primária à saúde (APS). Nesse nível de atenção, o manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) são ações programáticas prioritárias, pois são fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morbimortalidade. Desse modo, considerando o MCCP uma importante ferramenta clínica para a atenção em APS, é fundamental estudar se, nesse contexto, a maior orientação a esse método associa-se com a melhor qualidade do manejo da HAS e da DM. O objetivo deste estudo é identificar as variáveis associadas com o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do usuário, e investigar a relação deste com a qualidade do manejo da HAS e do DM em APS. Trata-se de estudo transversal, realizado, com pacientes hipertensos e/ou diabéticos e os seus respectivos médicos, nas 12 unidades de um serviço de APS em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período compreendido entre novembro de 2013 e novembro de 2014. Incluíram-se os pacientes maiores de 18 anos, inscritos no Programa de Hipertensos e Diabéticos, que tinham duas ou mais consultas realizadas nos últimos dezoito meses com o mesmo médico. As entrevistas foram realizadas logo após a consulta do paciente com o médico, na unidade de saúde, por entrevistadores treinados. Todos os médicos cujos pacientes foram entrevistados também fizeram parte do estudo. Além do questionário aplicado após a consulta, foi aferida a pressão arterial (em duas medidas) e coletada a hemoglobina glicada (HbA1c) dos pacientes diabéticos, em casa, por um laboratório contratado. O grau de orientação ao MCCP foi medido pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC), validado no Brasil. As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%, bicaudal. Os seguintes métodos estatísticos foram aplicados: teste qui-quadrado de Pearson, coeficiente de correlação de Spearman, Teste de Kruskal-Wallis, Teste de Mann-Whitney U e regressão de Poisson com variância robusta, controlada para o efeito de *cluster*. O aumento da “escolaridade” do paciente (RP 1,04, IC95% 1,02 - 1,06, valor-p<0,001) e do “tempo de acompanhamento com o médico” (RP 1,01, IC95% 1,00 - 1,02, valor-p=0,032) se associaram significativamente com a maior prevalência de baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) atribuído aos médicos pelos pacientes por eles atendidos. Por outro lado, as variáveis “mora sozinho” (RP 0,83, IC95% 0,72 - 0,96, valor-p=0,011) e “autopercepção de saúde regular/ruim/muito ruim” (RP 0,88, IC95% 0,77 - 1,00, valor-p=0,041) se associaram com a menor prevalência de orientação à pessoa. Nas análises que buscaram investigar a associação entre a maior orientação à pessoa e a maior proporção de alcance de desfechos, identificou-se que o baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) esteve associado com a maior prevalência de aconselhamento de prática de atividade física (RP 1,17, IC95% 1,07 - 1,28, valor-p=0,001), de orientação sobre cuidados com os pés (RP 1,87, IC95% 1,35 - 2,57, valor-p<0,001) e de exame dos pés (RP 2,92, IC95% 1,97 - 4,32, valor-p<0,001), esses dois últimos desfechos medidos em relação aos pacientes diabéticos. No entanto, não se encontrou associação significativa entre a maior orientação ao MCCP e a maior prevalência de controle de pressão arterial sistólica, diastólica e de HbA1c. As variáveis idade do médico (r_s -0,24, valor-p<0,001), tempo de formado (r_s -0,29, valor-p<0,001), tempo no serviço (r_s -0,26, valor-p<0,001) e tempo na unidade (r_s -0,21, valor-p<0,001) foram correlacionadas negativamente com a mediana do escore geral do PPCC estimada para cada profissional (o aumento daquelas variou junto com a diminuição da mediana, o que significa maior orientação ao MCCP). Evidenciou-se também que a mediana do escore geral do PPCC

calculada para os profissionais do sexo feminino (1,21, IC95% 1,14 - 1,36) foi significativamente menor do que a dos profissionais do sexo masculino (1,29, IC95% 1,21 - 1,36, valor-p<0,001), o que indica maior orientação à pessoa por parte das médicas. Da mesma forma, a mediana do escore geral do PPCC dos que referiram participação em educação continuada a respeito de abordagem centrada na pessoa ou MCCP fora do SSC (1,21, IC95% 1,14 - 1,29) foi significativamente menor do que a dos que não relataram essa participação (1,25, IC95% 1,14 - 1,39, valor-p=0,002). Verificou-se também a mediana do escore geral do PPCC para cada unidade de saúde e encontrou-se diferença significativa na comparação entre elas, demonstrando-se que o contexto em que o médico trabalha exerce influência na sua abordagem. O baixo escore geral do PPCC (o que significa maior orientação ao MCCP) esteve associado com a maior satisfação dos pacientes com aspectos relacionados ao serviço (forma de agendamento [valor-p=0,003] e cordialidade da recepção [valor-p=0,028]) e ao atendimento médico (atenção dada às queixas pelo médico [valor-p=0,012], exame físico do médico [valor-p<0,001], explicações sobre o problema [valor-p=0,001] e explicações sobre o prognóstico [valor-p<0,001]), com a consulta em geral (valor-p=0,023) e com o tratamento da HAS e/ou DM na unidade de saúde (valor-p=0,006). Dessa forma, os resultados deste estudo trazem importantes implicações para a compreensão dos fatores envolvidos com o maior centramento da abordagem na pessoa. Esses achados evidenciam que a maior orientação ao MCCP se associa com a maior prevalência de importantes abordagens clínicas no âmbito do atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos e com a maior satisfação do paciente com a consulta em APS. Contudo, pesquisas posteriores são necessárias, para, principalmente, esclarecer a teia de variáveis, a relação multifatorial que conflui para o controle da pressão arterial e da HbA1c.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the patient-centered clinical method (PCCM) has been introduced and studied in recent years mainly by primary health care (PHC) doctors. At this level of care, the management of systemic hypertension (SH) and diabetes mellitus (DM) are priority programmatic actions, because they are modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which are the main cause of morbimortality. Thus, considering the PCCM as an important clinical tool for PHC, it is essential to study whether, in this context, the stronger orientation towards this method is associated with a better quality of SH and DM management. The aim of this study is to identify the variables associated with the degree of PCCM orientation, evaluated according to the user's perception, and to investigate its relationship with the quality of SH and DM management in PHC. It is a cross-sectional study developed with hypertensive and/or diabetic patients and their respective physicians in the 12 health care centers of a PHC service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, between November 2013 and November 2014. Patients enrolled in the Hypertension and Diabetes Program who were 18 years old or over and had two or more medical appointments in the last 18 months with the same physician were included. The interviews were accomplished by trained interviewers at the health care center, immediately after the patient's appointment with the doctor. All the physicians whose patients were interviewed were also part of the study. Besides the questionnaire applied after the appointment, the blood pressure was checked (in two measures) and the glycated hemoglobin (HbA1c) of the diabetic patients was collected, at home, by a contracted laboratory. The degree of PCCM orientation was measured by means of the "Patient Perception of Patient-Centeredness" (PPPC) tool, validated in Brazil. Statistical analyses were performed with a significance level of $\alpha = 5\%$, two-tailed. The following statistical methods were used: Pearson chi-square test, Spearman correlation coefficient, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, and Poisson regression with robust variance, controlled for the cluster effect. The increase of the patient's "schooling" (RP 1.04, IC95% 1.02 – 1.06, value- $p < 0.001$) and the "follow-up time with the physician" (RP 1.01, IC95% 1.00 – 1.02, value- $p = 0.032$) were significantly associated with the higher prevalence of PPPC general low score (corresponding to the high PCCM orientation) assigned to the doctors by the patients cared by them. On the other hand, the variables "living alone" (RP 0.83, IC95% 0.72 – 0.96, value- $p = 0.011$) and "regular/poor/very poor health self-perception" (RP 0.88, IC95% 0.77 – 1.00, value- $p = 0.041$) were associated with the lower prevalence of person orientation. In the analyses searching for the association between the higher person orientation and the higher proportion of outcomes achievement, it was identified that the low general score of the PPPC (corresponding to the high PCCM orientation) was associated with the higher prevalence of counseling for the practice of physical activity (RP 1.17, IC95% 1.07 – 1.28, value- $p = 0.001$), of counseling for foot care (RP 1.87, IC95% 1.35 – 2.57, value- $p < 0.001$), and foot exam (RP 2.92, IC95% 1.97 – 4.32, value- $p < 0.001$), being these two last outcomes measured in diabetic patients. However, no significant association was found between the higher person orientation and the higher prevalence of systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and HbA1c control. The variables concerning the physician's age ($r_s = -0.24$, value- $p < 0.001$), time since graduation ($r_s = -0.29$, value- $p < 0.001$), time of work ($r_s = -0.26$, value- $p < 0.001$), and time of work in the health care center ($r_s = -0.21$, value- $p < 0.001$) were negatively correlated with the median of the general PPPC score, estimated for each provider (the increase of the four previous ones varied with the decrease of the median of the general PPPC score, meaning a higher PCCM orientation). It was also evidenced that the median of the general PPPC score calculated for female providers (1.21, IC95% 1.14 – 1.36) was

significantly lower than the one for the male providers (1.29, IC95% 1.21 – 1.36, value- $p < 0.001$), indicating a higher person orientation by the female doctors. Similarly, the median of the general PPPC score of those referring participation in continuous education about the person-centered approach or PCCM outside of the PHC service (1.21, IC95% 1.14 – 1.29) was significantly lower than the ones who did not report such participation (1.25, IC95% 1.14 – 1.39, value- $p = 0.002$). The median of the general PPPC score was also shown for each health care center and a significant difference was found between them, showing that the context where the physician works has influence on his/her approach. The low general PPPC score (corresponding to the high PCCM orientation) was associated with the higher satisfaction of the patients with aspects related to the service (scheduling mode [value- $p = 0.003$] and cordiality at the reception [value- $p = 0.028$]) and the medical care (attention paid to the complaints by the doctor [value- $p = 0.012$], physical medical exam [value- $p < 0.001$], explanations about the problem [value- $p = 0.001$] and explanations about the prognosis [value- $p < 0.001$]), to the appointment in general (value- $p = 0.023$) and to the SH and/or DM treatment at the health care center (value- $p = 0.006$). Thus, the results of this study have important implications for the understanding of the factors involved in the higher centering of the approach on the person. These findings evidence that the higher PCCM orientation is associated with the higher prevalence of important clinical approaches in the scope of the care to hypertensive and diabetic patients, as well as with the patient's higher satisfaction with the PHC appointment. However, it is necessary to develop further research, mainly to clarify the web of variables, the multifactorial relationship that converges for the blood pressure and HbA1c control.

Keywords: Patient-centered care, Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of Health Care, Primary Health Care.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30 de abril de 2015. O trabalho é apresentado em seis partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigo 1. Fatores associados à abordagem médica centrada na pessoa em atenção primária à saúde;
3. Artigo 2. Associação entre o grau de orientação à abordagem médica centrada na pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde;
4. Artigo 3. Papel dos atributos dos médicos na produção da abordagem médica centrada na pessoa em atenção primária à saúde;
5. Artigo 4. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde;
6. Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo os pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no estudo e os instrumentos aplicados, são apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

A orientação da prática clínica ao paciente (ou à pessoa) surgiu, na literatura, na primeira metade do século XX, tendo muitos autores, de diversas áreas do conhecimento, contribuído para o seu aprofundamento. Na área médica, o uso pioneiro da expressão “medicina centrada no paciente”, cunhada em 1970, é atribuído a Michael Balint, psiquiatra húngaro. Balint utilizou a expressão com a finalidade de caracterizar uma alternativa à “medicina centrada na doença”. Posteriormente, inúmeros pesquisadores também se referiram a esses focos possíveis da medicina: um centrado no paciente ou na pessoa e, outro, no procedimento diagnóstico ou terapêutico, no médico, no problema ou na doença.

O uso crescente da expressão “pessoa”, em vez de “paciente”, observado na literatura, vem ocorrendo em razão de muitos autores considerarem o conceito de pessoa como sendo mais amplo que o de paciente (WEEL, 2011). A “medicina centrada na pessoa” (MCP) propõe-se a abordar a pessoa como um todo, não restringindo seu olhar para o papel de paciente assumido pela pessoa na consulta. Outro importante aspecto intencionado por essa mudança é o reconhecimento, pretendido pelo uso do termo “pessoa”, da autonomia do paciente, possibilitando, como finalidade última, a construção conjunta (ou compartilhada) de um plano de manejo dos problemas ou doenças plenamente satisfatório. De maneira geral, podemos intuir que os autores que trabalham na perspectiva do paciente se preocupam em conhecer a doença e a experiência da doença e/ou o contexto e/ou, ainda, construir planos em comum (ou tomar decisões conjuntas) e, os que se referem à pessoa, buscam, além disso, a autonomia do sujeito.

No Brasil, acompanhando o que acontece no mundo, a MCP vem sendo introduzida e estudada, principalmente, por médicos atuantes em atenção primária à saúde (APS), com especialidade em medicina de família e comunidade (MFC). Em APS, as pessoas frequentemente apresentam-se com problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados em uma rede causal, circunstância que acaba por expor a insuficiência da abordagem focada, centrada na doença, nesse contexto (KLINKMAN; WEEL, 2011). Além disso, os médicos de família e comunidade incorporam a MCP em razão das características próprias da abordagem que praticam em APS: não restringem a sua atenção a nenhum grupo populacional, a nenhum tipo de problema, doença ou intervenção; devem acompanhar as pessoas ao longo do tempo e manejar uma variedade de problemas de saúde ou doenças nas mesmas pessoas e devem considerar ainda o contexto das pessoas com o problema ou doença (WEEL, 2011;

KLINKMAN; WEEL, 2011). Contudo, a MCP pode ser utilizada em todos os cenários de prática, por médicos de todas as especialidades, pois a ampliação do foco é sempre possível e pode, como hipótese, qualificar o cuidado prestado pelos serviços de saúde. Corrobora essa afirmação o fato de que o número de pesquisas realizadas para investigar a relação entre MCP e a qualidade da atenção em diferentes especialidades médicas ou do manejo de doenças específicas vem crescendo ao longo dos últimos quinze anos.

Da mesma forma, apesar de a MCP ser mais facilmente aplicável na prática da MFC, supõe-se que haja médicos de família e comunidade com abordagens que se situam ao longo de todo o *continuum* de foco existente entre o ser centrado na pessoa, de um lado, e na doença, de outro. Esse pressuposto é reforçado pelos estudos de Roter et al. (1997), Flocke, Miller e Crabtree (2002) e Roy, Vanheule e Deveugele (2013). Roter et al. (1997), em análise de consultas realizadas em APS, por meio de fitas de áudio e de entrevistas com pacientes e médicos após a consulta (537 pacientes e 127 médicos), mostraram cinco padrões de comunicação médico-paciente distintas: "estritamente biomédica", caracterizada por perguntas fechadas e conversa biomédica (32%), "biomédica expandida", padrão restrito, mas com níveis moderados de discussão psicossocial (32%), "biopsicossocial", refletindo um equilíbrio de temas biomédicos e psicossociais (20%), "psicossocial", caracterizada pelo predomínio de assuntos psicossociais (8%) e "consumista", caracterizada principalmente por perguntas do paciente e respostas/informações do médico (8%). Flocke, Miller e Crabtree (2002) conduziram estudo transversal realizado com 138 médicos de família e comunidade e mostraram, após uma análise qualitativa e quantitativa do estilo de interação médico-paciente nas consultas, que 49% deles faziam uma abordagem classificada como "focada na pessoa" (buscavam a "agenda" dos pacientes e negociavam o manejo dos problemas com os pacientes), 20%, como "biomédica" (centrados na doença, faziam poucas perguntas de aspectos psicossociais e pouco negociavam o manejo dos problemas com os pacientes), 16%, como "biopsicossocial" (eram mais centrados na doença, mas faziam perguntas de aspectos psicossociais) e 14%, como de "alto controle médico" (dominavam a consulta e desconsideravam a "agenda" dos pacientes). Roy, Vanheule e Deveugele (2013), em pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer os entendimentos dos médicos de família e comunidade acerca da sua prática, analisaram, por meio de entrevistas semi-estruturadas, as narrativas de 19 médicos belgas sobre as suas percepções a respeito do que seriam consultas boas e más. Foram caracterizados, ao final, os seguintes tipos de discurso: o biomédico, o centrado na comunicação com o paciente, o focado na resolução de problemas e o orientado

para a satisfação do paciente, mostrando, assim, não existir uma forma uniforme pela qual os médicos de família e comunidade percebem a sua prática.

Assim, presumindo-se que os médicos de APS – os médicos de família e comunidade – variam não somente entre eles acerca da abordagem que praticam, mas também que um mesmo médico pode variar a sua abordagem conforme o paciente e outros fatores pessoais, a presente tese se propõe a investigar a associação entre o grau de orientação à pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus tipo 2 (DM) em APS. Ao se supor que a MCP tenha impacto positivo nos desfechos sensíveis à APS, incluindo a melhor qualidade do manejo da HAS e do DM, podemos também supor que quanto maior for o grau de orientação à pessoa praticado por um médico (ou por um serviço de APS) melhor serão os resultados em saúde produzidos por esse médico (ou serviço).

Segundo Starfield (2002), um serviço de APS é definido pela presença de quatro atributos essenciais – o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado –, que, quando combinados, são exclusivos da APS, sendo a atenção qualificada pela presença de três atributos derivados – a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Este estudo foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um serviço de APS constituído por 12 unidades localizadas na zona norte de Porto Alegre. O SSC e o HNSC são integrantes do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma instituição pública federal. O SSC, em pesquisa de base populacional, que avaliou a presença e a extensão dos atributos da APS, conforme o conceito de Starfield (2002), por meio da aplicação do instrumento “Ferramenta de Medida da Atenção Primária à Saúde”, em inglês *Primary Care Assessment Tool*, a usuários dos serviços de APS de Porto Alegre (OLIVEIRA; HARZHEIM; RIBOLDI, 2007), apresentou o escore geral de APS (0-10) mais alto (6,5), sendo, portanto, o serviço com maior orientação à APS entre os avaliados (as Unidades Básicas de Saúde tradicionais apresentaram o escore mais baixo, 4,8, e a Estratégia Saúde da Família e a Cassi, serviço privado de APS oferecido pelo Banco do Brasil aos seus funcionários, apresentaram escores intermediários, 5,5 e 5,9 respectivamente).

As equipes do SSC são multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional, sendo constituídas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. Médicos internistas, pediatras e psiquiatras realizam apoio matricial, assim como nutricionistas e farmacêuticas. O SSC tem acesso direto à eletrocardiograma de esforço, à endoscopia digestiva alta, à colonoscopia, à tomografia, à ressonância magnética e a exames de medicina

nuclear, sendo, estes exames, realizados no HNSC. O acesso à atenção secundária se dá por meio da central de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, à exceção dos ambulatórios de patologia cervical, de mastologia e de pré-natal de alto risco do HNSC, cujo acesso é direto. Além disso, o SSC tem também acesso direto à internação em uma enfermaria no HNSC com 18 leitos. Acerca da cobertura populacional, podemos afirmar que o SSC cobre, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 108.500 pessoas, correspondendo a, aproximadamente, 9% da população de Porto Alegre.

No SSC, desenvolvem-se o Programa de Residência Médica em MFC, em atividade ininterrupta desde 1980, e o Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Esse último, desde 2004, com vagas para profissionais das áreas de psicologia, odontologia, enfermagem e serviço social e, a partir de 2007, das áreas de farmácia e nutrição. Para o primeiro, são abertas anualmente 22 vagas para residentes do primeiro ano e, para o segundo, 54.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo DM, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, doenças renais e câncer, são um problema de saúde global. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda (SCHMIDT et al., 2011). Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT, sendo que as doenças cardiovasculares, para as quais a HAS e o DM são importantes fatores de risco, foram as responsáveis pelo maior número de mortes (SCHMIDT et al., 2011). As doenças cardiovasculares também geram o maior custo referente a internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), com 27,4% das internações de indivíduos com 60 anos ou mais, notificadas em 2007, tendo sido causadas por doenças cardiovasculares (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS na população adulta (acima de 18 anos), segundo o estudo de “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel) (BRASIL, 2010), é de 23,3%, sendo ligeiramente maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em ambos os sexos, os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais se referem serem portadores de HAS e o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando 50% dos indivíduos na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

Na “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” (PNAD), realizada em 2008, estimou-se que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade igual ou maior a 20 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade igual ou maior a 60 anos relataram diagnóstico prévio de HAS (IBGE, 2010).

Segundo os dados do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Brasil, a prevalência de hipertensos varia de 22 a 44% e a de diabéticos, de 6 a 8%, conforme a região (BRASIL, 2006). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), é estimado que, em 2030, o Brasil ocupe a 6ª posição mundial, com uma prevalência de 11,3% de diabéticos, sendo, esse incremento na carga de DM, também observado globalmente, atribuído ao aumento da prevalência de sobrepeso, da obesidade e do sedentarismo na população.

Além disso, a HAS e o DM, embora sejam problemas prioritários para a prevenção de morbimortalidade cardiovascular, apresentam baixas taxas de controle. No Brasil, em duas pesquisas recentes, a taxa de controle da HAS variou de 20 a 40% (PEREIRA et al., 2007; MOREIRA et al., 2009). A respeito do controle da DM, os resultados são ainda mais desfavoráveis. Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo e pela Fundação Oswaldo Cruz da Bahia, que avaliou os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) de 6.671 pacientes distribuídos em dez cidades de oito estados brasileiros e do Distrito Federal, mostrou mau controle do DM, definido por HbA1c acima de 7%, em 76% dos pacientes (MENDES et al., 2010).

Em Porto Alegre, segundo o Vigitel (BRASIL, 2010), a prevalência de adultos que referiram diagnóstico de HAS foi de 25,5%. Acerca da prevalência do DM na referida cidade, um estudo mostrou que 25,4% dos idosos (60 anos ou mais) eram diabéticos (VIEGAS, 2009). No SSC, os estudos de demanda ambulatorial apontaram que a HAS e a DM estão entre os problemas de saúde mais frequentes nas Unidades de Saúde (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011a; FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011b). Na área adscrita ao SSC, para o ano de 2010, estimou-se, inicialmente, que 20.999 (26%) das pessoas seriam portadoras de HAS e que 6.461 (8%) seriam portadoras de DM. No entanto, nesse mesmo período, observou-se que apenas 8.617 (42% do total esperado) pacientes hipertensos e 2.633 (41% do total esperado) pacientes diabéticos eram cadastrados na ação programática do SSC, para acompanhamento sistemático com as equipes de saúde. Dentre os pacientes hipertensos, 1.991 (23%) eram também diabéticos (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011a; FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011b).

A prevenção e o manejo da HAS e do DM são ações programáticas prioritárias dos serviços de APS, não somente porque ambas são fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, responsáveis pelas principais causas de morbimortalidade, mas também por serem consideradas condições sensíveis a esse nível de atenção, havendo evidência

acumulada de que o bom manejo desses problemas, na APS, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Por fim, considerando a MCP uma abordagem clínica para a atenção em APS, é fundamental estudar se, nesse contexto, a maior orientação à pessoa associa-se com a melhor qualidade do manejo da HAS e da DM.

No Brasil, existe pouca literatura sobre a MCP, sendo que nenhum estudo avaliativo sobre o impacto dessa abordagem sobre desfechos em saúde foi encontrado. Considera-se, portanto, original um estudo que tenha como objetivo avaliar esse impacto na prática clínica em APS no Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA

1 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONTEXTO HISTÓRICO, AUTORES E CONCEITOS

Nesta primeira parte, trata-se do contexto histórico, dos autores e dos conceitos sobre os quais se desenvolve a abordagem centrada na pessoa. Apesar de ser tema reconhecido no século XIX, essa abordagem começou a receber fundamentação teórica com Rogers e Tournier, em 1940, seguindo com Balint, em 1970, e avançando com diversos autores posteriormente.

1.1 O MOVIMENTO EM DIREÇÃO À PESSOA

O Instituto de Medicina (2001), da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América (EUA), em relatório que orienta as modificações a serem feitas nos serviços e sistemas de saúde para o século XXI, considera a ênfase na abordagem centrada no paciente como sendo um dos objetivos fundamentais dos sistemas de saúde (ao lado de segurança, efetividade, eficiência, oportunidade – intervir na hora certa – e equidade). Tal instituto especifica que a abordagem centrada no paciente significa o centramento na experiência da doença e a busca em se atender às necessidades individuais de cada paciente, sendo características marcantes dessa abordagem a compaixão, a empatia e a capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas de cada paciente.

A expressão “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP) – ou “Medicina Centrada no Paciente” – vem sendo empregada amplamente na literatura, acompanhando um crescente investimento, mais incisivo a partir do início do século, em ensino e pesquisa na área. Em 2008, realizou-se, em Genebra, a primeira “Conferência em Medicina Centrada na Pessoa”¹, promovida por um conjunto de instituições – Associação Mundial de Psiquiatria, Associação Mundial de Médicos de Família, Associação Médica Mundial, Federação Mundial de

¹ Tradução de “Conference on Person Centered Medicine”.

Neurologia, Federação Mundial de Educação Médica, Federação Mundial de Saúde Mental, Conselho Internacional de Ciências Médicas, Conselho Internacional de Enfermagem, Aliança Internacional das Organizações de Pacientes e a Associação Paul Tournier. Em 2009, ocorreu a segunda Conferência, tendo-se somado, às instituições promotoras da primeira edição, a Associação Mundial de Saúde Sexual, a Associação Internacional de Colégios Médicos, a Federação Internacional de Trabalhadores Sociais e a Federação Europeia das Associações de Famílias de Pessoas com Doença Mental².

A primeira Conferência, com o tema “Explorações conceituais em medicina centrada na pessoa”³ (MEZZICH et al., 2010), e a segunda, “Dos conceitos para a prática”⁴ (MEZZICH et al., 2011), abordaram o problema das muitas definições, acerca da MCP, encontradas na literatura e reforçaram a necessidade de criação de uma rede internacional de pesquisa no tema. Em 2009, foi criada uma rede de pesquisa internacional, a “Rede Internacional de Medicina Centrada na Pessoa”⁵ (RIMCP), sediada na cidade de Nova Iorque, cujos objetivos eram interligar pesquisadores e instituições e estimular o desenvolvimento da área (MEZZICH, 2011).

A RIMCP, com a colaboração de mais de vinte instituições representativas, realizou a terceira e a quarta Conferências de Genebra, em 2010 e 2011. Essas Conferências, com os temas “Colaboração entre disciplinas, especialidades e programas”⁶ e “Articulando medicina clínica centrada na pessoa e saúde pública centrada nas pessoas”⁷, respectivamente, trataram não somente da MCP, mas também do “cuidado centrado nas pessoas”⁸, considerando este último como sendo a aplicação dos conceitos da MCP no âmbito das políticas e das intervenções populacionais (MEZZICH; MILES, 2011; MEZZICH, 2012).

² As Conferências de 2008 e 2009, realizadas em Genebra, foram precedidas pelos seguintes eventos seminiais:

1) The London Conference on Person-Centered Integrative Diagnosis and Psychiatry for the Person, realizada em Londres, em outubro de 2007, promovida pela World Psychiatric Association, Institutional Program on Psychiatry for the Person e o England National Institute of Mental Health;

2) Paris Conference on Psychiatry for the Person, realizada em Paris, em fevereiro de 2008, promovida pela World Psychiatric Association, Institutional Program on Psychiatry for the Person, the Association of World Psychiatric Association French Member Societies e World Psychiatric Association European Zonal Representatives.

Observa-se, ao se considerar as instituições promotoras dos primeiros eventos, que o movimento em direção à MCP iniciou no âmbito das Associações de Psiquiatria e de Saúde Mental, tendo sido ampliado, o escopo de entidades participantes, na primeira Conferência de Genebra, passando então a abranger também as de clínica médica e, em particular, a World Organization of Family Doctors.

³ Tradução de “Conceptual explorations on person-centered medicine”.

⁴ Tradução de “From concepts to practice”.

⁵ Tradução de “International network for person-centered medicine”.

⁶ Tradução de “Collaboration across disciplines, specialties and programs”.

⁷ Tradução de “Articulating person-centered clinical medicine and people-centered public health”.

⁸ Tradução de “People-centered care”.

Em 2011, a RIMCP, em razão do seu crescimento, passou a se chamar “Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa”⁹ (CIMCP), criando-se, nesse mesmo ano, também, o “Jornal Internacional de Medicina Centrada na Pessoa”¹⁰, a publicação científica do CIMCP.

Após isso, a quinta Conferência de Genebra, em 2012, organizada pelo CIMCP e outras 32 instituições, teve como tema “Doenças crônicas: perspectivas centradas na pessoa e nas pessoas”¹¹. Em sua declaração, fez-se uma carta de recomendações aos serviços e sistemas de saúde, orientando, principalmente, a realização de esforço no sentido de fazer que cada pessoa, portadora de uma moléstia crônica, seja totalmente engajada no tratamento, visando-se, com isso, ao alcance da tomada de decisão conjunta (CIMCP, 2012). A sexta e a sétima Conferências de Genebra, em 2013 e 2014, assinadas por mais de 35 instituições, reforçaram, em suas declarações, respectivamente, a necessidade de pesquisa na área – na sexta, o tema foi “Pesquisa em saúde centrada na pessoa”¹² – e de ampliação das políticas que buscam desenvolver o centramento da atenção nas pessoas e comunidades – na sétima, “Cuidado centrado na pessoa e nas pessoas para todos”¹³ (CIMCP, 2013, 2014). A oitava, anunciada para 2015, abordará o tema “Atenção primária à saúde centrada na pessoa”¹⁴.

Destaca-se, assim, a manutenção da periodicidade anual dos eventos do CIMCP e, também, o crescente aumento de entidades e de pessoas participantes. Em 2013, realizou-se o primeiro congresso internacional em MCP, promovido pelo CIMCP, na cidade de Zagreb, Croácia, com o tema “A pessoa como um todo na educação e treinamento em saúde”¹⁵ e, em 2014, o segundo, na cidade de Buenos Aires, Argentina, com o tema “Avançando no cuidado à saúde humanístico e interdisciplinar”¹⁶.

O crescimento e a expansão do CIMCP evidenciam o desenvolvimento e a difusão internacional da MCP. Na declaração da quinta Conferência de Genebra, inclusive, é ratificada a ideia, que já havia sido anunciada em documentos anteriores, de que o século XXI vem emergindo e se consolidando como o século da MCP (CIMCP, 2012). De acordo com essa tendência, a MCP vem sendo citada em inúmeros documentos de diversas entidades. Em

⁹ Tradução de “International College of Person-Centered Medicine”.

¹⁰ Tradução de “International Journal of Person Centered Medicine”.

¹¹ Tradução de “Chronic diseases: person and people centered perspectives”.

¹² Tradução de “Person-centered health research”.

¹³ Tradução de “Person and People Centered Care for All”.

¹⁴ Tradução de “Person Centered Primary Health Care”.

¹⁵ Tradução de “Whole Person in Health Education and Training”.

¹⁶ Tradução de “Advancing Humanistic and Interdisciplinary Health Care”.

2012, por exemplo, um relatório do Comitê de Qualidade Clínica do Colégio Americano de Cardiologia apresentou uma revisão a respeito da Medicina Centrada no Paciente, com conceitos, estudos recentes e lacunas do conhecimento, estimulando a sua prática na abordagem de pessoas com doença cardiovascular (WALSH et al., 2012). Nesse mesmo ano, a Associação Americana de Diabetes e a Associação Europeia para Estudos de Diabetes convocaram uma força-tarefa conjunta e publicaram um artigo com as atuais recomendações para terapia anti-hiperglicêmica em adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM) mediante o desafio da abordagem centrada no paciente, tomando como direção a individualização do cuidado (INZUCCHI et al., 2012).

Pode-se depreender, a partir desse movimento, que a Medicina entrou no presente século buscando reencontrar o seu foco, precisando recolocar a pessoa no centro da sua abordagem, que, durante o século passado, esteve ocupado em acumular conhecimento acerca de diagnósticos e tratamentos, de exames complementares e tecnologias. Ao longo do século XX, observou-se a fragmentação do campo de conhecimento médico, com cada fragmento tendo sido estimulado a se expandir na lógica da criação das especialidades médicas. Neste século, a Medicina, como se estivesse na outra ponta de um processo cíclico, avança em um momento de síntese, reconhecendo a necessidade de se ponderar o conhecimento adquirido frente ao desafio de se compreender a pessoa como um todo e, com ela, tomar decisões conjuntas.

1.2 PRECURSORES DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

A fundamentação teórica precursora da MCP pode ser alicerçada sobre a obra de três autores: Carl Ransom Rogers, Paul Tournier e Michael Balint. A seguir serão apresentados os conceitos e as principais contribuições de cada um deles.

1.2.1 Rogers e a Psicologia Humanista

Carl Ransom Rogers, psicólogo norte-americano, apresentou, pela primeira vez, a teoria da Psicoterapia Não-Diretiva, em uma conferência proferida na Universidade de

Minnesota, em 1940. Nessa época, trabalhando com crianças, observou nelas um potencial positivo para o desenvolvimento e formulou o conceito de “tendência atualizante”, definido como uma tendência inerente, presente em todos os seres humanos, para o desenvolvimento em uma direção positiva. Essa ideia passou a ser o eixo de todo o seu pensamento, independentemente da denominação ou do foco de trabalho que viesse a assumir (MOREIRA, 2010).

Devido a seus livros “Psicoterapia e consulta psicológica”¹⁷ – publicado em 1942 – (ROGERS, 1973a), trabalho em que mostra, de forma pioneira, análise sistematizada da sua abordagem psicoterápica por meio da transcrição de consultas, e “Terapia Centrada no Cliente”¹⁸ – 1951 – (ROGERS, 1975) – expressão que fora, inclusive, cunhada por ele –, que continha a sua teoria acerca da psicoterapia e da personalidade, além de pesquisas que corroboravam com sua abordagem, Rogers é considerado o precursor da Psicologia Humanista. Nesses livros, o autor elabora os três elementos constituintes da “Terapia Centrada no Cliente”, a saber:

1) autenticidade, sinceridade ou congruência: “quanto mais o terapeuta for ele mesmo na relação com o outro, quanto mais puder remover as barreiras profissionais ou pessoais, maior será a probabilidade de que o cliente mude e cresça de um modo construtivo” (ROGERS, 2012a, p.38). Expõe ainda que, nessa perspectiva, o terapeuta vive abertamente os sentimentos e atitudes que fluem naquele momento, dando-se, assim, “uma grande correspondência, ou congruência, entre o que está sendo vivido em nível profundo, o que está presente na consciência e o que está sendo expresso pelo cliente” (ROGERS, 2012a, p. 39);

2) aceitação, interesse ou consideração (a aceitação incondicional): “quando o terapeuta está tendo uma atitude positiva, aceitadora, em relação ao que quer que o cliente seja naquele momento, a probabilidade de ocorrer um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta” (ROGERS, 2012a, p. 39); e

3) compreensão empática: “o terapeuta capta com precisão os sentimentos e significados pessoais que o cliente está vivendo e comunica essa compreensão ao cliente” (ROGERS, 2012a, p. 39). Rogers explica que uma “escuta ativa e sensível” faz o terapeuta ser capaz de entrar no mundo interno do cliente e esclarecer não só o que está consciente como também o que se encontra abaixo do nível da consciência.

Dessa forma, com Rogers, o foco da abordagem clínica se deslocou das teorias às

¹⁷ Tradução de “Counseling and Psychotherapy”.

¹⁸ Tradução de “Client-Centered Therapy”.

atitudes, ou seja, ao respeito, à autenticidade, à aceitação, à compreensão empática, à confiança na potencialidade para a autorrealização e à valorização da relação terapêutica. Outra característica marcante de sua abordagem é a ponderação da autoridade do terapeuta:

“[...] é o próprio cliente que sabe aquilo de que sofre, qual a direção a tomar, quais problemas são cruciais, que experiências foram profundamente recalçadas. Comecei a compreender que, para fazer algo mais do que demonstrar minha própria clarividência e sabedoria, o melhor era deixar ao cliente a direção do movimento no processo terapêutico (ROGERS, 2012b, p. 13).

E, ao percorrer essa perspectiva, conclui:

“[...] não posso fazer mais do que tentar viver segundo a minha própria interpretação da presente significação da minha experiência, e tentar dar aos outros a permissão e a liberdade de desenvolverem a sua própria liberdade interior para que possam atingir uma interpretação significativa da sua própria experiência” (ROGERS, 2012b, p. 32).

Nos anos seguintes, o autor aplicou sua abordagem a outros campos do conhecimento, incluindo a Educação, a Sociologia e a Política nos seguintes livros: “Tornar-se Pessoa”¹⁹ – 1961 – (ROGERS, 2012b), “Liberdade para Aprender”²⁰ – 1969 – (ROGERS, 1973b) e “Sobre o Poder Pessoal”²¹ – 1977 – (ROGERS, 1978), livro em que cita, pela primeira vez, o termo “Abordagem Centrada na Pessoa”.

Em “Um Jeito de Ser”²² – 1980 – (ROGERS, 2012a), Rogers aproxima sua abordagem de uma filosofia de vida, uma maneira de ser. Apresenta também, nesse trabalho, uma retrospectiva da evolução de seu pensamento, acabando por rever as mudanças a respeito das terminologias empregadas ao longo da sua obra – Psicoterapia ou Aconselhamento Não-Diretivo, Terapia Centrada no Cliente, Ensino Centrado no Aluno, Liderança Centrada no Grupo – e concluir: “como os campos de aplicação cresceram em número e variedade, o rótulo “Abordagem Centrada na Pessoa” parece ser o mais adequado”. O termo “Abordagem Centrada na Pessoa” pode ser considerado, portanto, a síntese de sua obra. Rogers não se

¹⁹ Tradução de “On Becoming a Person”.

²⁰ Tradução de “Freedom to Learn”.

²¹ Tradução de “On Personal Power”.

²² Tradução de “A Way of Being”.

referia somente à psicoterapia, mas também às relações e interações sociais e sobretudo a um ponto de vista, a “um jeito de ser”, de estar no mundo, a toda situação em que se tivesse como intenção o desenvolvimento de uma pessoa, de um grupo ou de uma comunidade.

O potencial da obra de Rogers é bem sinalizado por Moreira (2010), quando a reconhece como um “eixo denso, que merece especial atenção no que se refere à continuidade de sua construção teórica na direção de uma clínica humanista, fenomenológica, crítica e ampliada, que prioriza o acolhimento da alteridade”. Assim, além da Psicologia e da Medicina, a teoria de Rogers teve importante repercussão no âmbito da Enfermagem e da Terapia Ocupacional, mobilizando autores destes respectivos campos em países da Europa, da América do Norte e também, mais tardiamente, do Brasil, em razão da busca pelo centramento da abordagem na pessoa.

1.2.2 Tournier e a Medicina da Pessoa

Outro autor importante para os fundamentos da MCP é Paul Tournier, contemporâneo de Rogers, que cursou Medicina e construiu estreita relação com o movimento cristão, especificamente o calvinista. A sua orientação religiosa foi marcante para a expansão da sua abordagem, passando a considerar os aspectos espirituais além dos aspectos físicos e psicológicos.

Em 1940, publica “Medicina da Pessoa”²³ (TOURNIER, 1940), livro em que apresenta a amplitude de sua abordagem, passando pelos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das pessoas. Assim como a teoria de Rogers, a abordagem de Tournier propõe uma atitude e não apenas um conceito ou uma técnica. Em sua abordagem, Tournier considera a singularidade e a dignidade do homem, também em seu sofrimento, com seus recursos e fragilidades e, ainda, seus desejos. O autor era médico generalista, o que contribuiu para ampliar a sua influência para além dos circuitos de Psiquiatria, Psicologia e religiosos. Como ele mesmo expõe: “eu não me tornei um psicanalista, optei pela medicina de toda a pessoa, a atitude não especializada por excelência, que procura compreender o homem como um todo” (PFEIFER, 2010).

²³ Tradução de “Médecine de la Personne”.

A compreensão de Tournier acerca da relação médico-pessoa pode ser apreendida da seguinte passagem:

“[...] a tarefa do médico é inicialmente curar, mas é também ajudar os homens a crescerem como pessoas, a afrontarem seus problemas, a se desenvolverem plenamente. Isso implica considerá-los como parceiros válidos, parceiros em diálogo e parceiros em ação. Não objetos, mas sujeitos. Isso implica notadamente explicar-lhes o que lhes fazemos enquanto pessoas livres e responsáveis” (TOURNIER, 2014, p. 3).

E continua:

“[...] na relação pessoal, há simetria, reciprocidade, solidariedade, igualdade das pessoas. Pois o médico é também uma pessoa que se esconde com demasiada frequência sob o seu jaleco branco, como o padre pode esconder-se sob a sua batina. Preto ou branco, o hábito é ao mesmo tempo um signo e um álibi, um signo da função e um álibi da pessoa. O médico também é uma pessoa, com as suas alegrias e suas mágoas, seus conflitos e seus amores, seus sucessos e seus fracassos, suas esperanças e suas decepções, suas revoltas e seus ímpetos” (TOURNIER, 2014, p. 4).

Em 1947, cria o “Grupo de Pesquisa em Medicina da Pessoa”²⁴, que teria bastante influência em gerações futuras, constituindo importante referência, inclusive, para as Conferências em MCP, do CIMCP, realizadas em Genebra.

1.2.3 Balint e a Medicina Centrada no Paciente

A expressão “Medicina Centrada no Paciente” foi utilizada, pela primeira vez, por Michael Balint, em 1970. O autor utilizou o termo para diferenciar duas maneiras de compreender e praticar a Medicina, uma centrada na doença e outra no paciente. O conceito foi proposto no livro “Tratamento ou diagnóstico: um estudo das prescrições repetidas em

²⁴ Tradução de “Group for the Research on Medicine of the Person”.

clínica geral”²⁵ (BALINT et al., 1970), resultado de pesquisa a respeito da relação médico-paciente desenvolvida por médicos generalistas ingleses²⁶.

Conforme explica Balint,

“[...] a fim de sermos capazes de falar sobre eles [referindo-se a dois modos diferentes de pensamento médico], tivemos que conceber um conceito para cada um deles. Chamamos o primeiro de "medicina centrada na doença" (*“illness-centred medicine”*) e, o segundo, de "medicina centrada no paciente" (*“patient-centred medicine”*). Esses nomes são um pouco pomposos, mas, apesar do esforço considerável, não conseguimos encontrar melhores. Medicina centrada na doença significa que o médico tem que entender tanto as queixas do paciente como também todos os sintomas e sinais que ele pode encontrar em termos de doença, isto é, em termos de uma alteração patológica de parte do corpo ou de uma função de parte do corpo. O perigo dessa orientação é que ela pode não dar suficiente consideração para o paciente como um ser humano único, com seus próprios conflitos e problemas. Por outro lado, deve-se admitir que essa orientação centrada na doença, a medicina científica, teve sucessos espetaculares, tendo, de fato, quase duplicado a expectativa média de vida no mundo ocidental durante os últimos cem anos. A outra maneira de pensar, a medicina centrada no paciente, tenta entender as queixas oferecidas pelo paciente e os sintomas e sinais encontrados pelo médico não somente em termos de doença, mas também como expressões da individualidade única do paciente, suas tensões, conflitos e problemas. Chamamos o entendimento baseado na medicina centrada na doença de “diagnóstico tradicional” (*“traditional diagnosis”*), enquanto o entendimento baseado na medicina centrada no paciente de “diagnóstico global” (*“overall diagnosis”*)” (BALINT et al., 1970, p. 26).

Em livro anterior, “O Médico, o Paciente e a sua Doença”²⁷, publicado em 1957 e ampliado, pelo autor, em 1964, Balint havia aprofundado a análise de alguns elementos da relação médico-paciente (BALINT, 2005). Esse livro é baseado em um longo trabalho de pesquisa que o autor realizou com um grupo de quatorze médicos generalistas ingleses. Nesta obra, que influenciaria fortemente autores futuros, Balint mostra que a personalidade do médico é a primeira “substância” administrada ao paciente, assinalando que todas as ações médicas são impregnadas de sentimentos que podem ser úteis ou prejudiciais aos pacientes. Com o termo “conluio do anonimato” o autor definiu a situação de um paciente que passa por inúmeros especialistas sem, no entanto, que nenhum deles entenda ou mesmo resolva o seu problema. O “conluio do anonimato” serviria para diluir a responsabilidade pelo cuidado do

²⁵ Tradução de “Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice”.

²⁶ Nomeados naquele país de “General Practitioners”.

²⁷ Tradução de “The doctor, the patient and his illness”.

paciente, promovendo, porém, como uma consequência imprevista, a relação entre a instituição médica e a doença e o esvaziamento do potencial encontro entre os dois sujeitos envolvidos, o médico e o paciente. Em contrapartida, Balint reforçou a escuta como uma poderosa ferramenta do cuidado médico, devendo este aprender a utilizá-la, reconhecendo os momentos de iniciar e de cessar o processo de escuta (também compreendido como psicoterapêutico).

1.3 DEPOIS DE BALINT

Baseado nos conceitos de Rogers e Balint, Stevens (1974), médico generalista inglês, publicou um artigo mostrando as diferenças entre o modelo médico tradicional, focado na doença ou no órgão/sistema acometido, e o modelo focado no paciente, compreendido pelo uso de perguntas abertas, de comunicação verbal e não-verbal, de afeto, de empatia e de congruência.

Byrne e Long (1976), médicos generalistas ingleses, em análise de duas mil consultas, reconheceram seis fases pelas quais cada uma delas passava: 1) o médico estabelece uma relação com o paciente; 2) o médico tenta descobrir a(s) razão(ões) para o atendimento do paciente, 3) o médico realiza um exame verbal ou físico ou ambos, 4) o médico e/ou o paciente consideram a condição, 5) o médico e o paciente concorda e decidem pelo tratamento ou pela investigação, se necessário e 6) a consulta é encerrada (geralmente pelo médico). Os autores observaram que as consultas disfuncionais geralmente eram aquelas cuja abordagem da segunda e/ou quarta fase eram insatisfatórias.

Além disso, o estudo de Byrne e Long (1976) analisou os comportamentos verbais utilizados pelos médicos. Com isso, eles descreveram um espectro que vai desde a consulta fortemente dominada pelo médico (centrada no médico), com uma participação eventual do paciente ou mesmo com a sua exclusão do processo, até o monólogo do paciente, livre de qualquer participação do médico (centrada no paciente). Entre esses dois extremos, eles descreveram uma graduação de estilos, ficando, de um lado, a coleta de informações fechadas e, de outro, o aconselhamento não-diretivo.

Wright e MacAdam (1979), médicos generalistas ingleses, professores do Departamento de Medicina Comunitária e Clínica Geral da Universidade de Leeds, publicaram um livro acerca da abordagem clínica, que, apesar de ter sido escrito para alunos

de graduação, teve importante impacto no âmbito acadêmico. Nessa obra, os autores se propuseram a examinar o pensamento sobre o qual a prática clínica é construída. O livro é dividido em três partes: 1) “quem consulta o médico e por quê?”, buscando-se entender as reais motivações das pessoas que procuram a consulta médica; 2) “contexto e método”, em que contrastam o cuidado hospitalar com o da atenção primária à saúde (APS), e 3) “diagnóstico e decisão”, em que exploram as diferenças entre a abordagem centrada no médico e a centrada no paciente.

Stott e Davis (1979), médicos generalistas, professores da Escola Nacional de Medicina de Welsh, País de Gales, Reino Unido, com o objetivo de facilitar e estimular o reconhecimento dos componentes da consulta em APS não somente pelos médicos generalistas, mas também pelos alunos de graduação e pós-graduação, descreveram a consulta em quatro etapas: 1) manejo dos problemas agudos; 2) manejo dos problemas crônicos; 3) orientação acerca do uso do sistema/serviço de saúde e da melhor forma de buscar ajuda e 4) promoção e prevenção de saúde oportunísticas.

Pendleton, Schofield, Tate e Havelock (1984), o primeiro era psicólogo, os demais eram médicos generalistas, todos ingleses, pioneiros na análise de consultas gravadas em vídeo, descreveram sete tarefas para cada encontro entre o médico e o paciente: 1) definir a razão do atendimento, incluindo a natureza e a história dos problemas, a etiologia, as ideias, preocupações e expectativas do paciente e os efeitos dos problemas no cotidiano; 2) considerar outros problemas, como os crônicos e as situações de risco; 3) escolher, junto com o paciente, uma ação apropriada para cada problema; 4) alcançar uma compreensão compartilhada dos problemas com o paciente; 5) envolver o paciente no tratamento e encorajá-lo a aceitar a responsabilidade devida; 6) usar o tempo e os recursos de forma adequada, na consulta e no longo prazo e 7) estabelecer um relacionamento com o paciente, o que, por sua vez, ajuda a alcançar as outras tarefas.

Neighbour (2004), médico generalista inglês, em livro publicado em 1987, apresenta a consulta em cinco etapas: 1) conectando (“*connecting*”), estabelecer uma relação e responder às emoções do paciente (“*rapport*”); 2) resumindo (“*summarising*”), avaliar as ideias, preocupações e expectativas do paciente, descobrir a razão da consulta e resumir o entendimento para o paciente, 3) cedendo (“*handing over*”), negociar as possibilidades mediante ambas as agendas, a do médico e a do paciente, 4) estabelecendo redes de segurança (“*safety-netting*”): garantir um plano de contingência para o pior cenário, em caso do médico ter errado ou de algum acontecimento inesperado, e 5) limpando o cenário (“*housekeeping*”),

refletir e limpar a mente dos restos psicológicos de uma consulta para garantir que ela não tenha efeito negativo sobre a seguinte.

Não foi por acaso que a abordagem médica foi mais bem desenvolvida por ingleses (todos os autores citados são ingleses). É preciso que se reconheça a influência do contexto do sistema nacional de saúde inglês, o *National Healthcare Service* (NHS). Em 1920, o NHS, de forma pioneira, planejou o sistema a partir da APS, orientação que se fortaleceu ao longo do século passado e que contribuiu sobremaneira para a ampliação e o desenvolvimento da consulta médica, não somente na Medicina de Família e Comunidade (MFC), mas também em todos os cenários da atenção médica.

As pesquisas realizadas pelos médicos generalistas britânicos acerca da estrutura da consulta e das habilidades de comunicação influenciaram o estudo da consulta médica em outros países, principalmente nos países da Europa Ocidental e da América do Norte. Nos EUA, Cohen-Cole (1991) desenvolveu um modelo de abordagem que consistia em três funções: 1) busca de dados – são necessárias habilidades de fazer perguntas abertas e fechadas, facilitar a comunicação, checar, levantar os problemas, negociar, resumir e abordar as ideias, preocupações e expectativas dos pacientes; 2) construir uma relação e responder às emoções do paciente (o “*rapport*”) – de reflexão, apoio, parceria e respeito e 3) educar e motivar – educar acerca da doença, negociar e manter um plano de tratamento e motivar.

No Canadá, Kurtz e Silverman (1996) propuseram também uma estrutura para a consulta, destacando, em cada etapa as habilidades de comunicação necessárias: 1) iniciando a sessão (estabelecer o “*rapport*” e identificar as razões da consulta); 2) coletando informações (explorar os problemas e entender a perspectiva do paciente); 3) construindo a relação (desenvolver o “*rapport*”, envolver o paciente); 4) explicando e planejando (fornecer a quantidade e o tipo de informações corretas, auxiliar a memorizar e a entender, alcançar um entendimento comum, tomar decisões compartilhadas) e 5) fechando a sessão.

Stewart et al. (2003), da Universidade de Western Ontario, Canadá, publicaram, em 1995, a primeira edição do livro “Medicina Centrada no Paciente: Transformando o Método Clínico”²⁸, obra em que são apresentados os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e que teria uma grande repercussão nos meios acadêmicos e, inclusive, na MFC brasileira. O método de Stewart et al. (2003) é o marco teórico utilizado na presente tese e será apresentado no item 1.6.

²⁸ Tradução de “Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method”.

Por fim, o conhecimento acumulado a respeito da abordagem médica e das habilidades de comunicação, necessárias para a condução de uma consulta centrada na pessoa, passou a ser sistematizado a partir do final dos anos 80. O livro de Stewart et al. (2003) pode ser inserido nesse contexto, como também o “Comunicando-se com os Pacientes”²⁹, de Stewart e Roter (1989), e os escritos em formato de “manuais”, sendo todos esses responsáveis, em grande parte, pela crescente difusão desses conceitos. Entre estes últimos, sobressaem os publicados por Tate (1994), “O Manual de Comunicação do Médico”³⁰ (na sexta edição, publicada em 2010), por Kurtz, Silverman e Draper (1998), “Ensinando e Aprendendo Habilidades de Comunicação em Medicina”³¹, e por Silverman, Kurtz e Draper (1998), “Habilidades para se Comunicar com os Pacientes”³². Recentemente, a obra “Entrevista Clínica: Manual de Estratégias Práticas”³³, do espanhol Carrió (2004), foi traduzida para o português e teve grande repercussão na MFC brasileira.

1.4 BALINT NO BRASIL

Danilo Perestrello, psiquiatra e psicanalista brasileiro, é considerado o pioneiro da Medicina Psicossomática em nosso País, tendo iniciado a Divisão de Medicina Psicossomática na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (hoje, Universidade Federal do Rio de Janeiro)³⁴. Em 1965, contribuiu para a fundação da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, sendo aclamado, em seguida, seu primeiro presidente. Em 1967, organizou a Primeira Reunião Nacional de Medicina Psicossomática, na Academia Nacional de Medicina, tendo como especial convidado, para presidi-la, Michael Balint.

Publicou, em 1974, o livro “A Medicina da Pessoa”, hoje na quinta edição. Nesse livro, o autor sustenta que o indivíduo é uma totalidade e que a doença é um processo

²⁹ Tradução de “Communicating with medical patients”.

³⁰ Tradução de “The Doctor’s Communication Handbook”.

³¹ Tradução de “Teaching and Learning Communication Skills in Medicine”.

³² Tradução de “Skills for Communicating with Patients”.

³³ Tradução de “Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas”.

³⁴ A Medicina Psicossomática baseia-se no princípio de que os fenômenos psíquicos e os somáticos são aspectos de um mesmo processo, sendo a doença um fenômeno tanto físico como também psíquico. Busca, dessa forma, construir um modelo para a gênese da doença, no qual os fatores psíquicos passariam a serem considerados elementos fundamentais na formação das enfermidades somáticas.

histórico-biológico desenvolvido em circunstâncias adversas, sendo, o seu diagnóstico, um evento maior do que a identificação do estado mórbido, a detecção de um modo particular de existir ou de um existir doente (GUEDES, 2003).

Segundo Perestrello,

“a pessoa que possui o seu mundo e suas próprias pautas de viver, melhor dizendo, de conviver, de agir e reagir, de funcionar, tanto ao nível de suas vísceras, que possuem suas homeostases próprias e suas imunologias também únicas. [...] assim como é uma configuração única e tem o seu funcionamento único, a sua fisiologia e, portanto, a sua fisiopatologia, possui igualmente o seu modo-de-adoecer. A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações, um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra. É, portanto, o estudo da pessoa que se faz necessário. Da pessoa com o seu mundo” (PERESTRELLO, 1982, p. 71).

Nessa perspectiva, a doença torna-se um modo de expressão de conflitos internos:

"Alguns seguidores das correntes fenomenológico-existenciais [...] afirmam amiúde que uma enfermidade grave pode, pela sua vivência, pela experiência interna que suscita, mudar a direção de vida, o destino da pessoa. Não creio que isso seja assim [...]. Penso no sentido inverso, portanto, isto é, que a enfermidade, como corolário do modo de ser da pessoa, foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário, talvez, dos novos rumos que iria tomar. A doença adveio, então, como o modo mais ruidoso de manifestar-se a pessoa e já se elaborava muito antes" (PERESTRELLO, 1982, p. 74).

Assim, a partir desse entendimento, os médicos, além de estarem aptos a detectar a emergência de uma doença, precisam compreender como o paciente relaciona-se com sua enfermidade, como a doença insere-se nas suas relações com o mundo, e devem, para isso, ter características de um terapeuta, respeitar a individualidade de seu paciente e sobretudo ouvi-lo (GUEDES, 2003). Conforme Perestrello,

“de sorte que, o médico, para ser terapeuta, precisará ao menos ter apreço pelo paciente e para isso é preciso algo mais do que lhe fazer perguntas, examiná-lo e receitar-lhe medicamentos. É preciso respeitar a sua individualidade, sua pessoa, começando por ouvir o que a pessoa tem a dizer. Portanto, ao lado das perguntas referidas, as quais constituem o interrogatório dirigido, há que deixar o doente falar e – importantíssimo – ouvi-lo. Ouvi-lo, ainda que as declarações sejam dispersas e pareçam supérfluas, porque poderão proporcionar uma visão significativa da pessoa do doente. Terá, portanto, o médico que estar apto a proceder a uma anamnese não dirigida, pois com suas perguntas chegará somente ao diagnóstico da doença (claro que necessário, mas não suficiente), porém jamais ao diagnóstico do doente. Como o nome está a indicar, a anamnese, sendo “dirigida”, dirige-se a uma parte do doente, não ao doente todo, seleciona, portanto, obtendo apenas uma visão parcial” (PERESTRELLO, 1982, p. 96).

E continua:

“o médico vai com um esquema preestabelecido [referindo-se ao interrogatório dirigido] no qual enquadrará o paciente, melhor dito, a doença do paciente. Além disso, o progresso funcional que o médico fará é diminuto, pois na sua tarefa de “enquadrar” terá pouca oportunidade de criar e seu espírito de investigação não será estimulado, já que não leva em consideração novos dados que lhe poderão ser oferecidos. Mais: o apreço que dá ao paciente - ou ao seu representante nos casos acima citados - é mínimo, pois as opiniões do doente não são acolhidas. Com tal abordagem naturalista-mecanicista, o paciente passa a ser uma peça na engrenagem dos acontecimentos. O raciocínio do clínico é então exatamente o mesmo que emprega para desenguiçar o motor de seu automóvel e o paciente passa a ser uma “coisa” (PERESTRELLO, 1982, p. 98).

Perestrello, citando Balint, afirma, em seu livro, que "o medicamento mais receitado em Medicina ainda não foi bem estudado do ponto de vista farmacológico. Esse medicamento é o próprio médico" (PERESTRELLO, 1982, p. 128). Paráfrase que evidencia nitidamente a influência do segundo sob o pensamento do primeiro.

No Brasil, o livro de Perestrello tornou-se a referência norteadora do início não somente da Medicina Psicossomática³⁵, mas também da Psicologia Médica³⁶ (GUEDES, 2003).

³⁵ O livro "A Medicina da Pessoa" ficou alinhado com o movimento da Medicina Psicossomática, respondendo, no Brasil, às obras de autores como Franz Alexander, nos EUA, de Viktor Freiherr von Weizsäcker, na Alemanha, e de Pedro Laín Entralgo, na Espanha.

Em síntese, Balint veio ao Rio de Janeiro para participar de um evento de Medicina Psicossomática, juntamente com Perestrello, que, por sua formação, como psiquiatra e psicanalista, acabou por compreender o "O Médico, o Paciente e a sua Doença" pelo viés daquela Medicina e, também, da Psicologia Médica. Dessa forma, podemos reconhecer que, em um primeiro momento, a obra, ou mesmo a própria vinda de Balint recebeu, no Brasil, o contorno da Medicina Psicossomática e da Psicologia Médica, não causando impacto na clínica médica tradicional brasileira.

Para a compreensão desse fato, é preciso, contudo, assinalar o que faltou para que isso ocorresse ou, dito de outro modo, sublinhar o que Balint não encontrou no Brasil do final da década de 60: um sistema nacional de saúde (como o NHS), uma APS e uma prática generalista forte. Não por acaso, a influência dos conceitos de Balint na clínica médica tradicional brasileira somente veio a acontecer mais recentemente, nos últimos 15 anos, juntamente com a incorporação do referencial humanista, dos pesquisadores da estrutura da consulta, da comunicação e da MCP pela MFC brasileira, ou seja, pelos médicos generalistas, da APS: os “*general practitioners*” brasileiros.

1.5 ENGEL E KLEINMAN

Segundo McWhinney e Freeman (2009), professores do Departamento de MFC da Universidade de Western Ontario, Canadá, a concepção do M CCP também tem como referência os trabalhos de George Libman Engel, psiquiatra e psicanalista, e Arthur Kleinman, também psiquiatra e antropólogo, ambos estadunidenses. Embora McWhinney e Freeman não tenham explicitado suficientemente os pontos de convergência e divergência entre o M CCP e essas referências, ela será feita nos parágrafos seguintes.

³⁶ Segundo Guedes (2003), a Psicologia Médica, considerada como o braço clínico da Psicossomática, tem as seguintes postulações: 1) O ser humano constitui-se desde o nascimento como um todo psíquico e somático; 2) As manifestações relacionadas ao psiquismo estão intrinsecamente relacionadas às corporais. Corpo e mente são indissociáveis; 3) Toda doença é entendida como psicossomática; 4) A doença é uma manifestação pessoal que se relaciona com a história de vida do enfermo; 5) O adoecer expressa-se como conflitos internos, como a manifestação de uma disfunção existencial; 6) A importância do médico escutar seu paciente é indubitável; 7) A relevância de o médico investigar a história de vida do paciente e a sua biografia, para a compreensão do processo do adoecer, não pode ser desprezada; 8) A relação médico-paciente é entendida a partir da teoria psicanalítica. O paciente, muitas vezes, tem sentimentos e atitudes em relação ao médico que estão relacionadas a figuras parentais e vice-versa e 9) O médico deve ser considerado como figura central no processo de cura de uma enfermidade.

Engel (1977), em razão de seu Modelo Biopsicossocial, baseado na Teoria Geral dos Sistemas³⁷, parte da configuração do limite da abordagem biomédica – imposto principalmente pela sua atuação reducionista frente aos problemas de saúde – e sugere a ampliação dessa abordagem por meio da incorporação dos aspectos psicológicos e sociais. O autor, em artigo posterior (ENGEL, 1980), elabora o que seria a aplicação clínica do seu Modelo. Nesse trabalho, ele analisa, a partir de um caso de um paciente com oclusão arterial coronariana, as expressões da doença em cada nível do seu Modelo Biopsicossocial hierárquico – molécula, célula, tecido, órgão, pessoa, família, comunidade – e como as variações vão ocorrendo em cada nível e entre eles ao longo do tempo de atendimento. Com isso, entende-se que o Modelo de Engel foi importante para reforçar a necessidade de ampliação da abordagem clínica e da investigação das interrelações entre os campos biológicos, psicológicos e sociais, mas que não compreende um método clínico para abordagem em si. Além disso, é relevante observar que houve, em Engel, alargamento do foco da abordagem clínica, porém não necessariamente, o seu centramento na pessoa.

Dentro da perspectiva do alargamento do foco da abordagem clínica, podemos colocar também Kleinman e o seu trabalho na Antropologia Médica³⁸. Kleinman, Eisenberg e Good (1978), em artigo de grande impacto no meio acadêmico, mostraram que os problemas de saúde, tais como a insatisfação dos pacientes, a desigualdade de acesso aos cuidados e os custos crescentes, não pareciam passíveis de soluções biomédicas tradicionais. Os autores então derivam conceitos antropológicos para fornecer um quadro alternativo de identificação e resolução de problemas. Nesse trabalho, os conceitos de “*disease*” e “*illness*” são diferenciados – a “*disease*”, traduzida por “doença”, são os critérios diagnósticos do livro-texto, é o que pode ser generalizado, enquanto, a “*illness*”, traduzida por “experiência da doença” (ou ainda por “adoecimento”), é a expressão da doença em cada pessoa, é única – e a necessidade da “construção cultural da realidade clínica” é apresentada. Essa última baseia-se no fato de que a construção da realidade baseada no modelo biomédico é apenas uma entre inúmeras outras possíveis. Os autores mostram que, para compreenderem a doença, as

³⁷ A Teoria Geral dos Sistemas, formulada pelo biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy, em trabalhos publicados ao longo das décadas de 50 e 60, propõe que os sistemas vivos sejam analisados como “sistemas abertos”, mantendo um contínuo intercâmbio de matéria, de energia e de informação com o ambiente. A Teoria Geral dos Sistemas permite reconceituar os fenômenos em uma abordagem global, permitindo a integração das ciências.

³⁸ Cecil G. Helman (2003), citando Foster e Anderson, define a Antropologia Médica como uma “disciplina biocultural, preocupada tanto com os aspectos biológicos como com os aspectos socioculturais do comportamento humano e, especialmente, com os modos pelos quais eles interagem no decorrer da história humana de modo a influenciar a saúde e a doença”.

peças elaboram modelos explicativos diferentes do que é sugerido pelo modelo biomédico e que, se o médico e o paciente discordam em relação a essas perspectivas, em um cenário sem compreensão nem negociação, a tendência será o afastamento, a interrupção da comunicação e o fracasso do tratamento. Eles sugerem, ainda, algumas perguntas que podem ser feitas para que sejam captados o modelo explicativo (o que você acha que causou o seu problema? por que você acha que esse problema surgiu neste momento?) e o sentido cultural da experiência com a doença (qual o seu medo? quais os problemas que a doença lhe causou?).

Em resumo, pode-se traçar uma linha entre a Psicologia Humanista de Rogers, o olhar pioneiro de Tournier, a “medicina centrada no paciente” de Balint (juntamente com os seus estudos a respeito da relação médico-paciente), as pesquisas acerca da estrutura da consulta e das habilidades de comunicação realizadas pelos médicos generalistas britânicos, o M CCP canadense e as recentes Conferências em MCP. Linhas concomitantemente construídas, em mútua influência, com mais pontos de convergência do que o contrário, podem ser reconhecidas no histórico dos conceitos da Medicina Psicossomática, do Modelo Biopsicossocial e o da Antropologia Médica.

1.6 GRUPO CANADENSE: O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Na década de 1980, pesquisadores do “Grupo de Comunicação Médico-Paciente”³⁹ da Universidade de Western Ontario, Canadá (LEVENSTEIN et al., 1986; BROWN et al., 1986), com base no entendimento multidimensional da abordagem centrada na pessoa, sistematizaram um método para orientar a atenção ao centro (ou ao foco) pretendido, o M CCP.

Com o M CCP, busca-se alcançar a compreensão do paciente e da sua doença, tarefa dupla, que foi descrita em termos da abordagem de duas “agendas”: a do paciente e a do médico. O médico acessa a “agenda” do paciente tanto pela recepção dos seus sinais, suas dicas e sugestões, como também pelo encorajamento à expressão das suas expectativas, sentimentos e medos, oferecendo, por sua vez, a sua própria “agenda” ou a sua explicação para a doença ao paciente. Ambas agendas devem, então, ser abordadas e os potenciais

³⁹ Tradução de “Patient-Doctor Communication Group”.

conflitos tratados por negociação. O MCCP foi contrastado com o método clínico centrado na doença, em que, segundo os autores, apenas a agenda do médico é abordada.

O MCCP, sistematizado pelo grupo canadense, compreende seis componentes interativos, como mostra a Figura 1 (STEWART et al., 2003):

1) primeiro componente: “explorando a doença e a experiência da doença” – a história clínica, o exame físico e os exames complementares são abordados juntamente com os sentimentos, os pensamentos e as preocupações da pessoa acerca do sintoma, sinal ou doença. Nesse componente, também são consideradas as expectativas da pessoa com a consulta ou o tratamento e ainda a maneira como a doença interfere funcionalmente no seu dia a dia;

2) segundo componente: “entendendo a pessoa como um todo” – busca a compreensão integrada da pessoa, da sua história de vida e desenvolvimento e do seu contexto, incluindo o contexto próximo (família, trabalho e rede social) e o distante (comunidade, cultura, ecossistema);

3) terceiro componente: “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” – as perspectivas de cada um, pessoa e médico, são abordadas, de maneira que, a partir da lista de problemas e prioridades, das metas (objetivos) e papéis (responsabilidades) de cada um, converge-se para um acordo ou decisão conjunta;

4) quarto componente: “incorporando a prevenção e a promoção da saúde” – prevê a incorporação de intervenções preventivas e de promoção da saúde na abordagem à pessoa, considerando as suas necessidades e também as suas possibilidades específicas, a sua singular experiência em adoecer, o seu contexto, a doença presente e a em potencial e o potencial do paciente para a saúde;

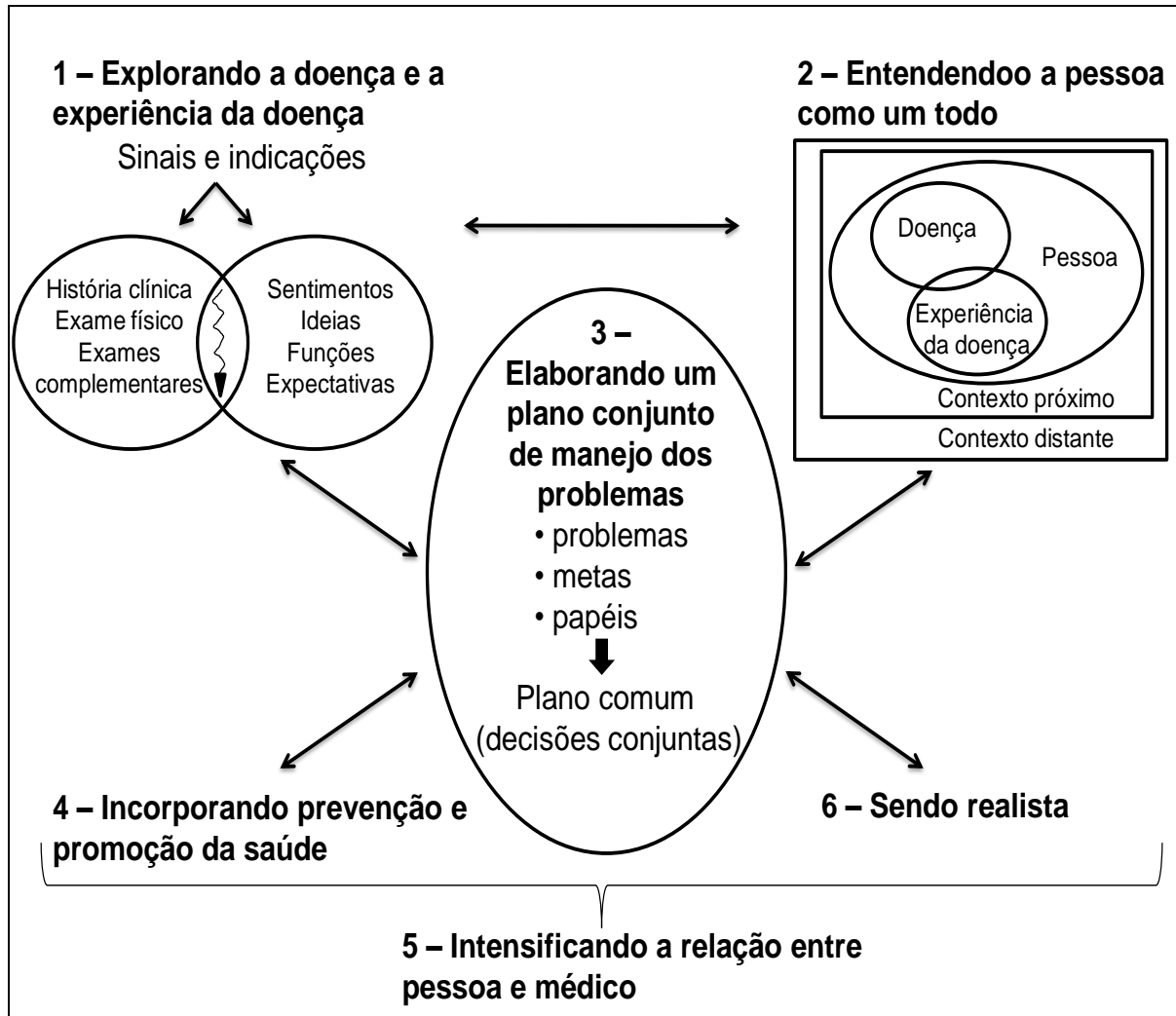
5) quinto componente: “intensificando a relação médico-pessoa” – refere-se à intensificação da relação entre pessoa e médico que se dá ao longo do tempo, potencializada pelo próprio método e atravessada pelas concepções de transferência e contratransferência, cuidado, cura ou melhora e poder;

6) sexto componente: “sendo realista” – apresenta os aspectos da estrutura e do processo de atenção dos serviços de saúde que devem ser considerados no MCCP, incluindo, por exemplo, o tempo de consulta, a composição e a qualidade do trabalho em equipe e o uso adequado dos recursos disponíveis.

Os três primeiros componentes são considerados os mais importantes orientadores do MCCP, podendo definir o foco da abordagem. A abordagem desses componentes significa a aplicação do método, que, na prática, dá-se de forma dinâmica e ao longo do tempo. A

intenção central, como pode ser vista, inclusive, pela convergência de todos os componentes na Figura 1, é a elaboração do plano conjunto de manejo dos problemas.

Figura 1 – Os seis componentes interativos do Método Clínico Centrado na Pessoa.



Fonte: Adaptada de Stewart et al., 2003.

A sistematização do MCCC possibilitou o seu uso na formação médica. Particularmente, no Brasil, o MCCC vem sendo ensinado em programas de residência em MFC – e também na produção científica – embora poucos estudos com esse referencial, até o presente momento, tenham sido realizados.

Para medir as percepções do paciente acerca da abordagem médica (se mais ou menos centrada na pessoa) praticada na última consulta com esse profissional, os pesquisadores do “Grupo de Comunicação Médico-Paciente”, a partir dos conceitos sistematizados no MCCC,

elaboraram o instrumento intitulado “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta”⁴⁰ (PPCC). O instrumento tem 14 itens, mede os três primeiros componentes do MCCP (o primeiro, com quatro itens, o segundo, com um item, e o terceiro, com nove itens), usando uma escala de Likert. Recentemente, o instrumento PPCC foi validado no Brasil por Kolling e Harzheim (2012) – o índice de confiabilidade de alfa de Cronbach para o escore global foi de 0,91 (n = 95) –, sendo, esta, a versão utilizada nesta tese.

Meredith, Stewart e Brown (2001) propuseram uma versão curta do instrumento, com nove itens construídos em espelho – versão para médicos e pacientes –, com o propósito de facilitar o seu uso e de promover melhorias contínuas na atenção (educação dos profissionais). Ambas as versões foram usadas em um projeto do Colégio Real de Médicos e Cirurgiões, no Canadá, como parte de um programa de manutenção da competência clínica, sendo os resultados analisados e entregues individualmente a cada médico (STEWART et al., 2003).

⁴⁰ Tradução de “Patient Perception of Patient-Centeredness”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO PARA A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM DESFECHOS CLÍNICOS

Este trabalho utiliza como referencial teórico, para a avaliação do impacto da MCP em desfechos clínicos, o modelo desenvolvido por Habicht, Victora e Vaughan (1999). Esse modelo é composto por dois eixos: o primeiro, que se refere ao tipo de indicadores necessários para a avaliação, e o segundo, que trata do grau de inferência exigido para a tomada de decisões.

A escolha do indicador depende do que será avaliado, podendo ser indicadores de oferta, de utilização, de cobertura ou de impacto de tecnologia, de intervenção ou programa (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; SANTOS, 2007a). Reconhece-se um *continuum* nessa sequencia, isto é, uma tecnologia precisa ser oferecida e estar acessível a uma determinada população, além de ter adequada qualidade (indicadores de oferta); depois, é necessário que a população aceite a tecnologia e a utilize (indicadores de utilização), devendo, essa utilização, resultar em uma cobertura populacional (indicadores de cobertura), para, finalmente, produzir um impacto sobre a saúde (indicadores de impacto). Considera-se ainda que quaisquer deficiências nos estágios iniciais dessa cadeia limitarão os resultados nos estágios finais.

O segundo eixo refere-se ao tipo de inferência causal, se de adequação, plausibilidade ou probabilidade (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; SANTOS, 2007b). As avaliações de adequação de uma tecnologia, programa ou intervenção respondem se as mudanças esperadas aconteceram ou não. Esse grau de inferência depende da comparação entre o desempenho ou o impacto da tecnologia, programa ou intervenção e critérios estabelecidos a priori. As avaliações de plausibilidade vão além das avaliações de adequação, porque tentam afastar fatores externos (fatores de confusão) que podem ter causado os resultados observados, utilizando, para isso, um grupo controle. Esse último podendo, ainda, ser classificado em histórico (constituído pelos mesmos indivíduos ou população, permitindo comparar a mudança antes-depois), interno (constituído pelos indivíduos de uma mesma população, território ou instituição que deveriam ter recebido o objeto da avaliação, mas que não receberam, possibilitando comparar indicadores entre grupos de indivíduos de uma mesma população, território ou instituição que tenham recebido graus diferentes de exposição ao que se pretende avaliar) ou externo (constituído por uma população, território ou instituição não exposto ao objeto da avaliação). As avaliações de probabilidade têm como

objetivo garantir que exista apenas uma pequena e conhecida probabilidade de que a diferença entre grupos expostos a diferentes graus de um determinado fator em estudo seja devida ao acaso, exigindo-se, para isso, randomização e sendo, portanto, o padrão-ouro das pesquisas de avaliação.

Segundo Santos (2007a), não há conflito entre o modelo de Habicht, Victora e Vaughan e aquele proposto por Donabedian⁴¹. Os indicadores de estrutura de Donabedian correspondem aos de oferta de Habicht, Victora e Vaughan, os de processo, aos de utilização e cobertura e, os de resultado, aos de impacto respectivamente. Tanto as avaliações de estrutura e processo (oferta, utilização e cobertura), como também as de impacto podem utilizar inferência de adequação, plausibilidade ou probabilidade.

A autora sinaliza, entretanto, uma distinção a ser feita entre os dois referenciais teóricos. O referencial de Habicht, Victora e Vaughan, por ter enfoque mais voltado para a saúde pública, e o de Donabedian, por manter foco na avaliação de serviços, diferenciam-se em termos da população-alvo das avaliações, de maneira que, no primeiro caso, a população-alvo é o grupo populacional a ser atingido pela tecnologia, programa ou intervenção, enquanto, no segundo, é a população usuária do serviço.

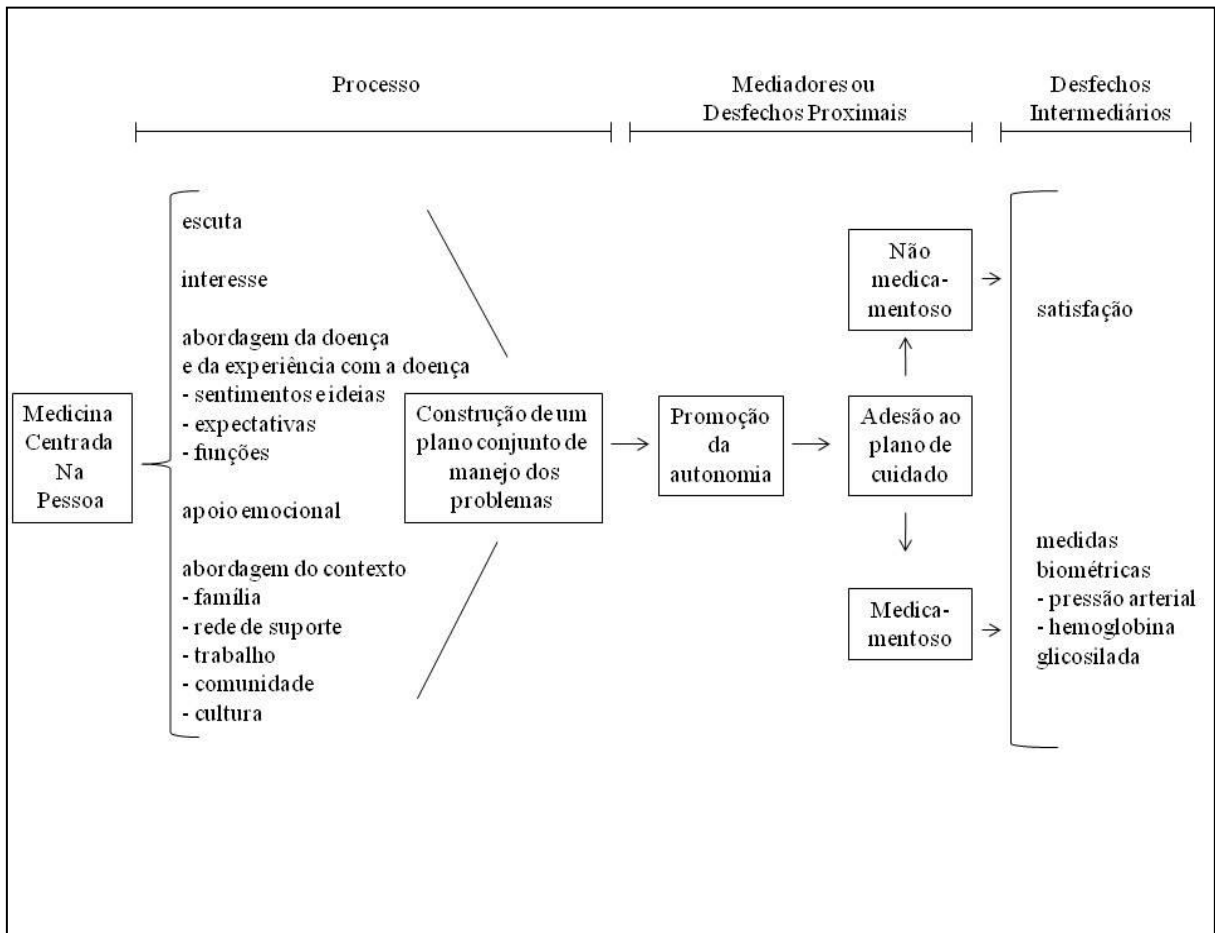
No caso da presente tese, situamos esta investigação como sendo de impacto, com grau de inferência sobre a plausibilidade, que utiliza, para isso, um grupo controle interno. Conforme Santos (2007b), as avaliações de plausibilidade assemelham-se aos experimentos naturais, em que o avaliador aproveita a existência oportuna de um grupo controle para examinar o efeito de uma tecnologia, programa ou intervenção. Além disso, assegura a autora, que mesmo as avaliações de plausibilidade menos rigorosas são frequentemente suficientes para se decidir sobre o futuro de uma tecnologia, programa ou intervenção, afirmação que é também corroborada pela posição de Victora, Habicht e Bryce (2004). Por fim, Santos (2007b) e os autores Victora, Habicht e Bryce (2004) reforçam que uma associação tipo dose-resposta entre a intensidade da intervenção recebida e o desempenho ou impacto observado permite maior plausibilidade do que a comparação entre apenas grupos que receberam a

⁴¹ Donabedian (1988) propôs que a qualidade de um serviço de saúde pode ser medida e, portanto, avaliada por meio de três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às características do ambiente em que a atenção acontece, incluindo recursos materiais (como equipamentos), recursos humanos (como número e qualificação dos profissionais), financiamento e a organização necessária para a atenção. O processo refere-se ao que acontece entre o dar e o receber cuidado, incluindo a relação entre profissionais e pacientes, as atividades do paciente na procura do cuidado e as atividades dos profissionais ao provê-lo. Os resultados referem-se aos efeitos do cuidado na saúde de pacientes e populações. As três categorias são interligadas, de forma que a boa estrutura aumenta a probabilidade de bom processo e o bom processo, por sua vez, aumenta a probabilidade de bom resultado.

intervenção e grupos que nada receberam.

A Figura 2 mostra um marco lógico, que presume a cadeia causal pela qual o MCCP deverá alcançar o objetivo de melhores resultados em saúde.

Figura 2. Marco lógico pelo qual se presume a cadeia causal que liga o MCCP a melhores resultados em saúde.



Fonte: elaborado pelo autor, a partir das publicações de Parchman, Zeber e Palmer (2010) e Rathert, Wyrwich e Boren (2012).

3 FATORES QUE INFLUENCIAM A MEDICINA CENTRADA NA PESSOA

A MCP é influenciada, em hipótese, por inúmeras variáveis proximais, presentes no nível do profissional, da pessoa e do próprio local do encontro (o serviço de saúde), incluindo, por exemplo, o perfil socioeconômico, o sexo, a idade e a raça, e também por fatores distais, localizadas no âmbito das políticas de saúde, sistema de saúde, sociedade, cultura e no ecossistema.

Em estudo qualitativo, que analisou o cuidado centrado no paciente em uma amostra aleatória de consultas de 44 médicos em 18 unidades de APS de Nebraska, EUA, e que envolveu variadas técnicas de coleta de dados e a imersão dos pesquisadores por um período de um a dois meses em cada unidade, Aita et al. (2005) reconheceram os seguintes conjuntos de fatores influenciadores da interação médico-paciente: 1) características do médico (estilo, valores e filosofia da medicina), 2) características do paciente (prioridades, valores e filosofia da saúde), 3) características das unidades de APS (organização, prioridades e cultura e a sua relação com a filosofia do médico) e 4) características da comunidade (cultura, prioridades e a sua relação com as expectativas dos cuidados médicos).

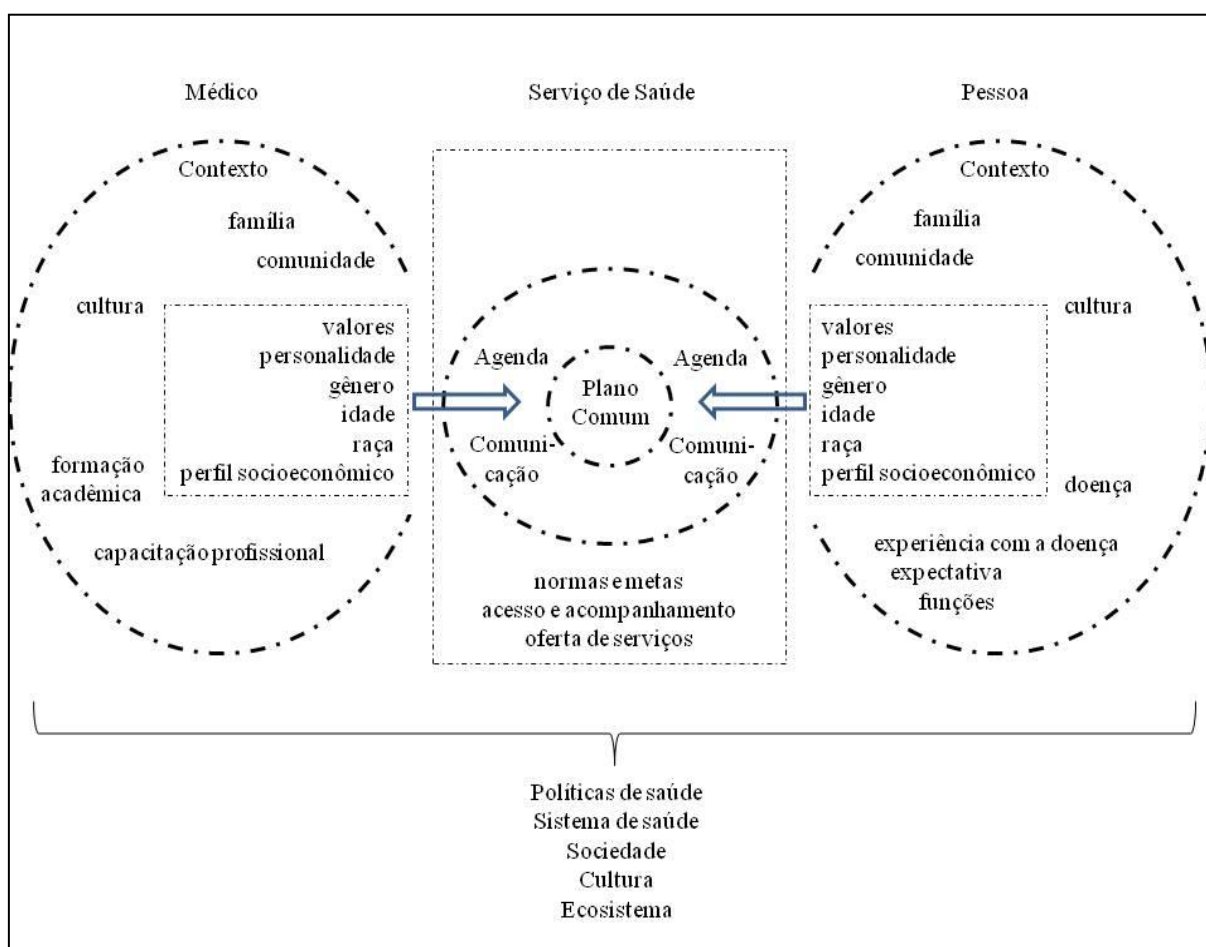
A respeito da filosofia do médico, os autores concluem que os profissionais que são bem-sucedidos em colocar em prática o modelo de cuidado centrado no paciente fazem um compromisso ativo com os valores da MCP, apesar da lógica biomédica dominante da medicina. Além disso, ainda demonstram que os médicos que se comprometem com a filosofia da MCP podem ser confrontados com valores contrários encontrados em suas unidades de APS, em ambientes organizacionais ou comunitários.

A rede de fatores é complexa, não somente pelo número expressivo de componentes, mas também pelos efeitos múltiplos de suas interações, conforme podem ser visualizadas na Figura 3. Em vista disso, seria razoável supor que uma variável possa, inclusive, exercer uma influência única em cada contexto, assumindo, em cada meio, um “peso” singular, próprio da interação também única entre um médico e uma pessoa. Todavia, essa afirmação não pretende excluir a possibilidade de se conhecer o efeito médio (com o respectivo intervalo de confiança) de cada variável, ou seja, o norte para o qual ela aponta. Os estudos, apresentados a seguir, exploram a associação desses potenciais fatores com o tipo de abordagem desempenhada pelo médico.

Em revisão sistemática, que selecionou doze pesquisas a respeito da relação entre variáveis socioeconômicas e estilos de comunicação médico-paciente, Willems et al. (2005)

observaram, a partir do conjunto de resultados, que os pacientes de classe social baixa eram abordados mais frequentemente de forma menos participativa, com menor aporte de informações e com menor número de expressões de apoio emocional e de reforço da parceria médico-paciente. Puderam concluir também que o estilo de comunicação do médico também foi influenciado pelo paciente, de maneira que os pacientes de classe social alta se comunicavam de forma mais ativa, fazendo mais perguntas para o médico. Os autores sinalizam que os médicos devem estar mais conscientes do perfil socioeconômico dos pacientes e do impacto dessas características no processo comunicativo, para que possam intervir, principalmente, nas situações de maior vulnerabilidade, empoderando e buscando conhecer as preocupações e preferências das pessoas de classe social baixa.

Figura 3. Fatores que influenciam a Medicina Centrada na Pessoa*.



* As linhas tracejadas sinalizam as permanentes trocas e interações entre as variáveis.

Fonte: elaborado pelo autor, a partir das publicações de Mead e Bower (2000), Aita et al. (2005) e Willems et al. (2005).

Bertakis, Franks e Epstein (2009) conduziram um estudo transversal para investigar se o sexo do paciente e do médico influenciavam a comunicação centrada no paciente em consultas de APS. Para isso, gravaram, em áudio, consultas de pacientes padronizados, realizadas sem aviso prévio, com médicos de APS (médicos de família e comunidade ou internistas), em Rochester, EUA. Foram gravadas duas consultas com cada um dos profissionais selecionados aleatoriamente (n=100, de um total de 594 elegíveis). As gravações foram analisadas por meio do instrumento de “Medida da Comunicação Centrada no Paciente”⁴² (IMCCP), que mede os três primeiros componentes do MCCP de Stewart et al. (2003). Os resultados evidenciaram que as consultas com pacientes padronizados do sexo feminino tiveram escores geral e do segundo componente (“entendendo a pessoa como um todo”) significativamente maiores do que os encontrados para pacientes do sexo masculino (de forma que os pacientes do sexo masculino tiveram menor probabilidade de terem uma maior comunicação centrada no paciente com os seus médicos). A respeito do sexo do médico, não houve diferença entre o escore geral de IMCCP entre os dois, refletindo efeitos opostos para o primeiro componente (“explorando a doença e a experiência da doença”), maior para os médicos do sexo feminino, e para o segundo, menor para os médicos do sexo feminino. A concordância de gênero foi associada com significativamente maior escore do segundo componente, mas não com o escore geral. O terceiro componente (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) não foi associado com o sexo. A hipótese dos autores, de que os médicos do sexo feminino, em comparação com os do sexo masculino, teriam uma maior tendência a incorporar a comunicação centrada no paciente nas suas interações com os pacientes, foi correta apenas para o primeiro componente do MCCP, mostrando, por outro lado, uma menor propensão a empregar a abordagem do segundo componente nas consultas. Em análise mais aprofundada desse fenômeno, chega-se à conclusão de que a pontuação mais baixa do segundo componente nas consultas de médicas aparece, em grande parte, para refletir a pontuação mais baixa das interações entre “médica-paciente masculino”, argumentando-se, assim, que dado o padrão de relação homem-mulher em nossa sociedade, a combinação “médica-paciente masculino” pode ser menos confortável, para ampliação da abordagem, do que a entre díades gêneros concordantes ou “médico-paciente feminino”.

A diferença de abordagem evidenciada entre os profissionais do sexo masculino e

⁴² Tradução de “Measure of Patient-Centered Communication”.

feminino já havia sido investigada pela pesquisa de Law e Britten (1995). Nesse estudo inglês, analisaram-se consultas gravadas em áudio de 41 médicos de família e comunidade, selecionados de um grupo de voluntários, demonstrando-se que os profissionais do sexo feminino tinham maiores escores de centramento no paciente do que os do sexo masculino (comportamento caracterizado por maior frequência de perguntas abertas e maior atenção às queixas dos pacientes). Além disso, mostrou-se que os mais altos escores de centramento no paciente foram atribuídos às interações entre médicas e pacientes mulheres, não encontrando-se diferença entre os escores observados nas consultas médicas-pacientes homens e médicos-pacientes homens e que as mais baixas médias foram verificadas entre médicos e pacientes mulheres. Os autores observam a inequidade evidenciada, pois a paciente do sexo feminino pode receber uma atenção mais ou menos centrada nela, conforme o sexo do médico, enquanto que o paciente do sexo masculino receberá a mesma abordagem independente do sexo do profissional.

A relação da raça com a comunicação médico-paciente foi explorada pela pesquisa transversal de Street et al. (2008), realizada com 214 pacientes de 29 médicos de APS, em avaliação que incluiu a aplicação de questionários aos pacientes após as consultas e a gravação, em áudio, dos encontros. A entrevista utilizou instrumentos de medição da percepção de similaridade com o médico, da satisfação, da confiança e da intenção em aderir e, a análise da gravação, procurou pontuar a comunicação médico-paciente. A análise fatorial revelou duas dimensões da percepção de similaridade com o médico: a pessoal (crenças, valores e formas de comunicação) e a étnica (raça). O principal achado foi observar que os pacientes que se percebiam mais semelhantes aos seus médicos no que diz respeito à dimensão pessoal da similaridade relataram mais confiança no profissional, mais satisfação com o atendimento e uma mais forte intenção de aderir às recomendações. Por outro lado, a percepção de ser semelhante ao médico com relação à dimensão étnica não esteve associada a desfechos. Dessa forma, embora a raça seja um componente da percepção de similaridade, outros fatores afetam essa percepção, sendo ainda mais definidores dos resultados da atenção, como, por exemplo, a própria comunicação centrada no paciente.

No inquérito de Jayasinghe et al. (2008), o instrumento “Questionário de Medida da Prática Geral”⁴³ foi enviado a 12.544 pacientes (com idade igual ou superior a 18 anos e com medicação prescrita para uma das seguintes condições: hipertensão arterial sistêmica [HAS],

⁴³ Tradução de “Measure of Patient-Centered Communication”.

DM, asma ou cardiopatia isquêmica) de 100 unidades de APS australianas. O questionário foi respondido por 7.505 pacientes de 96 unidades (60% da amostra inicial). Dentre os resultados, é importante destacar que, no nível do paciente, estiveram associadas significativamente com a maior satisfação a respeito do centramento da abordagem no paciente praticado nas consultas as seguintes variáveis: sexo feminino, idade igual ou superior a 40 anos (em comparação com idade entre 18 e 39 anos), autopercepção de saúde boa ou muito boa (regular, ruim e muito ruim), ter nascido em país de língua inglesa e morar em zona urbana. Com a menor satisfação acerca do centramento da abordagem no paciente, estiveram associadas significativamente: morar em casa própria (alugada), maior escolaridade e estar empregado (todas indicativas de melhor nível socioeconômico) e estar em tratamento para HAS, cardiopatia isquêmica ou asma. As variáveis estar casado ou morando junto com companheiro, estar em tratamento para DM, receber aposentadoria e consultar em unidades menores (com até três médicos de família e comunidade), embora tenham indicado uma tendência a se associarem com maior satisfação no caso da primeira e com menor satisfação no caso das demais, não alcançaram significância estatística.

Zandbelt et al. (2006) analisaram 323 consultas, registradas em vídeo, de 30 médicos internistas (15 contratados e 15 residentes, 11 pacientes por médico, em média), realizadas em um hospital de Amsterdã, por meio do “Instrumento de Codificação do Comportamento Centrado no Paciente”⁴⁴, que codifica os comportamentos facilitadores e inibidores da expressão do paciente. Os achados evidenciaram que os médicos utilizavam mais comportamentos facilitadores em pacientes velhos, com mais sintomas físicos e em piores condições de saúde. No nível do profissional, a variável gênero imprimiu diferença nos resultados, as médicas usaram significativamente mais comportamentos facilitadores do que os médicos, sendo que nenhuma outra variável esteve associada com o padrão de comunicação. Contraditoriamente, os profissionais utilizavam também mais comportamentos inibidores em pacientes com mais sintomas físicos e em piores condições de saúde, o que fez os autores considerarem que os pacientes menos saudáveis tanto requeriam do profissional uma abordagem mais aberta e centrada nas suas perspectivas, como também uma mais fechada, caracterizada por interrupções e inibições da expressão do paciente, para, principalmente, atender a própria agenda.

⁴⁴ Tradução de “Patient-Centred Behaviour Coding Instrument”.

4 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Antes de analisarmos os estudos e as evidências acerca da associação da MCP com desfechos clínicos (o que será feito a partir do próximo item), faz-se necessário algumas considerações a respeito da relação entre duas áreas que apresentam inicialmente, de fundo, um ponto contraditório: o principal sendo o fato de a MCP olhar para a pessoa em sua singularidade e a Medicina Baseada em Evidência (MBE), alicerçada na epidemiologia clínica, olhar para a população.

A MBE compreende um método robusto de busca e de avaliação de evidências científicas, a fim de embasar a conduta médica mais efetiva e segura a ser aplicada a uma situação específica. Sackett et al. (1996) definem a MBE como sendo o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis para a tomada de decisão clínica acerca do cuidado com os pacientes. Além das evidências, porém, os autores concordam que, para a tomada de decisão clínica são necessárias a experiência clínica do médico, as preferências do paciente e as circunstâncias em que ocorre o atendimento.

A MBE não é considerada, portanto, uma abordagem clínica, de interação médico-pessoa, sendo, mais facilmente identificada, como uma metodologia utilizada para o alcance da melhor informação. A MCP, por outro ângulo, considera a MBE uma parte da perspectiva do médico na interação, mas prevê ainda a perspectiva do paciente, o contexto e todos os fatores envolvidos na tomada de decisão conjunta com o paciente, subordinando, portanto, a MBE à interação médico-pessoa (STEWART et al., 2003). Além disso, Stewart et al. (2003) sustentam que essa relação de complementaridade entre a MCP e a MBE pode ser reconhecida também pelo fato de ser, justamente, a primeira, ela própria, baseada na segunda. Essa relação vem sendo reforçada pelo número crescente de investigações clínicas realizadas com a MCP nos últimos 15 anos. Em vista disso, para Sacristán (2011), enxergar a maior complementaridade, apesar da menor contradição, entre ambas é um dos principais desafios da Medicina moderna. Para esse autor, a consequência da diferença existente entre o indivíduo e a “média” populacional recai sobre a necessidade de se reconhecer que a melhor decisão clínica baseada na “média” populacional não necessariamente será a melhor para cada uma das pessoas individualmente.

A MBE por ser a metodologia que fornece o conhecimento e, portanto, a maior parte do que vem a constituir a perspectiva do médico, acaba por ser um espaço, em potencial, centralizador da abordagem, de forma que um profissional que centre a sua abordagem no seu

conhecimento ou evidência, poderá passar a exercer uma medicina centrada na evidência ou na doença. A possibilidade de que o centramento na evidência acabe por desviar o foco da pessoa é explorado nos estudos de Tracy et al. (2005) e de Lacy e Backer (2008).

Tracy et al. (2005) realizaram estudo transversal por meio do envio, pelo correio, de um questionário a uma amostra aleatória e estratificada (por idade, sexo e local de trabalho, se urbano ou rural) de médicos de APS canadenses, com a finalidade de explorar a relação entre variáveis, no nível do médico, e o manejo de fatores contextuais na abordagem clínica. Apesar do mesmo questionário ter sido enviado em quatro, oito e doze semanas a cada um dos médicos (n = 431), a taxa de resposta foi de 42% (não se diferenciando significativamente, os dois grupos – não respondentes e respondentes –, acerca da prevalência das três variáveis estratificadas). Por regressão logística, mostrou-se que os médicos do sexo feminino e os menos identificados com a MBE foram os que mais consideraram os fatores contextuais na abordagem clínica e na tomada de decisão. Os dados acabam por revelar que os médicos mais fortemente identificados com a MBE são também aqueles menos sensíveis para a singularidade do contexto de cada paciente e para o suposto impacto que essas variáveis exercem na produção de cuidado e de resultados em saúde, evidenciando, por fim, uma zona de conflito, em que a tônica na MBE pode significar estar menos centrado na pessoa e vice-versa.

Com a finalidade de identificar os elementos definidores de um “cuidado centrado no paciente baseado em evidência”⁴⁵ (CCPBE) e as barreiras à sua utilização, Lacy e Backer (2008) conduziram uma investigação qualitativa, utilizando grupos focais, com os membros da Sociedade de Professores de MFC, dos EUA, interessados na integração entre MBE e MCP. Quarenta e cinco membros da referida sociedade participaram dos grupos focais – em um total de cinco, nove integrantes por grupo. A análise dos dados mostrou não haver um entendimento único a respeito do que se constitui o CCPBE, identificando-se quatro modelos de relação entre a MBE e a MCP:

1) o modelo “um ou outro”, em que não se reconhece zona de relação e troca entre MBE e MCP;

2) o modelo “integrado”, em que existe uma interface entre a MBE e a MCP, local em que se dá a integração;

⁴⁵ Tradução de “evidence-based patient-centered care”.

3) o modelo *continuum* (ou “da balança”), em que o médico incorpora ambas, a MBE e MCP, podendo se aproximar mais de um ou de outro conforme a necessidade da situação clínica;

4) o modelo “cíclico”, em que se reconhece um processo dinâmico, uma abordagem que se movimenta, uma atuação médica pautada ora pela MBE ora pela MCP.

Podemos inferir, a partir dos modelos observados, que, nas relações entre a MBE e a MCP, assim como são percebidas pelos professores de MFC, o que, de fato, está em jogo é o centramento da consulta: se mais centrado na evidência, na doença ou no médico ou se mais centrado na pessoa. Dessa forma, a relação entre a MCP e a MBE é complexa, com pontos de aproximação e distanciamento, sendo possível tanto a complementaridade, como também a contradição, a sinergia e a disputa pelo centro da consulta.

4.1 PESQUISA EM DESFECHOS CENTRADOS NO PACIENTE

A potência da relação complementar entre MCP e MBE pode ser reconhecida na área da “Pesquisa em Desfecho Centrado no Paciente”⁴⁶ (PDCP), atualmente em expansão. Bensing (2000), em artigo acerca do distanciamento entre a MCP e a MBE, ponderou que a MBE deveria fazer um esforço para incorporar aspectos da MCP, por exemplo, as preferências dos pacientes em ensaios clínicos randomizados, e, a MCP, para incorporar delineamentos da MBE em suas investigações, combinando, assim, estratégias para se diminuir a lacuna entre ambas. Com essa finalidade, o “Instituto de Pesquisa em Desfechos Centrados no Paciente”⁴⁷ (IPDCP) – organização não governamental e sem fins lucrativos, localizada em Washington, EUA, cuja visão é ter “pacientes com informações que possam ser utilizadas para tomar as decisões que reflitam os resultados de saúde desejados” –, aprovou, em 2012, após ampla discussão, inclusive pública, a seguinte definição operacional de PDCP (IPDCP, 2012): a PDCP visa a ajudar as pessoas e seus cuidadores a se comunicarem e a tomarem as melhores decisões referentes ao cuidado em saúde, permitindo que suas vozes sejam ouvidas na avaliação de cada opção. Além disso, o IPDCP exemplifica o tipo de questão que interessa à PDCP:

⁴⁶ Tradução de “Patient-Centered Outcomes Research”.

⁴⁷ Tradução de “Patient-Centered Outcomes Research Institute”.

- Dadas as minhas características pessoais, condições e preferências, o que devo esperar que vai acontecer comigo?
- Quais são as minhas opções e os potenciais benefícios e malefícios dessas opções?
- O que posso fazer para melhorar os resultados que são mais importantes para mim?
- Como os médicos e os serviços de saúde podem trabalhar para me ajudar a tomar as melhores decisões sobre a minha saúde?

O IPDCP informa ainda, que, para responder a essas perguntas, a PDCP:

1) avalia os benefícios e malefícios da prevenção, do diagnóstico e do tratamento, para embasar a tomada de decisão, destacando as comparações e os resultados que são importantes para as pessoas;

2) inclui as preferências, a autonomia e as necessidades de cada indivíduo, mantendo o foco em resultados que as pessoas percebem e se preocupam, tais como sobrevivência, função, sintomas e qualidade de vida;

3) incorpora a variedade de cenários e a diversidade dos participantes para lidar com as diferenças entre as pessoas e

4) investiga a otimização dos resultados, abordando simultaneamente o sofrimento (sintomas) das pessoas, a disponibilidade de recursos e outras perspectivas das partes interessadas.

Gartlehner e Flamm (2013), em editorial da *Cochrane*, a maior produtora mundial de revisões sistemáticas, expõem o desafio a ser enfrentado por essa instituição no que se refere a “era” da PDCP, citando, como um marco, o investimento de três bilhões de dólares, a ser feito pelo IPDCP, em pesquisas na área, ao longo da corrente década. Segundo os autores, as revisões sistemáticas podem, no mínimo, começar a apontar as lacunas de conhecimento referentes a desfechos centrados nos pacientes. Sacristán (2013), Snyder et al. (2013) e Schneeweiss et al. (2013) aprofundam o tema das novas metodologias que serão necessárias para o crescimento e a incorporação da PDCP na rotina dos serviços de saúde. Entre essas, destacam-se as metodologias de coleta e de registro dos desfechos centrados nos pacientes. Além disso, é prevista a maior atenção a achados relativos à heterogeneidade e a observações discrepantes.

Dentro do âmbito da PDCP, Nisenzon et al. (2011), a partir da concepção de que a doença de Parkinson afeta vários domínios de funcionamento, alguns dos quais podendo ser negligenciados no tratamento ou na avaliação de resultados pelos habituais protocolos clínicos, delinearam estudo para conhecer as perspectivas dos pacientes sobre o tratamento e, assim, permitir a avaliação mais aprofundada dos resultados atingidos, incluindo a revisão dos

critérios para resultados bem-sucedidos. Um total de 148 pacientes com doença de Parkinson em tratamento em ambulatório especializado foram incluídos no estudo, respondendo ao “Questionário de Desfechos Centrados no Paciente com Doença de Parkinson”⁴⁸, que avalia domínios motores e comportamentais da doença. Os resultados indicaram que os pacientes não esperam uma recuperação completa de seu funcionamento. No entanto, em média, em todos os domínios testados, os pacientes relataram estar satisfeitos com uma redução de 50,32% em seus sintomas (considerando o estado atual de deficiência), variando de 40,63%, para dor, a 58,23%, para dificuldades de locomoção, valores que estão bem acima da redução de 20-30% nos sintomas motores considerados clinicamente significativos e realistas, segundo a perspectiva médica. Assim, os autores ponderam que a discrepância entre os objetivos do paciente e os objetivos do tratamento na perspectiva do médico devem ser avaliados em conjunto com o paciente, evitando as expectativas exageradas, a percepção de fracasso, os gastos desnecessários e também o subinvestimento pessoal e técnico na relação com os pacientes e as suas singularidades.

Robinson et al. (2005) e Stutts et al. (2009) mostraram haver diferença entre as expectativas dos pacientes e as dos médicos, no que diz respeito à melhora, com o tratamento, da dor crônica e da dor facial e fibromiálgica respectivamente. Esses estudos acabam por concluir que os profissionais de saúde devem incorporar essas expectativas em seus planos de abordagem e discutir os objetivos do tratamento com os seus pacientes. Da mesma forma, investigações recentes buscaram evidenciar as perspectivas dos pacientes em tratamento de asma (JENKINS et al., 2005), artrite reumatoide (HELLER; SHADICK, 2007), câncer (OLIVER; GREENBERG, 2009) e doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica (SINGER; YUSEN, 2012), discutindo-as mediante as suas diferenças em relação as dos médicos.

⁴⁸ Tradução de “Patient-Centered Outcomes Research Institute”.

5 EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Para a identificação de estudos sobre o impacto da utilização da MCP na prática clínica, foi realizada uma revisão não sistemática do tema. Foi utilizado o descritor “*patient-centered care*” nas bases de dados bibliográficas *Medline*, *Ibics*, *Lilacs* e *Scielo*. Todos os artigos originais, experimentais ou observacionais, publicados em inglês ou espanhol, tiveram seus resumos avaliados em relação à pertinência da pergunta de pesquisa, ao delineamento e à relevância dos seus resultados para a prática clínica. Foram consideradas as pesquisas realizadas com médicos formados e/ou com seus pacientes, sendo excluídas aquelas desenvolvidas com outros profissionais de saúde, com estudantes de medicina e com médicos residentes (alunos de pós-graduação).

Os artigos com resumos bem avaliados, nos três itens acima mencionados, foram analisados na íntegra, sendo selecionados, por fim, os estudos com maior força metodológica. Para avaliação da força metodológica foram observados o delineamento, sendo incluídos, preferencialmente, os estudos experimentais, embora estudos observacionais com aceitável validade interna tenham sido considerados, e o potencial para vieses aleatórios (tamanho amostral) e para vieses sistemáticos de seleção, aferição e confusão, valorizando-se, para isso, a randomização, o cegamento, a qualidade dos instrumentos de medida, as perdas no seguimento e o controle de confundidores.

Deu-se preferência para os estudos realizados nos últimos quinze anos, no âmbito da MFC e da APS, embora estudos publicados há mais tempo ou referentes a outros cenários de atuação, com metodologia robusta, tenham sido considerados. Além disso, foram abordados, ao longo de todo o texto, os aspectos e os conteúdos mais relevantes dos artigos, destacando-se as informações e os resultados mais importantes para o embasamento e a discussão dos resultados da presente tese.

Na base de dados da *Cochrane*, foram buscadas, utilizando-se o descritor “*patient-centered care*”, revisões sistemáticas relacionadas com o impacto da MCP na prática clínica. Por fim, pesquisas referenciadas pelos artigos e revisões sistemáticas selecionadas foram também avaliadas com o objetivo de captar publicações não citadas pelas bases de dados utilizadas.

São apresentados, a seguir, os estudos acerca do impacto da MCP na atenção ao paciente em APS, na atenção secundária e/ou em patologias específicas, em aspectos ou

situações relevantes para a prática clínica e na perspectiva do médico, fazendo-se, ao final, uma análise crítica do conjunto de evidências.

5.1 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E DESFECHOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Existe, na literatura, um grande número de estudos realizados com o objetivo de investigar a associação entre o uso da MCP (ou de uma abordagem compatível, considerando, por exemplo, uma ou mais de suas características) e resultados obtidos na produção de cuidado ao paciente em APS. Nessas pesquisas, a satisfação do paciente, a confiança no médico, as características da consulta, a utilização de serviços de saúde, o empoderamento, a melhora dos sintomas ou do desconforto e o alívio de preocupações são desfechos frequentemente avaliados em conjunto.

Stewart et al. (2000), com o objetivo de medir a associação entre os escores do PPCC e resultados da consulta e uso dos serviços, conduziram o estudo mais importante com o instrumento (n = 315 pacientes de 39 médicos de família e comunidade, em uma proporção de 8 a 10 pacientes por médico). Buscou-se uma amostra aleatória de médicos em unidades de APS de Western Ontario, Canadá. A hipótese da pesquisa era que as pessoas que se apresentassem com um primeiro episódio de doença e fossem atendidas em uma consulta centrada na pessoa demonstrariam com mais frequência a resolução do desconforto causado pelo sintoma e de suas preocupações em dois meses após o encontro inicial. Além disso, elas precisariam de menos atendimento subsequente, menos exames diagnósticos e menos encaminhamentos nos dois meses seguintes à consulta inicial. Além da aplicação do PPCC aos pacientes logo após a consulta inicial, realizou-se a gravação em áudio da consulta, com posterior avaliação da abordagem por meio do IMCCP. As análises, controladas para “tipo de problema inicial” e “estado civil” e ajustadas para conglomerados, evidenciaram que o alto escore do PPCC (primeiro quartil) associou-se significativamente à melhor recuperação do desconforto, com o alívio de preocupações e com a melhor saúde emocional em dois meses. Também mostraram que, nas consultas com alto escore de PPCC, havia proporção menor de solicitações de testes diagnósticos (14,6% versus 24,3%) e de encaminhamentos feitos pelo médico (8% versus 16%). É importante observar que os subescores do terceiro componente do MCCP (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) estiveram mais forte e

significativamente associados com os desfechos, demonstrando proporção menor de solicitações de testes diagnósticos (4,1% versus 25,4%) e de encaminhamentos feitos pelo médico (6,1% versus 14,9%), enquanto os subescores do primeiro componente (“explorando a doença e a experiência da doença”) não se associaram significativamente com os resultados. Esse resultado reforça a possibilidade de que nem todos os componentes do MCCP estejam igualmente associados com desfechos, mas que uns possam exercer mais influência do que outros. A respeito do IMCCP, não se encontrou associação entre o alto escore de centralização no paciente, produzido por esse instrumento, e os desfechos, levando os autores a concluir que estes somente são afetados quando o cuidado centrado no paciente atinge um nível possível de ser percebido pelos pacientes.

Henbest e Stewart (1990), em pesquisa com delineamento similar, realizada em consultórios de seis médicos de família e comunidade em Western Ontario, Canadá, por meio de consultas gravadas em áudio e também de entrevistas com os pacientes (uma imediatamente após a consulta e outra duas semanas depois), haviam encontrado que a centralização no paciente se associava com a verificação, feita pelo médico, das razões pelas quais o paciente estava na consulta e com a diminuição das preocupações do paciente. Ela também foi associada com a percepção do paciente de ter sido mais bem compreendido e com a resolução dos sintomas que haviam levado o paciente à consulta.

Na Inglaterra, Little et al. (2001a) conduziram um estudo observacional, em três clínicas de APS, com o objetivo de medir a percepção dos pacientes (n = 865) sobre a orientação da consulta (se centrada na pessoa ou não) e a relação dessas percepções com a satisfação, o empoderamento e a carga de sintomas nos pacientes. A orientação da consulta foi estimada pelo instrumento “Medida de Cuidado Ambulatorial”⁴⁹ (MCA), que utiliza uma escala de Likert com cinco subescalas, em um total de 21 itens: comunicação e parceria (11 itens), relacionamento pessoal (3 itens), promoção da saúde (2 itens), abordagem positiva e clara para o problema (3 itens) e interesse no efeito sobre a vida (2 itens). O MCA também se baseia no MCCP e avalia não somente o primeiro, o segundo e o terceiro componentes do método, mas também o quinto (“intensificando a relação entre pessoa e médico”). Nesse estudo, encontraram-se cinco características da MCP significativamente associadas com melhores resultados: comunicação e parceria (um médico simpático e interessado nas preocupações e expectativas dos pacientes e que discute e concorda sobre o problema e o

⁴⁹ Tradução de “Consultation Care Measure”.

tratamento), relação pessoal (um médico que conhece o paciente e suas necessidades emocionais), promoção da saúde, abordagem positiva (ser positivo sobre o diagnóstico e o prognóstico) e interesse no efeito na vida do paciente. Uma maior satisfação mostrou-se associada com a “comunicação e parceria” (β ajustado = 19,1, IC 95%⁵⁰ 17,7-20,7) e uma “abordagem positiva” (4,28, 2,96-5,60). Um maior empoderamento foi maior com “interesse no efeito na vida do paciente” (0,55, 0,25-0,86), “promoção da saúde” (0,57, 0,30-0,85) e “abordagem positiva” (0,82, 0,52-1,11). Uma carga reduzida de sintomas foi associada também com uma “abordagem positiva”. Além disso, encaminhamentos eram menos frequentes se os pacientes referiam que tinham uma “relação pessoal” com o seu médico (RC⁵¹ 0,70, 0,54-0,90). No final, os autores concluem que se os médicos não oferecem uma MCP, os pacientes sairão menos satisfeitos, menos empoderados, com maior carga de sintomas e com taxas mais altas de encaminhamento.

Os mesmos autores, em estudo que teve como objetivo identificar as preferências dos pacientes sobre aspectos da orientação à pessoa em consultas na APS (LITTLE et al., 2001b), mostraram três domínios de preferências (n = 824): “comunicação” (88-99%), “parceria” (77-97%) e “promoção da saúde” (85-89%). Pacientes que preferiam uma boa “comunicação” eram mais propensos a sentir-se mal, a serem utilizadores frequentes do serviço e também a não terem trabalho remunerado. A preferência por “parceria” foi relacionada com mal-estar, preocupação com o problema, utilização frequente do serviço e trabalho não-remunerado e a por “promoção da saúde”, com utilização frequente do serviço e preocupação com o problema. Com base nos resultados encontrados, os autores afirmam que os pacientes em APS têm preferência por MCP e recomendam que os médicos estejam atentos aos pacientes em situação de vulnerabilidade ou aos que estão se sentindo mal, pois esses têm preferência particularmente forte por uma abordagem centrada na pessoa.

Em outro estudo, Kinnersley et al. (1999), no País de Gales, Reino Unido, realizaram estudo com o objetivo de avaliar se a abordagem centrada no paciente, praticada por médicos generalistas, se associava com melhores resultados das consultas (n = 143 pacientes). Os aspectos avaliados foram satisfação dos pacientes com a consulta, acordo médico-paciente (sobre a natureza do problema e do manejo), resolução dos sintomas e das preocupações (medidas duas semanas depois da consulta) e autopercepção de saúde. A pontuação centrada no paciente foi positiva e significativamente associada com a satisfação com a consulta

⁵⁰ Abreviatura de intervalo de confiança de 95%.

⁵¹ Abreviatura de razão de chance, tradução de “odds ratio” (OR).

(correlação de Pearson = 0,28, valor-p = 0,002). Não foram encontradas associações com os outros resultados medidos.

Mead, Bower e Hann (2002) conduziram um estudo em três cidades do Reino Unido (Birmingham, Exeter e Manchester), para medir a associação entre três estilos de abordagem centrada no paciente – a "perspectiva biopsicossocial", a "partilha do poder e responsabilidade" e a "aliança terapêutica" – e dois desfechos – satisfação e empoderamento, utilizando, para isso, instrumentos para análise de 173 consultas de médicos de família e comunidade gravadas em vídeo. A regressão multivariada mostrou que nenhuma das abordagens centradas no paciente se associaram com os desfechos.

Smith e Orrel (2007), em estudo observacional, realizado em duas unidades de APS de Londres, Inglaterra, com o objetivo de investigar o efeito de uma abordagem centrada na pessoa (medida com o instrumento MCA), realizada por médico de família e comunidade, sobre a identificação das necessidades não satisfeitas em idosos, mostraram que, embora a maioria das pessoas tenha considerado as suas necessidades atendidas, atribuindo isso principalmente ao comportamento ou atitude do médico (a percepção de ter as necessidades atendidas foi significativamente associada com a maior orientação à pessoa), a maior orientação à pessoa não foi associada significativamente com a redução de necessidades não satisfeitas em idosos. As necessidades não satisfeitas mais comuns foram “informações”, “queixas de visão/audição” e “benefícios”.

Em Ohio, EUA, a pesquisa de Flocke, Miller e Crabtree (2002), realizada com 2881 pacientes de 138 médicos de família e comunidade de 84 unidades de APS, mostrou que a satisfação dos pacientes foi significativamente maior com a abordagem classificada como “focada na pessoa”, em comparação com a “biomédica”, “biopsicossocial” e “alto controle médico”, e, que essa abordagem, associou-se também com maior orientação à APS, tendo em vista que os escores significativamente mais altos dos atributos “comunicação interpessoal”, “conhecimento do médico sobre o seu paciente” e “coordenação do cuidado” estiveram relacionados com ela.

A relação entre a confiança no médico e a comunicação centrada no paciente foi estimada por Fiscella et al. (2004). Os autores analisaram duas consultas, gravadas em áudio, de 100 médicos de APS em Nova Iorque, EUA, por meio da escala IMCCP, e aplicaram, a 50 pacientes de cada médico, um questionário para estimação da confiança. Os resultados evidenciaram que o primeiro componente do MCCP, “explorando a doença e a experiência da doença”, foi independentemente associado com mais alta confiança no seu médico.

Em Rochester, EUA, com o objetivo de avaliar a relação entre a IMCCP e as despesas com testes diagnósticos, Epstein et al. (2005) conduziram um estudo observacional, utilizando a análise de consultas, por meio do IMCCP, de pacientes padronizados com 100 médicos de APS. Os médicos que tiveram pontuação baixa no IMCCP (tercil inferior) apresentaram maiores gastos com testes diagnósticos (11,0% mais gastos, com IC 95% 4,5%-17,8%); entretanto, tiveram suas consultas realizadas em menos tempo. Os gastos totais (testes diagnósticos, despesas ambulatoriais e hospitalares) também foram maiores para os médicos que apresentaram menores pontuações no IMCCP.

Rohrer et al. (2008), em análise de 680 entrevistas realizadas com pacientes após a consulta com o médico de família e comunidade em Rochester, EUA, mostraram que estar muito satisfeito com fatores da comunicação centrada no paciente – comunicação geral, explicações do médico, escuta, uso de palavras compreensíveis e envolvimento nas decisões – foi positiva e significativamente associado com empoderamento. A hipótese foi testada por regressão logística e ajustada para idade, sexo e auto-percepção de saúde.

Bertakis e Azari (2011a), na Califórnia, EUA, em pesquisa que utilizou um instrumento de análise interacional para caracterizar o cuidado centrado na pessoa (n = 509) medido ao longo de um ano em consultas médicas realizadas em APS, não encontraram associação (em análise controlada para variáveis sociodemográficas, para autopercepção de saúde, para dor e comportamentos de risco à saúde) entre a prestação de cuidado centrado no paciente e a satisfação com a consulta. No entanto, a maior quantidade média de abordagem centrada na pessoa (registrada em consultas ao longo de um ano) foi significativamente associada a uma diminuição no número anual de consultas especializadas, a internações menos frequentes e a menos testes diagnósticos. Além disso, o total de despesas médicas anuais foi também significativamente reduzido (BERTAKIS; AZARI, 2011b).

5.1.1 Medicina Centrada na Pessoa e a Adesão ao Tratamento

Stewart (1984) conduziu uma pesquisa com 24 médicos de família e comunidade canadenses, em que gravou, em áudio, 140 consultas de pacientes com doenças crônicas e agudas, a fim de estudar a relação entre as interações centradas no paciente e a adesão ao tratamento e a satisfação com a consulta. O delineamento incluiu, além da gravação das consultas, entrevista com os pacientes dez dias após o primeiro encontro, com a finalidade de

medir os desfechos. Considerou-se aderente ao tratamento aquele paciente que referiu não ter-se esquecido de tomar nenhuma dose dos remédios e cuja contagem de comprimidos, na sua casa, revelou que, de fato, havia tomado mais do que 80% das doses e, paciente satisfeito, aquele cujo escore de satisfação pontuou dentro do quartil mais alto. A análise bivariada indicou que a alta frequência de comportamentos centrados no paciente, por parte do médico, na consulta, esteve associada com significativamente maior taxa de adesão referida e que, embora também os índices de adesão mediante a contagem de comprimidos e os de satisfação tenham sido altos, eles não foram significativamente associados com os comportamentos centrados no paciente. O estudo revelou que se a consulta fosse classificada como de baixo centramento no paciente, a adesão era de 55%, enquanto a de alto centramento era de 73%, uma diferença de quase 20%. A autora chama atenção para o fato de que, nas análises das consultas, o comportamento do médico considerado de maior impacto na centralização no paciente e, em consequência, nos desfechos, foi o pedido do profissional para ouvir a opinião do paciente. Isso confirma a hipótese da autora de que as interações centradas no paciente são aquelas em que o ponto de vista do paciente é ativamente procurado pelo médico. Esse fato implica em que o médico que se comporta facilitando o paciente a se expressar e fazendo com que este se sinta a vontade para falar e fazer perguntas será mais centrado no paciente e alcançará, por conseguinte, melhores resultados.

A relação entre MCP e adesão ao tratamento é também verificada em outro estudo transversal com 7.204 pacientes atendidos na APS, em Massachusetts, EUA. Neste estudo, Safran et al. (2000), utilizando o “Questionário de Medida da Atenção Primária”⁵² (QMAP), que mede elementos da APS centrada no paciente, demonstraram haver associação entre a percepção da pessoa de que o médico realizava uma “abordagem abrangente” – a conhecia como um todo, segundo componente do MCCP – e a adesão ao tratamento, sendo a aderência 2,6 vezes maior nos pacientes com escores, para esse item, no percentil 95% quando comparados com aqueles no percentil 5% (44% vs 16,8% de aderência respectivamente). A satisfação, por sua vez, esteve mais relacionada com a “confiança” no médico, sendo, a taxa de completa de satisfação de 87,5% nos pacientes no percentil 95% e 0,4% naqueles no percentil 5%.

Roumie et al. (2011), com o objetivo de investigar a associação entre a abordagem centrada no paciente, medida também pelo QMAP, e a maior adesão ao tratamento, avaliaram prospectivamente a adesão à medicação anti-hipertensiva em uma amostra de conveniência de

⁵² Tradução de “Primary Care Assessment Survey”.

1.341 pacientes atendidos na APS em Nashville, EUA. O acompanhamento se deu por seis meses, terminando com 499 pacientes, o que representou um pouco mais de 60% de perdas. Consideraram-se aderentes aqueles pacientes que relataram a tomada de mais de 80% das doses prescritas em um determinado período de tempo. O resultado mais importante evidencia, em um modelo de regressão controlado para possíveis fatores de confusão, uma associação positiva entre a abordagem centrada no paciente e a maior adesão ao tratamento (3,18, IC 95% 1,44-16,23), quando comparados os escores do quartil mais alto do QMAP com os do quartil mais baixo. Não foi observada associação significativa entre a proporção de pacientes com pressão arterial controlada entre o quartil de escores mais altos do QMAP e o de escores mais baixos. No entanto, para examinar se a adesão à medicação previa o controle da pressão arterial foi realizada uma análise de regressão logística, encontrando que com o aumento da aderência a chance de controle da pressão arterial também aumentou (1,52, IC 95% 1,04-2,24).

5.1.2 Medicina Centrada na Pessoa e os Resultados Biométricos: pressão arterial sistólica e diastólica, hemoglobina glicada, lipoproteína de baixa densidade, lipoproteína de alta densidade e triglicerídeos

Uma importante área de investigação é o efeito da MCP em resultados biométricos. O estudo de Orth et al. (1987) é uma das primeiras evidências acerca da associação entre as características da entrevista médica e a redução da pressão arterial. Nesse estudo realizado em Houston, EUA, em análise que envolveu 157 consultas médicas gravadas e pontuadas sobre o quanto os pacientes se expressavam em suas próprias palavras (exposição), mostrou-se que, após duas semanas da consulta, 68,9% dos pacientes com altos níveis de exposição tiveram redução da pressão sistólica, ao passo que a sua redução foi de apenas 46,1% no grupo com baixos níveis de exposição (valor-p < 0,05).

Greenfield et al. (1988), na Califórnia, EUA, evidenciaram, em estudo randomizado, que uma intervenção destinada a aumentar o envolvimento dos pacientes na tomada de decisão médica (incluindo ações sobre o médico e também sobre o paciente) produz reduções significativas dos níveis médios de hemoglobina glicada (HbA1c) – grupo experimental versus grupo-controle, valor-p < 0,01. Os mesmos autores mostraram (KAPLAN; GREENFIELD; WARE, 1989), que medidas fisiológicas (pressão arterial ou glicemia),

comportamentais (estado funcional) e subjetivas (avaliações do estado geral de saúde) foram consistentemente relacionadas com aspectos específicos da comunicação médico-paciente.

Em metanálise (BOULWARE et al., 2001) realizada para avaliar os efeitos independentes e aditivos de três intervenções comportamentais sobre o controle da pressão arterial – o aconselhamento centrado no paciente, a automonitoração da pressão arterial e cursos de formação estruturados –, evidenciou-se que o aconselhamento centrado no paciente reduziu significativamente a pressão arterial sistólica (11,1 mmHg, IC 95% 4,1-18,1) e diastólica (3,2 mmHg, IC 95% 1,2-5,3) e que os cursos de formação reduziram a pressão diastólica (10,0 mmHg, IC 95% 4,8-15,6). Além disso, o aconselhamento centrado no paciente adicionado aos cursos de treinamento proporcionou aumento no número de pessoas com pressão arterial controlada. Segundo os autores, a magnitude da redução da pressão arterial oferecida por aconselhamento centrado no paciente indica que esse pode ser um importante auxiliar da terapia farmacológica.

Em estudo prospectivo tailandês (PRUEKSARITANOND et al., 2004) realizado para avaliar a efetividade da abordagem centrada no paciente no tratamento do DM (n = 78), evidenciou-se que a intervenção fez com que a HbA1c diminuísse significativamente 0,92 (DP⁵³ 1,41). Hörnsten et al. (2005), em Umeå, Suécia, em pesquisa experimental que aplicou dez sessões de grupo, conduzidas por enfermeira treinada, em pacientes diabéticos, com a finalidade de focar a orientação a partir das experiências das pessoas com a doença (“*illness*”), mostraram que a intervenção (n = 44) se associou significativamente com níveis mais baixos de HbA1c (diferença média de 0,94%) e de triglicerídeos (diferença média de 0,52 mmol/l), com níveis mais altos de lipoproteína de alta densidade (HDL) (diferença média de 0,15 mmol/l) e de satisfação com o tratamento quando comparada com o controle (n = 60). Em Detroit, EUA, Rocco et al. (2011) desenvolveram uma ferramenta para estabelecer um plano de cuidado centrado no paciente, avaliando-a em um estudo prospectivo, conduzido, de 6 meses de seguimento dos seguintes parâmetros (n = 1.110 pacientes, 593 intervenção e 517 controle): HbA1c, lipoproteína de baixa densidade (LDL), pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e peso. Os resultados desse estudo mostram efeitos significativos no grupo intervenção para HbA1c, LDL e pressão arterial diastólica.

Para avaliar o efeito do treinamento de enfermeiros e médicos de família e comunidade em abordagem centrada no paciente sobre o estilo de vida, o estado psicológico e fisiológico dos pacientes com diagnóstico recente de DM, Kinmonth et al. (1998) delinearam

⁵³ Abreviatura de desvio padrão.

um estudo randomizado em 41 clínicas de APS (21 no grupo intervenção e 20 no grupo-controle) no sul da Inglaterra. A intervenção consistiu em treinamento de um dia e meio para enfermeiros e de meio dia para médicos sobre abordagem centrada no paciente (incluindo escuta ativa e negociação de mudanças de comportamento) e também em estímulo aos pacientes (por meio de informações fornecidas em um folheto) para que participassem e fizessem mais questionamentos na consulta. No total, 250 pacientes com diagnóstico de DM participaram do estudo (idade entre 30 e 70 anos) e completaram o acompanhamento de um ano (142 no grupo intervenção e 108 no grupo-controle). Em comparação com os pacientes do grupo-controle, foi observada diferença significativa a favor do grupo intervenção no escore de comunicação com os médicos, na satisfação com o tratamento e bem-estar. No entanto, no grupo-intervenção, o índice de massa corporal foi significativamente maior, assim como as concentrações de triglicérides e os escores de conhecimento foram significativamente menores. Os autores consideram que o programa de treinamento em abordagem centrada na pessoa tenha obtido sucesso à medida que os pacientes relataram melhor comunicação com os médicos, maior satisfação com o tratamento em um ano e melhor bem-estar sem a perda do controle glicêmico (embora se tivesse como hipótese que o treinamento pudesse melhorar o controle glicêmico). Além disso, o menor conhecimento observado no grupo intervenção é discutido mediante um dos desafios do treinamento de profissionais em abordagem centrada na pessoa: o de integrar a abordagem da experiência da doença com a da doença propriamente dita, sem deixar que a boa realização da primeira seja feita em detrimento da segunda (hipótese levantada para explicar os resultados encontrados).

Os mesmos autores (WOODCOCK et al., 1999) buscaram analisar os efeitos do treinamento, referido no estudo anterior, sobre as crenças, atitudes e comportamentos dos profissionais de APS, e mostraram que é possível mudar o cuidado prestado ao paciente diabético e o estilo de consulta dos profissionais com um treinamento curto (até um dia e meio) em abordagem centrada no paciente. Reforçaram, ainda, que enfermeiros e médicos de família e comunidade precisam de apoio, a fim de manter o entusiasmo, podendo isso ser fornecido, por exemplo, por auditoria ou por encontros com outros profissionais, sendo, esses últimos, uma oportunidade para retomar aspectos da formação inicial.

A partir da hipótese de que a empatia do médico, componente fundamental da relação médico-paciente e da MCP, pudesse estar associada com melhores desfechos em saúde, Hojat et al. (2011), na Filadélfia, EUA, realizaram uma investigação com 891 pacientes diabéticos de 29 médicos de família e comunidade. Os pacientes foram incluídos após a verificação, nos registros, dos seguintes itens: 1) ter o diagnóstico de DM no prontuário, 2) ter entre 18 e 75

anos de idade no momento da primeira visita, 3) ter ao menos duas consultas com o mesmo médico nos últimos 36 meses e 4) ter ao menos dois terços do total de consultas com esse mesmo médico. Os exames de laboratório HbA1c e LDL mais recentes observados nos registros foram utilizados como indicadores de controle metabólico. A empatia foi medida em entrevista com os médicos, por meio da “Escala de Empatia de Jefferson”⁵⁴, que busca avaliar a abordagem do médico a respeito da experiência do paciente com a doença, as preocupações do paciente, a capacidade em se comunicar e a intenção de ajudar. O instrumento inclui 20 itens medidos em escala Likert de sete pontos. Os escores de empatia foram agrupados em três categorias: “alta”, “moderada” e “baixa”, similarmente com os níveis de HbA1c (bom, < 7%, moderado, entre ≥ 7 e ≤ 9 , e baixo, > 9) e LDL (bom, < 100, moderado, entre ≥ 100 e ≤ 130 , e baixo, > 130). Os resultados evidenciaram que os pacientes, atendidos por médicos com altas pontuações na escala de empatia, eram significativamente mais propensos a ter um bom controle da HbA1c (56%) do que aqueles atendidos por profissionais com baixas pontuações (40%) e que, da mesma forma, a proporção de pacientes com bom controle de LDL (59%) foi significativamente maior nos diabéticos acompanhados pelos médicos com altas pontuações do que pelos com baixa (44%). É importante destacar ainda que, em regressão logística, controlada para idade e gênero dos pacientes e médicos e também para o tipo de seguro de saúde, a empatia dos médicos teve uma contribuição única para a predição de desfechos. No que se refere à HbA1c, com referência ao baixo escore para empatia, a RC, no escore moderado, foi de 1,5 (IC 95% 1,1-2,0) e, no alto, foi de 1,8 (IC 95% 1,3-2,7), e quanto ao LDL, a RC, no escore moderado, foi de 1,4 (IC 95% 1,1-2,0) e, no alto, foi de 1,8 (IC 95% 1,2-2,6).

Com a finalidade de examinar a associação entre a tomada de decisão participativa (terceiro componente do MCCP) e o controle do DM, Parchman, Zeber e Palmer (2010), em Santo Antônio, EUA, delinearum um modelo causal ligando a tomada de decisão participativa à melhora dos resultados clínicos por meio da ativação do paciente ou da adesão à medicação. Os pacientes diabéticos, em acompanhamento por um dos seis médicos de família e comunidade que fizeram parte do estudo, responderam dois questionários, um estudo de linha de base e, outro, doze meses após. As medidas de HbA1c, LDL e pressão arterial sistólica foram extraídas dos prontuários, ao longo de um período de três anos, começando doze meses antes do estudo de linha de base e se estendendo por mais doze meses após a entrevista do seguimento. A tomada de decisão participativa foi medida pela escala de Kaplan, a ativação

⁵⁴ Tradução de “Scale of Empathy of Jefferson”.

(papel ativo do paciente no seu próprio tratamento) pela escala de Lorig e a aderência pela escala de Morisky. De 236 pacientes diabéticos alocados inicialmente, 166 responderam o estudo de linha de base e somente 141, o questionário em doze meses, significando, essa perda, um importante incremento do potencial viés. O modelo causal utilizado, que usou equações estruturais (regressões), possibilitou evidenciar que a maior ativação do paciente no seguimento associou-se com a maior aderência e, essa, por sua vez, com a diminuição discreta, porém significativa, dos níveis de HbA1c e LDL, não sendo demonstrada tal relação com a modificação nos níveis de pressão arterial sistólica.

Em ensaio clínico randomizado (ECR) realizado em Baltimore, EUA, Cooper et al. (2011) estudaram a efetividade do treinamento médico em habilidades de comunicação (centradas no paciente) e também de intervenções educativas dirigidas aos pacientes (realizadas por agentes comunitários de saúde) sobre os seguintes desfechos: habilidades de comunicação do médico, classificação da participação dos pacientes na tomada de decisão, envolvimento dos pacientes nos cuidados, adesão aos medicamentos e medidas de pressão arterial (n = 279 pacientes e 41 médicos generalistas). Ao final de 12 meses, o grupo-intervenção apresentou uma melhora significativamente maior na avaliação das habilidades de comunicação do médico e na classificação da participação dos pacientes na tomada de decisão. Melhorias na adesão do paciente ao tratamento e no controle da pressão arterial não diferiram entre os grupos intervenção e controle. No entanto, entre os pacientes com HAS não controlada no início do estudo, reduções não significativas na pressão arterial sistólica foram observadas: grupo que recebeu intervenção intensiva sobre médicos e pacientes (-13,2 mmHg), intensiva sobre médicos/mínima sobre pacientes (-10,6 mmHg), mínima sobre médicos/intensiva sobre pacientes (-16,8 mmHg) e mínima sobre ambos, médicos e pacientes (-2,0 mmHg).

Para avaliar a efetividade e a custo-efetividade do impacto do cuidado centrado no paciente em diabéticos, Slingerland et al. (2013) delinearam um ECR que envolveu 13 hospitais holandeses e 506 pacientes alocados em dois grupos: intervenção (cuidado centrado no paciente, n = 237) e controle (cuidado usual, n = 269). O cuidado centrado no paciente consistiu em uma abordagem com ênfase na elaboração do plano conjunto, tendo os profissionais (médico, enfermeiro e nutricionista) recebido treinamento e acompanhamento ao longo da intervenção. Para as análises, os pacientes foram divididos em dois estratos, um com aqueles cuja HbA1c, no estudo de linha de base, ficava entre 7 e 8,5% e outro, > 8,5%. Os achados evidenciaram que o cuidado centrado no paciente foi mais efetivo e custo-efetivo naqueles cuja HbA1c, no estudo de linha de base, foi > 8,5%, sendo a diferença (redução) da

HbA1c (grupo intervenção - grupo controle), em um ano, igual a 0,83% (IC 95% 0,81-0,84%). Durante a vida, estimou-se que 0,54 (0,30-0,78) “anos de vida ajustados por qualidade”⁵⁵ (AVAQ) são obtidos a um custo de 3.482 (2.706-4.258) dólares americanos (US\$), com “razão de custo-efetividade incremental”⁵⁶ (RCEI) de 6.443 (3.199-9.686) US\$/AVAQ. Para aqueles cuja HbA1c, no estudo de linha de base, ficou entre 7 e 8,5%, o impacto do cuidado centrado no paciente foi menos custo-efetivo, a diferença da HbA1c entre os dois grupos, em um ano, foi igual a 0,49% (IC 95% 0,49-0,49%) e, ao longo da vida, estimou-se que 0,24 (0,07-0,41) AVAQ são obtidos a um custo de 4.731 (4.259-5.205) US\$, com RCEI de 20.086 (5.979-34.193) US\$/AVAQ.

5.2 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM ATENÇÃO SECUNDÁRIA E/OU EM PATOLOGIAS ESPECÍFICAS

Existe, na literatura, um grande número de estudos realizados com o objetivo de investigar a associação entre o uso da MCP (ou de uma abordagem compatível) e resultados obtidos na atenção secundária e/ou no tratamento de patologias específicas.

Para avaliar a associação entre a comunicação centrada no paciente e a satisfação e a aderência ao tratamento em ambulatório de medicina interna de um hospital universitário de Amsterdã, Zandbelt et al. (2007), por meio de metodologia que incluiu entrevistas com médicos (n = 30) e pacientes (n = 323) antes da consulta, análise de comportamentos facilitadores e inibidores da comunicação usados pelo médico por meio do vídeo da consulta e entrevistas para medir a satisfação logo após o encontro e em duas semanas para estimar a adesão, mostraram, principalmente, associação entre o comportamento facilitador do médico e maior satisfação dos pacientes que estavam menos confiantes na comunicação com o médico. Não foram encontradas associações significativas entre a comunicação centrada no paciente e adesão. É importante observar que ao relacionar habilidade de comunicação do médico com a maior satisfação dos pacientes menos confiantes na consulta, esse estudo acaba por sugerir que a satisfação pode estar mais fortemente ligada à expectativa do paciente com o encontro com o médico.

⁵⁵ Tradução de “quality-adjusted life years”.

⁵⁶ Tradução de “incremental cost-effectiveness ratios”.

Kim, Kaplowitz e Johnston (2004) realizaram entrevistas com pacientes após a consulta médica, em ambulatórios de um hospital universitário na Coreia (n = 550), a fim de investigar fatores da relação médico-paciente (medidos por escala Likert de cinco pontos) que pudessem estar associados com satisfação e adesão ao tratamento (estimadas por instrumentos previamente validados). Os achados mostraram que a “parceria” com o médico e o “componente afetivo da empatia” estiveram mais fortemente correlacionadas tanto com a satisfação (0,65 e 0,62 respectivamente) como também com a aderência (0,73 e 0,70), enquanto a “percepção da *expertise* do médico” foi só moderadamente correlacionada com ambas (0,51 com satisfação e 0,43 com aderência). As variáveis “troca de informação”, “componente cognitivo da empatia” e “confiança no médico” estiveram fracamente correlacionadas com os desfechos, sendo que “troca de informação” e “componente cognitivo da empatia” foram negativamente correlacionadas com aderência. Esses resultados significam, para os autores, que os pacientes coreanos se preocupam mais ou são mais influenciados pelos aspectos emocionais da comunicação médico-paciente do que pelos cognitivos. Outro resultado interessante desse estudo foi que a satisfação com a consulta não se associou significativamente com a maior aderência.

Moral et al. (2006) avaliaram a comunicação médico-paciente, com o instrumento “*Gatha-Esp*”⁵⁷, em consultas filmadas de 27 médicos especialistas com 257 pacientes, em ambulatório de atenção secundária em Córdoba, Espanha, medindo também a satisfação do paciente após a consulta. A satisfação foi significativamente maior com as consultas centradas no paciente, caracterizadas por uma maior pontuação na escala “*Gatha-Esp*”.

5.2.1 Medicina Centrada na Pessoa no Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus em Atenção Secundária

Um estudo experimental, que avaliou estratégias para promover a participação dos pacientes diabéticos nas consultas realizadas em hospital de Londres (KIDD et al., 2004),

⁵⁷ Questionário de avaliação da comunicação médico-paciente criado pelo Grupo Comunicação e Saúde da Universidade de Córdoba, Espanha. O acrônimo representa o perfil de comunicação profissional: G - Características gerais (considera, por exemplo, o tempo de consulta e o sexo do paciente e do médico), A - Atitudes do profissional, T - Tarefas comunicacionais e HA - Habilidades técnicas comunicacionais. Desenvolveu-se inicialmente o instrumento “*Gatha-Base*”, para ser aplicado no contexto da APS, sendo posteriormente modificado para uso nas consultas de médicos especialistas, recebendo o nome “*Gatha-Esp*”.

evidenciou diferença significativa de maior satisfação a favor do grupo-intervenção, embora não tenha mostrado diferença entre o grupo-intervenção e o grupo-controle no que diz respeito ao manejo do DM.

Dijkstra et al. (2006) delinearum um estudo cluster-randomizado para avaliar a custo-efetividade de duas estratégias de implementação de diretrizes para o tratamento do DM, um direcionado ao profissional e outro ao paciente (centrado no paciente). Treze hospitais gerais holandeses foram aleatoriamente alocados entre grupo controle, grupo com um programa direcionado ao profissional e grupo com um programa direcionado ao paciente. A intervenção no grupo direcionado aos profissionais consistiu em retorno sobre os dados do atendimento, educação e lembretes clínicos fornecidos aos profissionais. No grupo direcionado ao paciente, a intervenção foi educativa. Os resultados mostraram que a HbA1c diminuiu 0,2% no grupo de mudança profissional e 0,3% no grupo direcionado (centrado) no paciente, ao passo que aumentou 0,2% no grupo-controle. A análise dos dados evidenciou que a intervenção centrada no paciente foi a mais custo-efetiva. De acordo com os autores, esses resultados apoiam o estímulo ao envolvimento dos pacientes no tratamento do DM.

5.2.2 Medicina Centrada na Pessoa no Cuidado à Pessoa Hospitalizada

Fremont et al. (2001) delinearum uma pesquisa de coorte com a finalidade de investigar se o maior ou menor processo de cuidado centrado no paciente, vivenciado durante uma hospitalização em decorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM), estava associado com desfechos a longo prazo. Para esse fim, foram arrolados 2.272 pacientes internados em um dos 23 hospitais do estado norte-americano de New Hampshire entre 1996 e 1997. Foram enviados questionários em um, três e doze meses após a alta, tendo sido realizadas as análises com os 762 pacientes que responderam os três. Para a avaliação do processo de cuidado centrado no paciente, foi utilizado o “Questionário da Experiência do Paciente de Picker”⁵⁸ (QEPP), que aborda sete dimensões: respeito pelas preferências dos pacientes, coordenação do cuidado, informação, conforto, suporte emocional, envolvimento de família e amigos e transição (da alta hospitalar para casa). Também foram estimadas a saúde física e mental, a

⁵⁸ Tradução de “Picker Patient Experience Questionnaire”, desenvolvido pelo Picker Institute Europe, com sede na Universidade de Oxford, Inglaterra.

dor no peito e a falta de ar, a auto-percepção de saúde e a experiência com a atenção ambulatorial subsequente. Os resultados evidenciaram, após o controle de fatores demográficos e clínicos, que os pacientes que haviam experienciado um pior cuidado centrado no paciente durante a hospitalização, tinham também as mais baixas taxas de auto-percepção de saúde (48,4 vs 52,5, em escala de 0-100, valor- $p=0,02$) e saúde física (59,7 vs 68,4, valor- $p<,001$), e mais provável dor no peito (RC = 1,6, IC 1,0-2,4, valor- $p=0,04$). Esse estudo, além de mostrar que processos relacionados com a abordagem do paciente associam-se com desfechos em longo prazo nos pacientes hospitalizados por IAM, também encontrou que a associação entre o pior cuidado centrado no paciente na internação e a dor no peito referida após foi menor naqueles pacientes que relataram melhor experiência com o cuidado ambulatorial subsequente.

Em investigação que também usou o QEPP, aplicando-o a 200 pacientes, aleatoriamente selecionados, após a alta de um entre 52 hospitais de Michigan, podendo ser, a internação em enfermaria clínica, cirúrgica ou obstétrica (BECHEL; MYERS; SMITH, 2000), encontrou-se que o cuidado centrado no paciente, em âmbito hospitalar, se associou com melhores desfechos (menores taxas de complicações pós-alta), porém com maiores custos hospitalares. A respeito dos custos, no entanto, o artigo de Snyder e Lathrop (1995), um estudo de caso que envolveu três instituições de saúde estadunidenses que promoveram mudanças com a intenção de aumentar o cuidado centrado no paciente, havia mostrado o contrário, que o cuidado centrado no paciente reduz os custos. Nesse estudo, as principais mudanças observadas foram a simplificação dos processos com a finalidade de eliminar a complexidade desnecessária, o redesenho da estrutura e dos fluxos de organização com vistas à continuidade da atenção e o investimento no empoderamento e no trabalho em equipe como meio de intervenção no comportamento.

Meterko et al. (2010) conduziram um estudo para testar a influência da abordagem centrada no paciente e da MBE (abordagem técnica) sobre resultados em pacientes com IAM. Foram analisadas informações de 1.858 pacientes hospitalizados por IAM em instituições estadunidenses entre 2003 e 2004 que tivessem respondido uma avaliação da abordagem recebida (se centrada no paciente) por meio de questionário estruturado (o QEPP) e também do tratamento (se baseado em evidências). Estimou-se, então, a relação entre a abordagem centrada no paciente e a sobrevivência em um ano após a alta. A hipótese dos autores de que a abordagem centrada no paciente estivesse associada com uma probabilidade menor de morte em um ano após a alta, mesmo controlando as análises para as características do paciente e para a qualidade técnica do atendimento, foi confirmada pelos resultados: a maior orientação

à pessoa foi associada com um risco significativamente (mas modestamente) menor de morte durante um ano após a alta (taxa de risco⁵⁹ 0,992, IC 95% 0,986-0,999).

5.2.3 Medicina Centrada na Pessoa no Cuidado à Pessoa com Doenças Específicas

Em metanálise de 25 artigos sobre a investigação a respeito da associação entre a comunicação centrada no paciente e a satisfação pós-consulta em pacientes com câncer (VENETIS et al., 2009), mostrou-se que ambas estão positiva e significativamente associadas. Os autores concluem que os oncologistas precisam receber treinamento para melhorar as suas habilidades de comunicação centradas no paciente.

Mallinger, Griggs e Shields (2005), em Rochester, EUA, com o objetivo de examinar a relação entre o cuidado centrado no paciente e a satisfação com as informações recebidas sobre o tratamento e o prognóstico do câncer de mama, aplicaram um questionário a 182 mulheres que haviam completado o tratamento e encontraram, em análise multivariada, uma associação positiva e significativa entre o maior cuidado centrado no paciente e a satisfação com as informações recebidas.

Em outro estudo, Flickinger et al. (2013) realizaram pesquisa com 1.363 pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana e em tratamento especializado, em Baltimore, EUA, com o objetivo de investigar se aspectos da comunicação e da relação médico-paciente se associavam com a taxa de comparecimento às consultas de acompanhamento (aderência). Na regressão linear simples, estiveram associados positivamente, com alta aderência às consultas, os seguintes fatores da comunicação centrada no paciente: “meu médico realmente me conhece como pessoa” (9% mais aderentes em comparação com o grupo que pontuou menos, IC 95% 5-13), “sempre sou tratado com o máximo de respeito e dignidade” (8%, IC 95% 2-14), “meu médico sempre me escuta cuidadosamente” (7%, IC 95% 2-11). No entanto, quando a análise foi ajustada, na regressão linear múltipla, para idade, sexo, raça, uso de drogas ilícitas e álcool nos últimos seis meses, somente a variável “meu médico realmente me conhece como pessoa” manteve-se significativa (4%, IC 95% 3-8). Os aspectos da abordagem avaliados pelas questões “meu médico sempre me explica as coisas de uma forma que eu

⁵⁹ Tradução de “Hazard Ratio”.

possa entender” e “sou envolvido nas decisões o tanto quanto eu quero” não mostraram associação com alta aderência em nenhuma das análises.

Em estudo que teve como objetivo avaliar se a participação do paciente na tomada de decisão produz impacto positivo sobre o tratamento de pessoas com depressão em APS, Loh et al. (2007) realizaram, em Südbaden, Alemanha, um estudo cluster-randomizado e controlado cuja intervenção consistiu no treinamento médico em abordagem centrada no paciente, com ênfase na tomada de decisão conjunta. O estudo mostra, principalmente, que a intervenção educativa melhorou o envolvimento e a participação do paciente na tomada de decisão terapêutica, aumentando também a abordagem da adesão ao tratamento pelos médicos. A satisfação do paciente com a consulta foi maior no grupo intervenção. O tempo de consulta não diferiu entre os grupos.

Robertson et al. (2006) avaliaram a efetividade e o custo da introdução de um plano de acompanhamento centrado na pessoa para 93 pessoas com deficiência mental em quatro localidades inglesas. Segundo os autores, após a introdução do plano, mudanças positivas foram observadas, como contatos com a família, com os amigos e atividades comunitárias, todas com baixo custo.

Moral et al. (2001), em Córdoba, Espanha, realizaram estudo randomizado com o objetivo de investigar se um programa de treinamento em habilidades de comunicação (de MCP), para médicos de família e comunidade com vários anos de experiência clínica, muda a abordagem desses médicos quando eles atendem pacientes com fibromialgia. Os médicos (n = 20) foram alocados em dois grupos: intervenção e controle. A intervenção consistiu em um curso de 18 horas que incluiu a prática de habilidades de comunicação relativas a estabelecer uma relação efetiva, obter informações biopsicossociais, fornecer informação e negociar e como encerrar uma consulta. No final, uma entrevista com um paciente simulado foi conduzida pelos médicos, recebendo todos um retorno (avaliação) de um facilitador. Foram recrutados 110 pacientes (63 para o grupo intervenção e 47 para o grupo-controle), que aceitaram participar e representar um caso de fibromialgia padrão. As consultas foram filmadas e avaliadas por um observador “cego” para o estado de treinamento dos participantes, utilizando o questionário “*Gatha-Res*”⁶⁰. Todos pacientes foram contatados por telefone durante um período de 1 a 2 meses, após a consulta, por um entrevistador diferente e também “cego”. Eles foram convidados a responder a três perguntas para avaliar o médico de

⁶⁰ Outra versão do instrumento “*Gatha-Base*” também elaborada pelo Grupo Comunicação e Saúde da Universidade de Córdoba, Espanha. A versão “*Gatha-Res*” foi construída para avaliar as habilidades comunicacionais de médicos de família e comunidade em formação.

família e comunidade: 1) o médico foi capaz de discutir a sua dor e os problemas a ela relacionados (muito/suficiente/pouco)? 2) o médico conversou claramente sobre a causa de sua dor (muito/aceitável/pouco)? e 3) o médico escutou e considerou as suas opiniões e sugestões acerca do plano de manejo (sim/regular/não)? A média de pontos no questionário “*Gatha-Res*” foi de 11,3 (+/- 0,9) para os médicos no grupo-intervenção e de 9 (+/- 2,3) para os médicos no grupo-controle (valor-p < 0,01). As respostas dos pacientes às três perguntas feitas, por telefone, no seguimento, mostraram diferenças estatisticamente significativas a favor dos médicos treinados. O estudo citado é uma importante evidência de que os médicos de família e comunidade melhoram o uso de habilidades de comunicação para a realização de consultas centradas no paciente depois de terem recebido um curso educativo/interativo.

Os mesmos autores, em estudo posterior (ALAMO; MORAL; TORRES, 2002) realizado com o objetivo de avaliar se as consultas centradas no paciente são mais eficazes do que o estilo usual de consultas utilizadas pelos médicos generalistas em pacientes que sofrem de dor osteomuscular crônica e fibromialgia, randomizado para dois grupos – consultas centradas no paciente versus consultas usuais (110 pacientes e 20 médicos generalistas) –, mostraram que, em comparação com pacientes que receberam o tratamento habitual de seu médico generalista, aqueles que receberam uma consulta centrada no paciente apresentaram uma melhora após um ano em termos de sofrimento psicológico (ansiedade) e um menor número de pontos dolorosos/sensíveis, como também mostraram tendências positivas em alguns outros importantes resultados, como a intensidade da dor. Resultados significativamente melhores foram observados nos pacientes que sofrem de dor osteomuscular crônica em comparação com os que sofrem de fibromialgia no que se refere a sintomas associados, autoavaliação da dor e mobilidade física.

Em estudo randomizado (MAISIAK et al., 1996), realizado em Birmingham, Inglaterra, comparando-se uma intervenção de aconselhamento centrado na pessoa – realizada por telefone, em 8 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e 28 pacientes com artrite reumatoide (AR), com os cuidados habituais – em 7 pacientes com LES e em 30 pacientes com AR, evidenciou-se que a intervenção de aconselhamento centrada na pessoa melhorou significativamente o estado psicológico dos pacientes com LES em comparação ao dos pacientes com os cuidados habituais. Entretanto, não houve evidência de um benefício para as pessoas com AR e também não se observou melhora da dor para as pessoas com LES ou AR.

Para determinar o impacto do treinamento em habilidades de comunicação centradas no paciente na abordagem de oftalmologistas à adesão ao tratamento, Hahn et al. (2010), em Nova Iorque, EUA, desenvolveram uma pesquisa com 23 oftalmologistas e 100 pacientes

com glaucoma. O treinamento dos oftalmologistas foi realizado por meio de programa educativo, de três horas de duração, com vinhetas filmadas de pacientes simulados. Depois da intervenção, os oftalmologistas aumentaram a proporção de questões abertas realizadas – passando de 6% (antes do treinamento) para 15% das consultas, valor- $p < 0,001$ – e de questões específicas sobre o uso de medicação – passando de 18% (antes do treinamento) para 82% das consultas, valor- $p < 0,001$.

5.3 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA EM ASPECTOS OU SITUAÇÕES RELEVANTES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Nesta sessão, vemos as pesquisas conduzidas para investigar a relação da MCP com os seguintes aspectos ou situações relevantes para a prática clínica: a aceitação das recomendações clínicas pelos pacientes, a colocação de importantes e/ou novas informações pelo paciente no final da consulta (sendo, este fato, conhecido como sinal da maçaneta), a incorporação, pelo médico, na consulta, da promoção da saúde e da prevenção de doenças e, por último, a relação da MCP com a abordagem de pessoas com sintomas inexplicados pelo modelo biomédico.

Para avaliar o impacto da comunicação centrada no paciente sobre a avaliação dos pacientes acerca dos médicos e da aceitação das suas recomendações clínicas, Saha e Beach (2011), em Portland, EUA, randomizaram 248 pacientes para assistirem a vídeos de consultas padronizadas: um cardiologista recomendando cirurgia de revascularização a um paciente cardiopata isquêmico, usando, em um vídeo, alto grau de comunicação centrada no paciente e, em outro, baixo grau. Os pacientes que assistiram ao vídeo com alto grau de comunicação centrada no paciente avaliaram (em escala de 0 a 4) melhor o médico no geral (3,01 vs. 2,12, valor- $p < 0,001$) e também como sendo mais competente (3,22 vs. 2,66, valor- $p < 0,001$) e de confiança (2,93 vs. 2,28, valor- $p < 0,001$) do que os pacientes que assistiram ao vídeo com baixo grau. Outro importante resultado do estudo foi mostrar que os pacientes que assistiram ao vídeo com alto grau de comunicação centrada no paciente mais frequentemente disseram que iriam se submeter à cirurgia de revascularização (96% vs. 74%, $p < 0,001$) se fossem o paciente no vídeo. O estudo mencionado evidencia que uma eficiente comunicação centrada no paciente promove a relação pessoa-médico e ainda aumenta a disponibilidade do paciente

em aceitar uma recomendação baseada em evidências, fortalecendo, esses achados, a relação complementar, e não contraditória, entre MCP e MBE.

O sinal da maçaneta é caracterizado pela colocação de importantes e/ou novas informações pelo paciente no final da consulta (momento em que o médico habitualmente põe a mão na maçaneta da porta do consultório para abri-la e então se despedir do paciente). O sinal da maçaneta é um importante indicador das preocupações, dos medos e até dos principais motivos que levaram o paciente à consulta. As informações expostas pelo paciente, no momento final da consulta, revelam a agenda oculta da pessoa, que poderia (ou não) ter sido acessada durante a consulta por meio da abordagem/facilitação do médico. As habilidades que os médicos devem desenvolver para aperfeiçoar o reconhecimento dos problemas dos pacientes, que são a escuta inicial do paciente (do motivo da consulta) sem interrupções ou redirecionamentos, a avaliação mais ampla dos motivos de consulta e a priorização dos problemas que serão tratados junto com o paciente, são importantes conteúdos do MCCP.

Para identificar os tipos de comunicação médico-paciente associados com a introdução de um novo problema nos momentos finais da consulta, White, Levinson e Roter (1994), em Portland, EUA, analisaram consultas em fitas de áudio de 88 pacientes e 20 médicos de APS. Os resultados mostram que os médicos iniciaram o fechamento em 86% das consultas, esclareceram o plano de tratamento em 75% das vezes e perguntaram se os pacientes tinham mais perguntas em 25% das visitas. Os pacientes introduziram novos problemas em 21% dos encerramentos, estando esse evento associado com um menor tempo de conversa acerca do tratamento (com uma menor troca de informações entre médico e paciente) e uma menor taxa de orientações do médico. A partir dos padrões de comunicação analisados, os autores puderam sugerir as formas pelas quais os médicos podem melhorar a comunicação com o paciente, diminuindo, assim, o número de problemas novos surgidos nos momentos finais das consultas: avaliar as crenças do paciente, verificar a compreensão do paciente sobre os assuntos discutidos e abordar as emoções e as questões psicossociais, todos esses como aspectos da MCP.

Uma causa frequentemente apontada na literatura para o aumento na prevalência de problemas novos surgidos no final da consulta é o método de abordagem usado pelos médicos de escolher um problema do paciente para explorar antes de conhecer mais amplamente as suas preocupações. Um estudo transversal (MARVEL et al. 1999) realizado em Fort Collins, EUA, com médicos de família e comunidade experientes, com o objetivo de examinar as maneiras de se obterem as agendas (preocupações, medos, motivos de consulta) dos pacientes,

mediu as interações verbais entre médicos e pacientes, incluindo as solicitações do médico a respeito das preocupações do paciente, a taxa de respostas concluídas dos pacientes, o tempo para que os pacientes respondessem e a frequência de surgimento tardio de preocupações dos pacientes (264 consultas). Os médicos solicitaram as preocupações do paciente em 75,4% das entrevistas. As respostas iniciais dos pacientes a respeito das suas preocupações foram concluídas em 28% das vezes. Os médicos redirecionaram o assunto de abertura da consulta (trazido pelo paciente) após um período médio de 23,1 segundos. O surgimento tardio de preocupações dos pacientes foi mais comum quando os médicos não solicitaram as preocupações dos pacientes durante a entrevista (34,9% vs. 14,9%). Outro importante resultado do estudo foi mostrar que médicos treinados eram mais propensos a solicitar as preocupações do paciente e a permitir que os pacientes completassem a sua formulação inicial acerca das preocupações ou queixas (44% vs. 22%).

A MCP, ao permitir que os médicos conheçam e compreendam melhor a perspectiva única da pessoa, incluindo a sua experiência de saúde e de doença, o seu potencial para a saúde, as suas doenças atuais e potenciais e o seu contexto, potencializa as intervenções e resultados relativos à promoção da saúde e à prevenção de doenças, orientando a escolha, em decisão conjunta entre médico e pessoa, das estratégias promocionais e preventivas mais adequadas (STEWART et al., 2003). Nesse sentido, Flach et al. (2004), na cidade de Iowa, EUA, realizaram um estudo para avaliar justamente a relação entre a MCP e a oferta de serviços de prevenção. Esse estudo mostrou que a melhor comunicação entre pacientes e médicos, principalmente com relação à maior oportunidade dos pacientes em falar sobre as suas preocupações com o médico, e a continuidade dos cuidados estiveram associadas com o aumento da oferta de serviços de prevenção.

A abordagem de pessoas com sintomas inexplicados pelo modelo biomédico é uma das situações mais complexas e também frequentes da clínica em APS. O médico, nos casos de pessoas com sintomas inexplicados pelo modelo biomédico, precisa habilmente compreender a pessoa com o sintoma, mas sem perdê-lo de vista, acompanhando cuidadosamente sua evolução, para poder diferenciá-lo justamente de um sintoma inicial e/ou inespecífico de alguma patologia ou síndrome. A principal ferramenta considerada para essa abordagem é a MCP.

Assim, Smith et al. (2006), em Lansing, EUA, com o objetivo de avaliar se uma intervenção multidimensional (que incluiu uma abordagem centrada no paciente) de longo prazo, melhora a saúde mental das pessoas com sintomas inexplicados pelo modelo biomédico, realizaram ECR, recrutando pacientes adultos em acompanhamento por dois anos

e com sintomas inexplicáveis (206 foram randomizados e 200 completaram o estudo). A intervenção consistiu no tratamento cognitivo-comportamental e farmacológico, mas com abordagem centrada no paciente ao longo de um ano. O benefício relativo foi de 1,47 (IC 95% 1,05-2,07), sendo o número necessário para tratar (NNT) igual a 6,4 (IC 95% 0,89-11,89). Ao longo de um ano, os sintomas mentais graves e os físicos, incluindo dor, melhoraram significativamente.

5.4 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E O TEMPO DE CONSULTA

Existem, na literatura, muitos estudos sobre a relação entre a orientação à pessoa e o tempo de consulta, sendo os seus resultados, de maneira geral, contraditórios. Se, por um lado, pesquisas com bons delineamentos mostram não haver diferença entre o tempo de uma consulta centrada na pessoa (ou um ou mais de seus aspectos) e o de uma centrada na queixa/doença (abordagem biomédica) (ARBORELIUS; BREMBERG, 1992; MARVEL; DOHERTY; WEINEREINER, 1998), por outro, pesquisas com também bons delineamentos evidenciam diferenças entre consultas longas e curtas, encontrando melhor abordagem de um ou mais aspectos da MCP em consultas longas e também em desfechos, como maior aconselhamento preventivo ou reconhecimento de uma maior parte das necessidades das pessoas (HOWIE et al., 1991; MARVEL, 1993; ZYZANSKI et al., 1998).

Em publicação recente, Middleton, McKinley e Gillies (2006), em Leicestershire e Nottinghamshire, Inglaterra, realizaram ECR com o objetivo de avaliar o impacto de uma orientação aos pacientes, para que expusessem todos os seus motivos (as suas “agendas”) na consulta, e de uma ação educativa (treinamento) sobre os médicos, a fim de que pudessem identificar os motivos das consultas em APS (n = 45 médicos e 857 pacientes), nos seguintes desfechos: número de problemas identificados, duração das consultas, tempo necessário para gerenciar cada problema e número de problemas levantados a partir do momento em que o médico considerou a consulta encerrada. O número de problemas identificados nas consultas e a sua duração aumentaram significativamente com a orientação aos pacientes para que explicitassem suas “agendas” e aumentaram também no grupo que recebeu ambas as intervenções (sobre pacientes e médicos). No entanto, no grupo em que somente os médicos receberam a intervenção, o número de problemas identificados nas consultas aumentou significativamente, mas não a duração das consultas, sendo esse um dos mais importantes

resultados do estudo. Além disso, o tempo necessário para gerenciar cada problema não foi afetado por nenhuma das intervenções, e o número de problemas levantados a partir do momento em que o médico considerou a consulta encerrada também não mudou. Um dos principais problemas metodológicos do estudo foi trabalhar com médicos voluntários, de maneira que os achados não podem ser considerados aplicáveis a todos os médicos, pois os profissionais participantes podem, por exemplo, ser aqueles que identificam mais problemas nas consultas do que a média dos médicos em geral. É importante observar, porém, que mesmo sendo esses médicos “atípicos”, as intervenções aumentaram o número de problemas identificados em cada consulta, de forma que os resultados podem ser maiores se as intervenções forem aplicadas na população de médicos em geral.

Por fim, é importante salientar que, segundo Stewart et al. (2003), o MCCP pode ser realizado em qualquer tempo de consulta/encontro com o paciente e construído ao longo do tempo de acompanhamento, de maneira que aspectos não vistos em uma consulta podem ser vistos em uma seguinte. Além do conceito de tempo (duração), o MCCP incorpora o conceito de “timing”, que é o tempo dado pelo médico à consulta conforme as necessidades do paciente, de modo que, no exercício do MCCP, a duração das consultas varia não só pela disponibilidade de tempo, mas também, principalmente, pelas necessidades dos pacientes.

6 MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NA PERSPECTIVA DO MÉDICO

A MCP traz benefícios também para o médico, havendo, na literatura, estudos mostrando a associação entre uma melhor comunicação médico-pessoa e desfechos medidos no nível do profissional, como, por exemplo, a maior capacidade de se relacionar com os pacientes (KRASNER et al., 2009; BONVICINI et al., 2009; HELITZER et al., 2011), o maior bem-estar (KRASNER et al., 2009), a menor percepção de esgotamento profissional⁶¹ (KRASNER et al., 2009), a maior satisfação do médico com a consulta (ROTTER et al., 1997) e a menor prevalência de reclamações ou litígios por erro médico (HICKSON et al., 1992; LESTER; SMITH, 1993; HICKSON et al., 1994; BECKMAN et al., 1994; PENCHANSKY; MACNEE, 1994; VINCENT; YOUNG; PHILLIPS, 1994; LEVINSON et al., 1997).

Para determinar a associação entre um programa educacional em habilidades de comunicação e maior bem-estar, menor percepção de esgotamento profissional e maior capacidade de se relacionar com os pacientes, Krasner et al. (2009) delinearam estudo do tipo antes e depois com 70 médicos de APS em Rochester, EUA. O programa educacional utilizou diversas metodologias (exercícios de autoconhecimento, narrativas sobre experiências clínicas, análise de entrevistas, material didático e discussão de casos) e foi aplicado em duas fases: uma de oito semanas intensivas, seguida por outra de manutenção de dez meses (2 horas e 30 minutos/mês). Os desfechos do estudo citado foram medidos no início e em dois, doze e quinze meses. A participação no programa educacional foi associada a melhorias sustentadas no bem-estar e na menor percepção de esgotamento profissional e em atitudes relacionadas com a abordagem centrada no paciente, especificamente na empatia, no humor e em aspectos positivos da personalidade.

Para investigar o impacto do treinamento em habilidades de comunicação sobre a expressão de empatia pelo médico nas consultas (considerado, pelos autores, um elemento essencial da MCP), Bonvicini et al. (2009), em Nova Haven, EUA, delinearam um ECR, cuja intervenção consistiu em três oficinas, que incluíam modalidades de ensino didático e experimental, treino individual e sessões de habilidades práticas, de seis horas de duração cada, com os seguintes temas: 1) “comunicação médico-paciente para melhorar desfechos em saúde”; 2) “escolhas e mudanças: influência médica e ação do paciente” e 3) “relações difíceis entre médico-paciente”. Os médicos também receberam 30 a 45 minutos de aula individual

⁶¹ Em inglês conhecida por “Burnout Syndrome”.

após cada oficina, que incluiu revisão de uma consulta gravada em fita de áudio. Após isso, foram selecionadas aleatoriamente consultas gravadas em áudio de 116 médicos e seus pacientes (58 de cada grupo, intervenção e controle) de dois momentos: na intervenção (estudo de linha de base) e 6 meses após (n = 232 consultas gravadas em áudio). As consultas foram analisadas mediante duas escalas específicas, uma de empatia global e outra hierárquica (do nível mínimo até o máximo), por avaliador externo. A pontuação de empatia global, no grupo intervenção, entre o estudo de linha de base e 6 meses após, melhorou 37% e a pontuação hierárquica de expressão empática melhorou em até 51% a partir dos escores da linha de base no mesmo grupo.

Em Albuquerque, EUA, Helitzer et al. (2011) conduziram um ECR para determinar a eficácia e a efetividade de um treinamento em habilidades de comunicação na realização de uma abordagem centrada no paciente (capacidade de se relacionar com os pacientes) e na proficiência em conversar com os pacientes a respeito de fatores de risco à saúde. A eficácia foi avaliada por análise das interações entre profissionais e pacientes simulados e a efetividade, entre profissionais e seus pacientes. Os profissionais, incluindo médicos de família e comunidade e internistas, foram recrutados em um serviço de saúde universitário, sendo que 26 dos 60 (43%) prestadores elegíveis concordaram em participar do estudo e foram randomizados para receber treinamento ou controle. Os resultados mostram que o treinamento dos provedores foi eficaz e efetivo em melhorar significativamente as medidas de ambos os desfechos.

Os estudos de Krasner et al. (2009), Bonvicini et al. (2009) e Helitzer et al. (2011) apresentam, em resumo, as mais importantes evidências de que uma intervenção educativa faz diferença positiva e significativa em desfechos medidos no nível do médico.

Acerca da satisfação do médico com a consulta, Roter et al. (1997), em pesquisa realizada em Baltimore, EUA, por meio da análise de consultas em APS registradas em áudio e de entrevistas com os pacientes e médicos após as consultas (537 pacientes e 127 médicos), revelaram cinco padrões de comunicação médico-paciente distintos ("estritamente biomédico", caracterizado por perguntas fechadas e conversa biomédica, 32%, "biomédico expandido", padrão restrito, mas com níveis moderados de discussão psicossocial, 32%, "biopsicossocial", refletindo um equilíbrio de temas biomédicos e psicossociais, 20%, "psicossocial", caracterizada pelo predomínio de assuntos psicossociais, 8% e "consumista", caracterizada principalmente por perguntas do paciente e respostas/informações do médico, 8%), sendo a satisfação dos médicos mais baixa no padrão caracterizado como "estritamente biomédico".

Considerando as pesquisas sobre comunicação pessoa-médico (HICKSON et al., 1992; LESTER; SMITH, 1993; HICKSON et al., 1994; BECKMAN et al., 1994; PENCHANSKY; MACNEE, 1994; VINCENT; YOUNG; PHILLIPS, 1994; LEVINSON et al., 1997), verificam-se que os aspectos da comunicação associados com a maior prevalência de reclamações ou litígios por erro médico são a percepção de que o médico é apressado, o fornecimento mínimo ou insuficiente de informações verbais pelo médico, a percepção de que o médico não nota as informações dadas pela pessoa ou que não valoriza o ponto de vista da pessoa e/ou família ou ainda que não busca entender as suas perspectivas e percepção de que o médico não corresponde aos sentimentos e que faz pouco ou nenhum contato visual. Todos os aspectos mencionados são importantes conteúdos da MCP, habilidades necessárias para uma abordagem bem sucedida do primeiro, segundo e terceiro componentes do M CCP de Stewart et al. (2003).

Além disso, como se pode depreender de ensaios clínicos já apresentados e também de duas revisões sistemáticas publicadas pela *Cochrane* sobre o tema (LEWIN et al., 2001; DWAMENA et al. 2012), a prática centrada na pessoa pode ser aprendida por meio de treinamento em habilidades de comunicação (KINMONTH et al., 1998; WOODCOCK et al., 1999; COOPER et al., 2011; MORAL et al., 2001; KRASNER et al., 2009; BONVICINI et al., 2009; HELITZER et al., 2011) e as competências adquiridas pelos médicos após o treinamento podem afetar positivamente os resultados de saúde dos pacientes (KINMONTH et al., 1998; WOODCOCK et al., 1999; MORAL et al., 2001; COOPER et al., 2011) e também de desfechos relativos à perspectiva do médico (KRASNER et al., 2009; BONVICINI et al., 2009; HELITZER et al., 2011).

7 ANÁLISE CRÍTICA DO CONJUNTO DE EVIDÊNCIAS

7.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS CONCEITOS UTILIZADOS

Observa-se na literatura a falta de consenso referente ao conceito de MCP. Muitas expressões eram e continuam sendo utilizadas com a finalidade de indicar uma abordagem clínica compatível com a da MCP. Por essa razão, para o estudo do tema, é necessário, inicialmente, reconhecer outros termos relevantes utilizados como indicadores de uma abordagem clínica orientada à pessoa, como: “comunicação centrada no paciente”, “abordagem das preocupações do paciente”, “capacidade de estabelecer um campo em comum”, “capacidade de estabelecer uma relação de confiança”, “respostas empáticas às necessidades emocionais” e “abordagem positiva mediante a potencialização de recursos pessoais, de estratégias de enfrentamento e da promoção da saúde”.

Todos os termos apresentados são embasados em entendimentos diferentes do que significa ser centrado na pessoa ou do que é necessário minimamente para que uma abordagem seja classificada como centrada na pessoa. Dependendo do referencial teórico do autor, ser centrado na pessoa pode ser: “explorar a experiência em adoecer”, “atender às necessidades clínicas e psicossociais”, “incorporar a perspectiva da pessoa na oferta e no planejamento do cuidado”, “estabelecer metas e um plano em conjunto com a pessoa”, “compartilhar o poder”, “ser empático”, “abordar o contexto da pessoa”, ou ainda combinações dessas acepções.

A fim de investigar se os diversos conceitos utilizados estavam associados a diferentes resultados de saúde, Michie, Miles e Weinman (2003) revisaram as publicações sobre o impacto da comunicação centrada no paciente em pessoas com doença crônica. Os autores separaram os estudos selecionados em duas categorias: a dos que consideraram a comunicação centrada no paciente como sendo aquela em que o profissional aborda a perspectiva da pessoa (“*illness*”) e a dos que a consideraram como aquela que “ativa” a pessoa, fazendo-a ficar presente na tomada de decisão (autonomia). Embora ambas caracterizem aspectos do MCCP, de Stewart et al. (2003), a análise dos autores demonstrou que os dez estudos incluídos na segunda categoria foram mais consistentemente associados a bons resultados do que os vinte identificados como sendo da primeira. Esse resultado corrobora um achado de outro estudo de Stewart et al. (2000), o de que os subescores do

terceiro componente do MCCP (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) estiveram mais forte e significativamente associados com os desfechos, pois encontram-se nessa mesma perspectiva a abordagem que busca a “ativação” da pessoa, fazendo-a presente na tomada de decisão.

Na pesquisa de Stewart et al. (2000), ainda, os subescores do primeiro componente (explorando a doença e a experiência da doença) não se associaram com os desfechos, da mesma forma que apresentaram resultados mais inconsistentes as pesquisas incluídas na primeira categoria, a da abordagem da perspectiva da pessoa (“*illness*”). Esses achados reforçam a hipótese de que nem todos os componentes do MCCP estejam igualmente associados com desfechos, mas que uns possam exercer mais influência do que outros.

Desse modo, depara-se com uma dificuldade inicial em se estudar a MCP: a dissensão em torno do conceito e/ou do entendimento do que significa ser centrado na pessoa e as diferenças de resultado a que, essas definições, podem levar. Nesta revisão, optou-se por um filtro sensível, buscando-se as pesquisas que utilizaram expressão (ou entendimento) para caracterizar uma maior ou menor orientação à pessoa e investigar o seu impacto na prática clínica, não tendo sido feita, portanto, restrição a um ou outro conceito.

7.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS METODOLOGIAS UTILIZADAS

A falta de consenso a respeito da definição e/ou do entendimento do que significa ser centrado na pessoa se reflete nas diferentes metodologias empregadas nos artigos sobre o tema, incluindo os diversos instrumentos utilizados para a medida ou aferição da maior ou menor orientação à pessoa.

As metodologias observacionais compreendem a maior parte dos estudos. Nos experimentos são utilizadas intervenções sobre pacientes e, em sua maior parte, sobre médicos, compreendendo, essas, as metodologias de capacitação ou treinamento em MCP voltadas para médicos (grupo intervenção).

A maioria das pesquisas é realizada em serviços de cidades dos países da Europa Ocidental e também da América do Norte, sendo conduzidas em serviços de saúde e em contextos populacionais – socioeconômicos, principalmente – peculiares, de maneira que a capacidade de generalização dos resultados é bastante limitada. Soma-se a isso, por exemplo, que, nos estudos de intervenção, cada metodologia de capacitação ou treinamento em MCP,

voltadas para médicos, é única em termos de conteúdo e de método (incluindo, por exemplo, desde diferenças referentes ao número e à duração de cada encontro até à abordagem pedagógica utilizada), impondo isso uma dificuldade adicional de não só de generalização, mas também de síntese das evidências.

Acerca da aferição, as investigações variam, sobretudo, em relação ao avaliador da abordagem, podendo a consulta ser avaliada por um observador externo (observação direta, por áudio ou por vídeo), pelo próprio médico realizador da consulta ou pelo paciente, e ao instrumento utilizado.

Stewart (2001), em revisão da literatura, observa que a maioria dos pesquisadores, até 2001, concentrava-se em avaliações de peritos sobre o grau de orientação à pessoa, mas que as evidências mais importantes acerca da associação entre a MCP e os desfechos em saúde eram provenientes, no entanto, de estudos que utilizavam a percepção da própria pessoa sobre a orientação à MCP, como vimos nos estudos de Stewart et al. (2000), que utilizou o PPCC, e no de Little et al. (2001a), que aplicou o MCA.

Em recente revisão sistemática (HUDON et al., 2011), realizada com o objetivo de identificar os instrumentos que medem a percepção dos pacientes sobre a abordagem centrada na pessoa, em MFC, que utilizou estratégias de busca no *Medline*, no *Embase* e na *Cochrane*, no período de 1980 a 2009, foram encontrados dois instrumentos capazes, do ponto de vista conceitual, de fazer essa medição (entre 13 instrumentos identificados), sendo eles, justamente, o PPCC e o MCA. Também foi visto que os outros 11 instrumentos oferecem uma cobertura parcial do conceito.

Depreende-se, assim, da literatura, que a maioria dos instrumentos, utilizados sob a rubrica “*patient-centered care*”, foram projetados para medir um ou outro aspecto da comunicação médico-paciente, fundamentados nas referências conceituais dos modelos comunicacionais, não tendo, como objetivo, abarcar o conceito abrangente do que significa ser centrado no paciente. Nesse sentido, Mead e Bower (2000) conduziram um estudo para avaliar a confiabilidade e a validade de três instrumentos utilizados para medir a centralização no paciente. Os três instrumentos, a Escala de Classificação da Comunicação Médico-Paciente Europeia⁶², o Sistema de Análise de Interação de Roter⁶³ e o utilizado no estudo de Henbest e Stewart foram aplicados, cada um, a mesma amostra de 55 consultas de médicos de

⁶² Tradução de “Euro-communication Rating Scale”.

⁶³ Tradução de “Roter Interaction Analysis System”, desenvolvido por Debra Roter, pesquisadora da Universidade de Johns Hopkins, Baltimore, EUA.

família e comunidade filmadas. As análises foram controladas para variáveis no nível do paciente e do médico (por exemplo, características demográficas e estado de saúde do paciente) e variáveis de processo (por exemplo, duração da consulta). A análise demonstrou diferentes níveis de confiabilidade entre os avaliadores e também de validade de construto entre os três instrumentos. A validade concorrente foi relativamente baixa. Os pesquisadores concluem que nenhum parece estar suficientemente desenvolvido, sugerindo-se que maior especificidade conceitual e simplificação são necessárias para medição significativa e confiável.

Os instrumentos PPCC e MCA, construídos para medir de forma mais completa o conceito de centralização no paciente, o MCCP, parecem ser bastante sensíveis, porém pouco específicos nas suas medidas, tendo em vista os seus altos escores médios. Esse viés imprime um efeito conservador, pois, ao não se conseguir diferenciar adequadamente as abordagens, corre-se o risco de se subestimar o impacto do MCCP nos desfechos em saúde. Se a medida do MCCP não capta os elementos da interação que determinam o quanto a abordagem é ou não centrada na pessoa, vão-se desperdiçar esforços para se demonstrar uma maior associação entre MCCP e resultados. Aprimorar ou desenvolver novos instrumentos que consigam captar adequadamente cada dimensão do MCCP parece ser um dos principais desafios desse campo de investigação, representando, contudo, neste momento, uma das maiores limitações dos delineamentos de pesquisa.

De maneira geral, pode-se assumir que os estudos sobre o centramento no paciente apresentam limitada validade interna, com considerável potencial para vieses sistemáticos, não somente pelos problemas até este ponto vistos, mas também pelo considerável número de recusas (tanto de pacientes como também de médicos) em participar dos inquéritos, perdas no seguimento (naqueles prospectivos) e, principalmente, nas análises, por fatores de confusão. Esses últimos representam um desafio permanente para as pesquisas na área, pois a abordagem médica sofre influência de variáveis no nível do paciente, do médico e do meio externo, incluindo estrutura e processo do serviço em que estão incluídos, etc. As análises vistas são controladas para fatores demográficos sempre, mas falham com relação às variáveis socioeconômicas, à situação de saúde do paciente, ao tempo de acompanhamento naquele serviço e com o médico, às características do médico, etc., fazendo-se aumentar o potencial de se encontrar associações espúrias ou ainda de se superestimar efeitos.

Enfim, pode-se concluir que a pesquisa sobre a MCP encontra-se em fase inicial, ainda se buscando acumular conhecimento sobre os instrumentos de medida e os fatores

envolvidos (de confusão), sobre os melhores delineamentos e também intervenções (no caso dos experimentais).

7.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS OBSERVADOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO

Ao tomar o conjunto dos resultados dos estudos apresentados, constata-se, inicialmente, que as investigações a respeito da relação entre MCP e a satisfação do paciente, a confiança no médico, as características da consulta, a utilização de serviços de saúde, o empoderamento, a melhora dos sintomas ou do desconforto, o alívio de preocupações e também sobre a adesão ao tratamento são invariavelmente por meio de delineamentos observacionais, enquanto as publicações sobre os resultados biométricos são experimentais.

A satisfação com a consulta talvez seja o desfecho com o maior acúmulo de evidências mostrando a sua associação positiva com a MCP, tanto em delineamentos observacionais (LITTLE et al., 2001a; KINNERSLEY et al., 1999; FLOCKE; MILLER; CRABTREE, 2002), como também em experimentais (HÖRNSTEN et al., 2005; KINMONTH et al., 1998). No entanto, em dois estudos transversais tal relação não foi encontrada (MEAD; BOWER; HANN, 2002; BERTAKIS; AZARI, 2011a).

Da mesma forma, em pesquisas transversais, foi demonstrada a associação entre a MCP e a maior confiança no médico (FISCELLA et al., 2004) e o maior empoderamento do paciente (LITTLE et al., 2001a; ROHRER et al., 2008), embora, na publicação de Mead, Bower e Hann (2002) também não se tenha demonstrado a relação com o empoderamento.

Evidenciou-se o efeito positivo da MCP sobre a orientação à APS (FLOCKE; MILLER; CRABTREE, 2002), a resolução dos sintomas que haviam levado o paciente à consulta (STEWART et al., 2000; HENBEST; STEWART, 1990; LITTLE et al. 2001a), a percepção do paciente de ter sido mais bem compreendido (HENBEST; STEWART, 1990) e o alívio de preocupações (STEWART et al., 2000; HENBEST; STEWART, 1990). Porém, o estudo de Smith e Orrel (2007) não encontrou associação entre a MCP e a redução de necessidades não satisfeitas em idosos e o de Kinnersley et al. (1999) não demonstrou relação entre a MCP e a resolução dos sintomas e das preocupações (também medidas duas semanas depois da consulta) e a autopercepção de saúde.

A maior orientação à pessoa também foi associada, em desenhos observacionais, com a menor proporção de solicitações de testes diagnósticos (STEWART et al., 2000; BERTAKIS; AZARI, 2011a; EPSTEIN et al., 2005), a menor proporção de encaminhamentos feitos pelo médico (STEWART et al., 2000; LITTLE et al., 2001a; BERTAKIS; AZARI, 2011a) e a internações hospitalares menos frequentes (BERTAKIS; AZARI, 2011a).

A MCP vincula-se positivamente ao aumento da adesão ao tratamento, como os resultados de Stewart (1984), Safran et al. (2000), Roumie et al. (2011) e Parchman, Zeber e Palmer (2010), porém não no experimento de Cooper et al. (2011).

Os resultados retomados até aqui permitem que se observe uma relativa inconsistência entre os achados positivos e negativos, porém, considerando-se o maior número de resultados positivos e os resultados apontados pelos estudos de Stewart et al. (2000) e Little et al. (2001a) – investigações com maior validade interna –, podemos pressupor que o real impacto da MCP talvez esteja mais próximo do indicado por essas pesquisas, estando assim todos os estudos até aqui citados fazendo, mais ou menos adequadamente, um gráfico de funil (como se poderia esperar de um conjunto de resultados com atenuado viés de publicação).

Acerca do impacto da MCP sobre os resultados biométricos, constata-se a mesma relativa inconsistência e também um maior número de resultados positivos, direção, na qual, o real impacto da MCP deve estar localizado. As investigações da relação entre a maior orientação à pessoa e a redução da pressão arterial são as que apresentam, em seu conjunto, os resultados mais controversos, estando o estudo transversal de Orth et al. (1987), o experimento de Kaplan, Greenfield e Ware (1989) e a metanálise de Boulware et al. (2001) a favor dessa associação e a pesquisa observacional de Roumie et al. (2011) e os experimentos de Kinmonth et al. (1998), Parchman, Zeber e Palmer (2010), Cooper et al. (2011) e Rocco et al. (2011) contra.

A respeito da HbA1c, o número de estudos que mostram uma associação entre a maior orientação à pessoa e a diminuição dos valores de HbA1c é maior, estando, a favor dessa hipótese, os ensaios clínicos de Greenfield et al. (1988), Prueksaritanond et al. (2004), Hörnsten et al. (2005), Parchman, Zeber e Palmer (2010), Rocco et al. (2011), Hojat et al. (2011) e Slingerland et al. (2013), com somente o experimento de Kinmonth et al. (1998) não tendo encontrado tal relação. Demonstrou-se também que a maior orientação à pessoa se associa com a diminuição do LDL (PARCHMAN; ZEBER; PALMER, 2010; ROCCO et al., 2011; HOJAT et al., 2011) e dos triglicérides (KINMONTH et al., 1998; HÖRNSTEN et al., 2005) e ainda com o aumento do HDL (HÖRNSTEN et al., 2005), com também somente a pesquisa de Kinmonth et al. (1998) não tendo encontrado tal relação.

Guyatt et al. (2008a; 2008b; 2008c), com o objetivo de constituir um sistema de classificação da qualidade das evidências a respeito de determinado teste diagnóstico ou tratamento, propuseram a “Hierarquização da Medida, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações”⁶⁴ (HMDAR). Esse sistema define quatro níveis de graduação da qualidade das evidências: “alto” (muito improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito), “moderado” (trabalhos futuros poderão modificar nossa confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificá-la), “baixo” (trabalhos futuros muito provavelmente terão importante impacto em nossa confiança na estimativa de efeito) e “muito baixo” (qualquer estimativa de efeito deve ser vista como incerta). Estudos experimentais iniciam no “alto”, podendo tanto baixar de nível, conforme apresentem limitação metodológica, inconsistência nos resultados, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação, como também aumentar, no caso de um maior tamanho de efeito, da presença de vieses conservadores ou de um gradiente dose-resposta. Os estudos observacionais iniciam, no entanto, no “baixo” e podem aumentar ou diminuir de nível segundo os mesmos fatores. Ao aplicarmos esses conceitos ao conjunto de evidências acerca da associação entre MCP e desfechos clínicos em APS, tenderíamos a subtrair níveis de evidência dos experimentais, por razão, principalmente, de limitações metodológicas e inconsistências nos resultados, o que culminaria na classificação de “baixo” nível de evidência (e isso para todos os desfechos avaliados).

Entretanto, a HMDAR também prevê a classificação em graus de recomendação de determinado teste diagnóstico ou intervenção, agrupando em “A”, forte (as vantagens de uma determinada conduta claramente suplantam suas desvantagens ou as desvantagens claramente suplantam as vantagens), e “B”, fraco (há certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma dada conduta). O grau de recomendação é definido não somente pelo nível das evidências, mas também pela balança entre efeitos desejáveis e indesejáveis, valores e preferências dos pacientes e custos, fatores, esses três últimos, favoráveis à recomendação da MCP, que poderia ser classificada como “A”.

Em resumo, apesar do tamanho do efeito da MCP em desfechos clínicos em APS ser relativamente pequeno, ele não é desprezível, e o conjunto de evidências, apesar de ser “baixo”, recebe grau de recomendação “A”. Avaliação, essa, também presente na ponderação de Kinmonth et al. (1998), em experimento que não confirmou a associação entre a maior

⁶⁴ Tradução de “Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation” (GRADE).

orientação à pessoa e a diminuição da HbA1c, em que afirmaram considerar que o programa de treinamento em abordagem centrada na pessoa (intervenção) tenha sim obtido sucesso à medida que os pacientes relataram melhor comunicação com os médicos, maior satisfação com o tratamento em um ano e melhor bem-estar sem a perda do controle glicêmico.

8 PESQUISAS SOBRE A MEDICINA CENTRADA NA PESSOA NO BRASIL

No Brasil, são poucas as pesquisas realizadas com o referencial da MCP, tendo sido encontrados somente dois estudos: o de Lopes e Ribeiro (2005), em Porto Alegre, e o de Ribeiro e Amaral (2008), em Belo Horizonte.

Lopes e Ribeiro (2005) realizaram uma pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer como atuavam os médicos de família e comunidade com relação à abordagem centrada na pessoa, sendo utilizado, para isso, como referencial teórico da abordagem, o MCCP, de Stewart et al. (2003). As entrevistas foram feitas em três unidades de APS do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), em Porto Alegre, escolhidas por contarem com médicos atuantes desde a implantação do SSC e também por serem os locais de menor taxa de transferência ou substituição de médicos. Responderam ao roteiro de perguntas semiestruturado, ao todo, cinco médicos e quatorze pessoas atendidas por esses profissionais, tendo sido, alcançada, segundo os autores, com esse universo, a “saturação” dos dados. Os critérios utilizados na escolha dos médicos e das pessoas entrevistadas nas unidades não foram explicitados. Após categorização e análise das entrevistas, afirma-se não haver, por parte dos médicos de família e comunidade do SSC, uma abordagem sistematizada para o cuidado centrado na pessoa. Observa-se a satisfação das pessoas com o atendimento, o vínculo e a maneira afetiva pela qual se referiam aos médicos. De outra parte, constata-se que os médicos entrevistados tinham a percepção de que prestavam um cuidado diferenciado às pessoas, por meio da escuta, do interesse e da busca de uma adequação às suas necessidades individuais e familiares (características que também foram verificadas na análise das entrevistas dos pacientes), sendo, esses, resultados aparentemente contraditórios com a afirmação de que os médicos não tinham uma abordagem sistematizada, mas cuja reflexão não foi aprofundada no estudo.

Pesquisas no âmbito da avaliação e das intervenções educativas, seja na graduação, seja nos programas de pós-graduação, também são igualmente importantes e necessárias para o aperfeiçoamento da MCP no Brasil. Com o objetivo de conhecer a atitude do estudante de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais a respeito da relação médico-paciente, Ribeiro e Amaral (2008) aplicaram a “Escala de Orientação Médico-Paciente”⁶⁵, utilizada para esse fim nos EUA e em vários outros países, a 738 alunos do

⁶⁵ Tradução de “Patient-Practitioner Orientation Scale”.

primeiro, quinto, sétimo, nono, décimo e décimo segundo semestres da referida faculdade, juntamente com um questionário sócio-demográfico. O ponto de corte da referida escala para caracterizar uma atitude centrada no médico é 4,57 (precisando o escore estar abaixo desse valor) e, centrada no paciente é acima de 5,0, sendo que os valores entre 4,57 e 5,0 são considerados medianamente centrados no paciente. Os resultados mostraram um escore de $4,66 \pm 0,44$ para o conjunto de estudantes da escola, com uma variação de escores de 2,83 a 6,0. Quando se analisaram separadamente “cuidado” e “poder”, em subescalas, verificaram-se escores de $5,20 \pm 0,45$ (1,89 - 6,00) e $4,10 \pm 0,66$ (1,78 - 6,00) para cuidado e poder respectivamente. Segundo os autores, o menor escore obtido na subescala de poder sugere uma dificuldade em compartilhar com o paciente as decisões a respeito do seu problema e que o predomínio da valorização de aspectos biomédicos em detrimento de valores humanos nos cursos de Medicina é um fator importante na determinação desse comportamento (RIBEIRO; AMARAL, 2008; RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007).

Dessa forma, considerando-se este um tema incipiente na literatura nacional, observa-se a importância de se investir em pesquisas na área, tendo-se em vista a qualificação da prática clínica e o conhecimento do impacto da MCP no nosso meio.

OBJETIVOS

OBJETIVO

Identificar as variáveis associadas com o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do usuário, e investigar a relação deste com a qualidade do manejo da HAS e do DM em APS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o serviço de APS estudado com relação ao perfil sociodemográfico, acadêmico e ocupacional dos médicos e ao grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do usuário.

Identificar as variáveis, sociodemográficas, econômicas, relativas à situação de saúde e à utilização dos serviços associadas com a percepção dos usuários sobre o grau de orientação ao MCCP.

Investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do usuário, e controle da HAS – utilizando como parâmetro a pressão arterial igual a 140/90mmHg e, em hipertensos com diabetes, 130/80mmHg – e controle da DM – utilizando como parâmetro a hemoglobina glicada igual a 7,0%.

Identificar as variáveis presentes no nível do médico associadas com a percepção dos usuários sobre o grau de orientação ao MCCP.

Investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do usuário, e a satisfação com a última consulta realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns*. 2005 Sep; 58(3):296-304.

Alamo MM, Moral RR, Torres LP. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns*. 2002 Sep; 48(1):23-31.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6):1337-1349.

Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract*. 1992 Mar; 9(1):61-6.

Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Abingdon: Tavistock Publications Limited; 1970.

Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

Bechel DL, Myers WA, Smith DG. Does patient-centered care pay off? *Jt Comm J Qual Improv*. 2000 Jul; 26(7):400-9.

Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994 Jun; 154(12):1365-70.

Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan; 39(1):17-25.

Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2011b; 85(1):46-52.

Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011a; 24(3):229-39.

Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Apr; 18(4):539-45.

Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009 Apr; 75(1):3-10.

Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Lawrence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am J Prev Med.* 2001 Oct; 21(3):221-32.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, número 14: Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel, Brasil, 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 21 set. 2014] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>.

Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract.* 1986 Jun; 3(2):75-9.

Byrne PS, Long BE. *Doctors talking to patients.* London: HMSO; 1976.

Carrió FB. *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Editora da Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.

Cohen-Cole SA. *The medical interview: the three-function approach.* St. Louis: Mosby-Year Book; 1991.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Fifth Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person-centered care for chronic diseases. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2012_Geneva_Declaration_Final_19_May_2012.pdf>.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Sixth Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person-centered health research. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2013_Geneva_Declaration_on_Person_Centered_Health_Research.pdf>.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Seventh Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person and people centered integrated health care for all. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2014_Geneva_Declaration_Released_May_27.pdf>.

Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2011 Nov; 26(11):1297-304.

Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JC, Adang E, Grol RT. Patient-centred and professional- directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabet Med.* 2006 Feb; 23(2):164-70.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743-8.

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; (12):CD003267.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137(5):535-44.

Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*. 2005 Sep-Oct; 3(5):415-21.

Ferreira SR, Bianchini IM, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011a.

Ferreira SR, Bianchini IM, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011b.

Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*. 2004 Nov; 42(11):1049-55.

Flach SD, McCoy KD, Vaughn TE, Ward MM, Bootsmler BJ, Doebbeling BN. Does patient-centered care improve provision of preventive services? *J Gen Intern Med*. 2004 Oct; 19(10):1019-26.

Flickinger TE, Saha S, Moore RD, Beach MC. Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Jul; 63(3):362-6.

Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002 Oct; 51(10):835-40.

Fremont AM, Cleary PD, Hargraves JL, Rowe RM, Jacobson NB, Ayanian JZ. Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. 2001 Dec; 16(12):800-8.

Gartlehner G, Flamm M. Is The Cochrane Collaboration prepared for the era of patient-centred outcomes research? *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Feb; 3:ED000054.

Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. 1988 Sep-Oct; 3(5):448-57.

Guedes CR. A psicologia médica na universidade do estado do rio de janeiro: um estudo de caso. *Psicologia & Sociedade*. 2003; 15(1):161-181.

Guyatt GH, Oxman AD, Gunn E, Kunz R, Ytter YF, Coello PA et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008a; 336:924-926.

Guyatt GH, Oxman AD, Gunn E, Kunz R, Ytter YF, Schünemann HJ. GRADE: what is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008b; 336:995-998.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Ytter YF, Gunn E, Liberati A. GRADE: going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008c; 336:1049-1051.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28:10-18.

Hahn SR, Friedman DS, Quigley HA, Kotak S, Kim E, Onofrey M et al. Effect of patient-centered communication training on discussion and detection of nonadherence in glaucoma. *Ophthalmology*. 2010 Jul; 117(7):1339-47.

Helitzer DL, Lanoue M, Wilson B, Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. 2011 Jan; 82(1):21-9.

Heller JE, Shadick NA. Outcomes in rheumatoid arthritis: incorporating the patient perspective. *Curr Opin Rheumatol*. 2007 Mar; 19(2):101-5.

Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract*. 1990 Mar; 7(1):28-33.

Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA*. 1994 Nov; 272(20):1583-7.

Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992 Mar; 267(10):1359-63.

Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011 Mar; 86(3):359-64.

Hörnsten A, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005 Apr; 68(1):65-74.

Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract*. 1991 Feb; 41(343):48-54.

Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011 Mar-Apr; 9(2):155-64.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de informações do censo 2010 por setores censitários. [acesso em 21 set. 2014] Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Instituto de Medicina. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.

Instituto de Pesquisa em Desfechos Centrados no Paciente. Patient-Centered Outcomes Research. Washington: Patient-Centered Outcomes Research Institute; 2012. [acesso em 19 out. 2014] Disponível em: <<http://www.pcori.org/content/patient-centered-outcomes-research>>.

Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012 Jun; 35(6):1364-79.

Jayasinghe UW, Proudfoot J, Holton C, Davies GP, Amoroso C, Bubner T et al. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Int J Qual Health Care*. 2008 Apr; 20(2):105-14.

Jenkins CR, Thien FC, Wheatley JR, Reddel HK. Traditional and patient-centred outcomes with three classes of asthma medication. *Eur Respir J*. 2005 Jul; 26(1):36-44.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 Mar; 27(3 Suppl):S110-27.

Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient- focused interventions. *Patient Educ Couns*. 2004 Jan; 52(1):107-12.

Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004 Sep; 27(3):237-51.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ*. 1998 Oct; 317(7167):1202-8.

Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 1999 Sep; 49(446):711-6.

Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978 Feb; 88(2):251-8.

Klinkman M, Weel CV. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. *J Eval Clin Pract.* 2011; 17(2):365-70.

Kolling MG, Harzheim E. Avaliação do método clínico centrado na pessoa: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009 Sep; 302(12):1284-93.

Kurtz SM, Silverman JD. The calgary-cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Medical Education.* 1996; 30:83-89.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.

Lacy NL, Backer EL. Evidence-based and patient-centered care: results from an STFM group project. *Fam Med.* 2008 Jun; 40(6):417-22.

Law SA, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract.* 1995 Oct; 45(399):520-4.

Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? *West J Med.* 1993 Mar; 158(3):268-72.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986; 3(1):24-30.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997 Feb; 277(7):553-9.

Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001; (4):CD003267.

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.* 2001a; 323(7318):908-11.

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.* 2001b; 322(7284):468-72.

Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision- making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007 Aug; 67(3):324-32.

Lopes JM, Ribeiro JA. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Maisiak R, Austin JS, West SG, Heck L. The effect of person-centered counseling on the psychological status of persons with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res*. 1996 Feb; 9(1):60-6.

Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns*. 2005 Jun; 57(3):342-9.

Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *J Fam Pract*. 1998 Nov; 47(5):343-8.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999 Jan; 281(3):283-7.

Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Arch Fam Med*. 1993 Jun; 2(6):629-33.

McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3^a ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

Meredith L, Stewart M, Brown JB. Patient-centered communication scoring method report on nine coded interviews. *Health Commun*. 2001; 13(1):19-31.

Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002 Jul; 55(2):283-99.

Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan; 39(1):71-80.

Mendes AB, Fittipaldi JÁ, Neves RC, Chacra AR, Moreira Jr ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6.671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010; 47:137-145.

Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010 Oct; 45(5 Pt 1):1188-204.

Mezzich JE, Miles A, Snaedal J, Weel CV, Botbol M, Salloum IM et al. The fourth geneva conference on person-centered medicine: articulating person-centered medicine and people centered public health. *International Journal of Person Centered Medicine*. 2012; 2:1-5.

Mezzich JE, Miles A. The third geneva conference on person-centered medicine: collaboration across specialties, disciplines and programs. *International Journal of Person Centered Medicine*. 2011; 1:6-9.

Mezzich JE, Snaedal J, Weel CV, Botbol M, Salloum IM. Introduction to person-centered medicine: from concepts to practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011; 17:330-332.

Mezzich JE, Snaedal J, Weel CV, Heath I. Person-centered medicine: a conceptual exploration. *International Journal of Integrated Care*. 2010; Suppl 10.

Mezzich JE. The geneva conferences and the emergence of the International Network for Person-centered Medicine. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr; 17(2):333-6.

Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003 Nov; 51(3):197-206.

Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006 May; 332(7552):1238-42.

Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract*. 2001 Feb; 18(1):60-3.

Moral RR, Rodríguez EP, Torres LA, Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec; 64(1-3):242-8.

Moreira V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2010; 27(4):537-544.

Moreira GC, Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cesarino CB et al. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. *J Hypertens* 2009; 27:1900-07.

Neighbour R. *The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style*. 2nd edn. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.

Nisenzon AN, Robinson ME, Bowers D, Banou E, Malaty I, Okun MS. Measurement of patient-centered outcomes in Parkinson's disease: what do patients really want from their treatment? *Parkinsonism Relat Disord*. 2011 Feb; 17(2):89-94.

Oliveira MM, Harzheim E, Riboldi J. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Oliver A, Greenberg CC. Measuring outcomes in oncology treatment: the importance of patient-centered outcomes. *Surg Clin North Am*. 2009 Feb; 89(1):17-25.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* 1987; 6(1):29-42.

Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med.* 2010 Sep-Oct; 8(5):410-7.

Penchansky R, Macnee C. Initiation of medical malpractice suits: a conceptualization and test. *Med Care.* 1994 Aug; 32(8):813-31.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching.* Oxford: Oxford University Press; 1984.

Pereira MR, Coutinho MS, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarão, Santa Catarina, Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2363–74.

Perestrello D. *A medicina da pessoa.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1982.

Pfeifer HR. Paul Tournier and 'médecine de la personne': the man and his vision. *Int J Integr Care.* 2010 Jan-Mar; 10(Suppl):e022. [acesso em 09 nov. 2014] Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834913/#!po=41.6667>>.

Prueksaritanond S, Tubtimtes S, Asavanich K, Tiewtranon V. Type 2 diabetic patient-centered care. *J Med Assoc Thai.* 2004 Apr; 87(4):345-52.

Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review.* 2012; 70(4) 351-379.

Ribeiro MM, Amaral CF. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(1):90-97.

Ribeiro MM, Krupat E, Amaral CF. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach.* 2007 Sep; 29(6):e204-8.

Robertson J, Emerson E, Hatton C, Elliott J, McIntosh B, Swift P et al. Longitudinal analysis of the impact and cost of person-centered planning for people with intellectual disabilities in England. *Am J Ment Retard.* 2006 Nov; 111(6):400-16.

Robinson ME, Brown JL, George SZ, Edwards PS, Atchison JW, Hirsh AT et al. Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: the patient perspective. *Pain Med.* 2005 Sep-Oct; 6(5):336-45.

Rocco N, Scher K, Basberg B, Yalamanchi S, Baker-Genaw K. Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. *Qual Manag Health Care.* 2011 Apr-Jun; 20(2):89-97.

- Rogers CR. *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes; 1973a.
- Rogers CR. *Liberdade para Aprender*. Belo Horizonte: Interlivros; 1973b.
- Rogers CR. *A terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes; 1975.
- Rogers CR. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes; 1978.
- Rogers CR. *Um jeito de ser*. São Paulo: E. P. U.; 2012a.
- Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes; 2012b.
- Rohrer JE, Wilshusen L, Adamson SC, Merry S. Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? *J Eval Clin Pract*. 2008 Aug; 14(4):548-51.
- Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997 Jan; 277(4):350-6.
- Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med*. 2011 Aug;34(4): 244-53.
- Roy KV, Vanheule S, Deveugele M. What makes up good consultations? A qualitative study of GPs' discourses. *BMC Fam Pract*. 2013 May; 14:62.
- Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312(7023):71-2.
- Sacristán JA. Patient-centered medicine and comparative effectiveness research. *Med Clin (Barc)*. 2011 Apr; 136(10):438-40.
- Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Jan; 13:6.
- Safran DG, Murray A, Chang H, Montgomery J, Rogers WH. Linking doctor-patient relationship to quality outcomes. *J Gen Intern Med*. 2000; 15(Suppl):116.
- Saha S, Beach MC. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient Educ Couns*. 2011 Sep; 84(3):386-92.
- Santos IS. Parte II: Indicadores de avaliação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Santos IS. Parte III: Grau de inferência da avaliação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.

Schneeweiss S, Seeger JD, Jackson JW, Smith SR. Methods for comparative effectiveness research/patient-centered outcomes research: from efficacy to effectiveness. *J Clin Epidemiol*. 2013 Aug; 66(8 Suppl):S1-4.

Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.

Singer JP, Yusef RD. Defining patient-reported outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: the patient-centered experience. *Med Clin North Am*. 2012 Jul; 96(4):767-87.

Slingerland AS, Herman WH, Redekop WK, Dijkstra RF, Jukema JW, Niessen LW. Stratified patient-centered care in type 2 diabetes: a cluster-randomized, controlled clinical trial of effectiveness and cost-effectiveness. *Diabetes Care*. 2013 Oct; 36(10):3054-61.

Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age Ageing*. 2007 Nov; 36(6):628-31

Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2006 Jul; 21(7):671-7.

Snyder CF, Jensen RE, Segal JB, Wu AW. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care*. 2013 Aug; 51(8 Suppl 3):S73-9.

Snyder GH, Lathrop JP. Cost reduction using patient-focused care concepts. *Manag Care Q*. 1995; 3(2):43-51.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

Stevens J. Brief encounter: factors and fallacies in learning and teaching the science of consultation for the future general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1974; (24):5-22.

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 Sep; 49(9):796-804.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.

Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001 Feb; 322(7284):444-5.

Stewart M. What is a successful doctor patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med*. 1984; 19:167-175.

Stewart M, Roter D. Communicating with medical patients. Thousand Oaks: Sage Publications; 1989.

Stott NC, Davis RH. The exceptional potential in each primarycare consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1979; 29(201):201-5.

Street RL Jr, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med*. 2008 May-Jun; 6(3):198-205.

Stutts LA, Robinson ME, McCulloch RC, Banou E, Waxenberg LB, Gremillion HA et al. Patient-centered outcome criteria for successful treatment of facial pain and fibromyalgia. *J Orofac Pain*. 2009 Winter; 23(1):47-53.

Tate P. *The Doctor's Communication Handbook*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994.

Tournier P. *Médecine de la personne*. Neuchatel, Switzerland: Delachaux et Niestlé; 1940. [acesso em 09 nov. 2014] Disponível em: <http://www.paultournier.org/autre/Medecine_de_La_Personne.pdf>.

Tournier P. *La médecine de la personne*. [acesso em 09 nov. 2014] Disponível em: <<http://www.paultournier.org/autre/LA%20MEDECINE%20DE%20LA%20PERSONNE.pdf>>.

Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. Contextual factors in clinical decision making: national survey of Canadian family physicians. *Can Fam Physician*. 2005 Aug; 51:1106-7.

Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns*. 2009 Dec; 77(3):379-83.

Victoria CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*. 2004; 94:400-5.

Viegas K, Silva Filho IG. Prevalência de diabete mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de saúde [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994 Jun; 343(8913):1609-13.

Walsh MN, Bove AA, Cross RR, Ferdinand KC, Forman DE, Freeman AM et al. Health policy statement on patient-centered care in cardiovascular medicine: a report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Quality Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2012 Jun 5; 59(23):2125-43.

Weel CV. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2):337-8.

White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med*. 1994 Jan; 9(1):24-8.

Willems S, Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005 Feb; 56(2):139-46.

Woodcock AJ, Kinmonth AL, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behaviour of primary care professionals. *Patient Educ Couns*. 1999 May; 37(1):65-79.

Wright HJ, MacAdam DB. *Clinical thinking and practice: diagnosis and decision in patient care*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1979.

Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, Haes HC. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Soc Sci Med*. 2006 Aug; 63(4):899-910.

Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, Haes HC. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Med Care*. 2007 Apr; 45(4):330-9.

Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract*. 1998 May; 46(5):397-402.

ARTIGO 1

Fatores associados à abordagem médica centrada na pessoa em
atenção primária à saúde.

Rodrigo Caprio Leite de Castro ¹

Daniela Riva Knauth ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Rodrigo Caprio Leite de Castro
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar
CEP 90035-003
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
rodrigo_caprio@yahoo.com.br

A ser enviado à revista The Journal of Family Practice

Resumo

A abordagem médica é influenciada por inúmeros fatores presentes no nível do paciente, do médico, do serviço de saúde, da sociedade e da cultura. Este artigo tem como objetivo determinar o grau de orientação ao método clínico centrado na pessoa (MCCP) atribuído, pelas pessoas atendidas, à abordagem dos médicos de um serviço de APS e verificar a sua associação com variáveis no nível da pessoa atendida. Trata-se de estudo transversal, realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de atenção primária à saúde, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (n = 408). O grau de orientação ao MCCP foi medido pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). O aumento da “escolaridade” do paciente e do “tempo de acompanhamento com o médico” associaram-se significativamente com a maior prevalência de baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) atribuído aos médicos pelos pacientes por eles atendidos. Por outro lado, as variáveis “mora sozinho” e “autopercepção de saúde regular/ruim/muito ruim” associaram-se com a menor prevalência de orientação à pessoa. Esses achados mostram que a abordagem às pessoas com maior vulnerabilidade social precisa ser qualificada e também que o tempo de acompanhamento com o médico passa a ser um indicador do quanto esse profissional consegue centrar a sua abordagem na pessoa.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The medical approach is influenced by several factors present at the patient, doctor, health service, society, and culture level. The purpose of this paper is to establish the degree of the person-centered clinical method (PCCM) orientation assigned by the cared people to a PHC service doctors' approach and to verify its association with variables at the level of the cared person. It is a cross-sectional study developed with hypertensive and/or diabetic patients in the 12 health care centers of a primary health care service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil (n = 408). The degree of the PCCM orientation was measured by the “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) tool. The increase of the patient's “schooling” and the “follow-up time with the doctor” were significantly associated with the higher prevalence of a low general score of PPPC (corresponding to the high PCCM orientation) assigned to the doctors by the patients cared by them. On the other hand, the variables “living alone” and “regular/poor/very poor health self-perception” were associated with the lower prevalence of person orientation. These findings show that the approach to people with higher social vulnerability needs to be qualified, as well as that the follow-up time with the doctor can be an indicator of how much this provider is able to center his/her approach in the person.

Keywords: Patient-Centered Care, Patient, Quality of Health Care, Primary Health Care

Introdução

A orientação da prática clínica ao paciente (ou à pessoa) surgiu, na literatura, na primeira metade do século XX, tendo como referencial teórico inicial a Psicologia Humanista de Rogers (1973; 1975) e a abordagem de Tournier (1940). Na área médica, o uso pioneiro da expressão “medicina centrada no paciente”, com a finalidade de caracterizar uma alternativa à “medicina centrada na doença”, é atribuído a Michael Balint, psiquiatra húngaro (1970). Posteriormente, inúmeros autores buscaram caracterizar esses dois focos possíveis da medicina – um centrado no paciente ou na pessoa e, outro, no procedimento diagnóstico ou terapêutico, no médico, no problema ou na doença (STEVENS, 1974; BYRNE, LONG, 1976; WRIGHT, MACADAM, 1979) –, chegando-se, assim, aos pesquisadores da estrutura da consulta e das habilidades de comunicação necessárias para sua melhor condução (STOTT, DAVIS; 1979, PENDLETON, SCHOFIELD, TATE, HAVELOCK, 1984; LEVENSTEIN et al., 1986; COHEN-COLE, 1991; KURTZ, SILVERMAN, 1996; NEIGHBOUR, 2004).

O uso crescente da expressão “pessoa” no lugar de “paciente” observado na literatura ocorre em razão de muitos autores considerarem o conceito de pessoa como sendo mais “amplo” que o de paciente (WEEL, 2011; KLINKMAN; WEEL, 2011). Busca-se, assim, melhor caracterizar a abordagem da pessoa como um todo, incluindo, principalmente, os elementos contextuais. Outro importante aspecto intencionado por essa mudança é o reconhecimento, pretendido pelo uso do termo “pessoa”, da autonomia do “paciente”, possibilitando, como finalidade última, a construção conjunta (ou compartilhada) de um plano de manejo dos problemas ou doenças plenamente satisfatório.

A Medicina Centrada na Pessoa (MCP) é influenciada, em hipótese, por variáveis proximais, presentes no nível do paciente, do médico e do serviço de saúde, e distais, localizadas nas políticas de saúde, na sociedade, na cultura e no ecossistema. A rede de fatores é complexa, não somente pelo número expressivo de componentes, mas também pelos efeitos múltiplos de suas interações (MEAD; BOWER, 2000; AITA et al., 2005; WILLEMS et al., 2005).

Existem, na literatura, estudos que exploram a associação desses fatores com o tipo de abordagem desempenhada pelo médico. Em revisão sistemática, que selecionou doze pesquisas a respeito da relação entre variáveis socioeconômicas e estilos de comunicação médico-paciente, Willems et al. (2005) observaram, a partir do conjunto de resultados, que os pacientes de classe social baixa eram abordados mais frequentemente de forma menos

participativa, com menor aporte de informações e com menor número de expressões de apoio emocional e de reforço da parceria médico-paciente.

Bertakis, Franks e Epstein (2009), em análise de consultas gravadas em vídeo de 100 médicos de Atenção Primária à Saúde (APS), em Rochester, Estados Unidos da América (EUA), por meio do instrumento Medida da Comunicação Centrada no Paciente (IMCCP), evidenciaram que as consultas com pacientes do sexo feminino tiveram maior escore geral do IMCCP do que as consultas com pacientes do sexo masculino.

A relação da raça com a comunicação médico-paciente foi explorada pela pesquisa transversal de Street et al. (2008), realizada com 29 médicos de 10 unidades de APS do Texas, EUA. A análise fatorial revelou duas dimensões da percepção de similaridade com o médico: a pessoal (crenças, valores e formas de comunicação) e a étnica (raça). O principal achado foi observar que os pacientes que se percebiam mais semelhantes aos seus médicos no que diz respeito à dimensão pessoal da similaridade relataram mais confiança no profissional, mais satisfação com o atendimento e uma mais forte intenção de aderir às recomendações. Por outro lado, a percepção de ser semelhante ao médico com relação à dimensão étnica não esteve associada a esses desfechos.

Além disso, no inquérito de Jayasinghe et al. (2008), conduzido em 96 unidades de APS australianas (n = 7.505 pacientes com doença crônica e idade ≥ 18 anos), no nível do paciente, estiveram associadas significativamente com a maior satisfação a respeito do centramento da abordagem no paciente praticado nas consultas as seguintes variáveis: sexo feminino, idade igual ou superior a 40 anos (em comparação com idade entre 18 e 39 anos) e autopercepção de saúde boa ou muito boa (regular, ruim e muito ruim). Com a menor satisfação acerca do centramento da abordagem no paciente, estiveram associadas significativamente: morar em casa própria (alugada), maior escolaridade e estar empregado (todas indicativas de melhor nível socioeconômico) e estar em tratamento para hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica ou asma. Estar casado ou morando junto com companheiro, embora tenha indicado uma tendência a se associar com maior satisfação com o centramento da abordagem no paciente, não alcançou significância estatística da mesma forma que estar em tratamento para diabetes mellitus, receber aposentadoria e consultar em unidades menores (com até três médicos de família e comunidade). No entanto, essas últimas mostraram tendência a se associarem com índices de menor satisfação.

No Brasil, a Medicina Centrada na Pessoa (MCP) vem sendo introduzida e estudada, principalmente, por médicos atuantes em APS, com especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Dessa forma, é fundamental conhecermos os fatores associados à sua

maior ou menor aplicação neste âmbito, tendo em vista o reconhecimento de situações específicas, sinalizadoras da necessidade de uma abordagem mais cuidadosa por parte do médico, no caso, mais orientada à pessoa.

Para a realização do presente estudo, utilizou-se o conceito de Stewart et al. (2003), por meio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). O MCCP, sistematizado pelo grupo canadense, compreende seis componentes interativos:

1) primeiro componente: “explorando a doença e a experiência da doença” – a história clínica, o exame físico e os exames complementares são abordados juntamente com os sentimentos, os pensamentos e as preocupações da pessoa acerca do sintoma, sinal ou doença. Nesse aspecto, também são consideradas as expectativas da pessoa com a consulta ou o tratamento e ainda a maneira como a doença interfere funcionalmente no seu dia a dia;

2) segundo componente: “entendendo a pessoa como um todo” – busca compreensão integrada da pessoa, da sua história de vida e desenvolvimento e do seu contexto, incluindo o contexto próximo (família, trabalho e rede social) e o distante (comunidade, cultura, ecossistema);

3) terceiro componente: “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” – as perspectivas de cada um, pessoa e médico, são abordadas, de maneira que, a partir da lista de problemas e prioridades, das metas (objetivos) e papéis (responsabilidades) de cada um, converge-se para um acordo ou decisão conjunta;

4) quarto componente: “incorporando a prevenção e a promoção da saúde” – prevê a incorporação de intervenções preventivas e de promoção da saúde na abordagem à pessoa, considerando as suas necessidades e também as suas possibilidades específicas, a sua singular experiência em adoecer, o seu contexto, a doença presente e a em potencial e o potencial do paciente para a saúde;

5) quinto componente: “intensificando a relação médico-pessoa” – se refere à intensificação da relação entre pessoa e médico que se dá ao longo do tempo, potencializada pelo próprio método e atravessada pelas concepções de transferência e contratransferência, cuidado, cura ou melhora e poder;

6) sexto componente: “sendo realista” – apresenta os aspectos da estrutura e do processo de atenção dos serviços de saúde que devem ser considerados no MCCP, incluindo, por exemplo, o tempo de consulta, a composição e a qualidade do trabalho em equipe e o uso adequado dos recursos disponíveis.

Os três primeiros componentes são considerados os mais importantes orientadores do MCCP, podendo, esses três, definir o foco da abordagem. A abordagem desses componentes

significa a aplicação do método, que, na prática, se dá de forma dinâmica e ao longo do tempo. A intenção maior é a elaboração do plano conjunto de manejo dos problemas.

A sistematização do MCCP possibilitou o seu uso na formação médica – particularmente, no Brasil, vem sendo ensinado em programas de residência em MFC – e também na pesquisa clínica – embora nenhum estudo epidemiológico, com esse referencial, tenha sido encontrado, até o presente momento, no Brasil.

O presente artigo tem como objetivo determinar o grau de orientação ao MCCP atribuído, pelas pessoas atendidas, à abordagem dos médicos de um serviço de APS e verificar a sua associação com variáveis no nível da pessoa atendida.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período compreendido entre novembro de 2013 e novembro de 2014.

O referido serviço, criado em 1980, atende uma população de, aproximadamente, 120.000 pessoas e suas equipes são multiprofissionais. A escolha por se investigar os fatores associados com o MCCP em consultas de hipertensos e diabéticos deve-se a dois fatores: primeiro, esses pacientes, por tratarem de doenças crônicas, expõem-se mais sistematicamente ao cuidado longitudinal (e não episódico) de seus médicos e, segundo, em função de a prevenção e o manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) serem ações programáticas prioritárias dos serviços de APS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Para a seleção dos pacientes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, inscritos no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte e duas ou mais consultas realizadas nos últimos dezoito meses com o mesmo médico da consulta agendada. Esse último critério teve como finalidade assegurar um vínculo mínimo entre o médico e o paciente atendido. Foram excluídos os pacientes sem capacidade física e/ou mental para responderem o questionário, assim como aqueles portadores de DM tipo I.

Em cada unidade, um mesmo número de pacientes foi entrevistado: 34 pacientes/unidade (408 pacientes/12 unidades). As entrevistas com os pacientes foram realizadas logo após a consulta do paciente com o médico na unidade de saúde. Incluíram-se as 34 consultas consecutivas de cada unidade que preencheram os critérios de inclusão – independentemente do médico, do dia da semana ou do turno de marcação (manhã ou tarde).

Ao longo das 408 entrevistas consecutivas realizadas, houve 99 faltas às consultas e 32 recusas em participar da pesquisa. As faltas dos pacientes às consultas e as recusas foram repostas em consultas consecutivas, seguindo-se o agendamento. Na análise do perfil dos pacientes que faltaram ou recusaram participar da pesquisa, conforme as informações coletadas nos prontuários, observou-se semelhança entre as duas populações: a dos que faltaram ou recusaram e a dos respondentes.

O instrumento de entrevista foi dividido em quatro partes. Na primeira parte, para estudo do perfil dos sujeitos, aplicou-se um questionário estruturado com questões sociodemográficas e econômicas, incluindo data de nascimento, sexo, cor da pele, situação conjugal, renda individual e familiar, escolaridade e situação ocupacional. Na segunda parte, utilizou-se um questionário estruturado com questões relativas à caracterização da situação de saúde, incluindo a verificação de doenças crônicas, o tempo de vínculo com o médico da unidade, com o enfermeiro, se fosse o caso, e com a unidade de saúde, além da autopercepção de saúde e do acompanhamento concomitante em serviços de atenção secundária. Na terceira parte, foi aplicado o instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC), que mede a orientação ao MCCP atribuída, pelo paciente, à última consulta realizada com o médico. O instrumento PPCC, elaborado por Stewart et al. (2000), é constituído de 14 questões. As quatro primeiras são referentes à medida do primeiro componente do MCCP, “explorando a doença e a experiência da doença”; as nove seguintes (da quinta até a décima terceira questão do instrumento), ao terceiro, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, e a última questão, ao segundo componente, “entendendo a pessoa como um todo”. Para as respostas, utiliza-se uma escala Likert, graduada em quatro itens. A média aritmética das respostas atribuídas às 14 questões é igual ao escore geral do PPCC. Da mesma forma, a média aritmética das respostas atribuídas às quatro primeiras questões é igual ao escore do primeiro componente; a média aritmética das respostas conferidas às nove perguntas seguintes (da quinta até a décima terceira) é igual ao escore do terceiro componente e a resposta indicada ao décimo quarto item é igual ao escore do segundo componente. O PPCC foi validado, no Brasil, por Kolling e Harzheim (2012). Na quarta parte, um questionário estruturado acerca do manejo de HAS e DM foi aplicado, incluindo as seguintes questões: tempo de doença, recebimento de orientações preventivas, encaminhamento à serviço de referência e verificação de lesões em órgão alvo.

A revisão dos prontuários foi realizada pelo coordenador de campo, sendo esse o responsável pela inclusão dos pacientes no estudo. As entrevistas foram realizadas por 9 entrevistadores, todos estudantes de cursos da área da saúde. O treinamento, realizado em 8

encontros, incluiu leitura de textos relativos ao tema da pesquisa e à metodologia epidemiológica e estudo piloto. Para a coleta de dados, utilizaram-se *netbooks*, tendo sido usado o *software Le Sphinx Plus*. O treinamento e o acompanhamento dos entrevistadores foram realizados pelo coordenador de campo. Os entrevistadores aplicaram os questionários aos usuários selecionados após a consulta médica, nas respectivas unidades de saúde.

As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%, bicaudal. Os dados são apresentados por meio de médias e desvios-padrão, de medianas e intervalos interquartílicos, de proporções e de respectivos intervalos de confiança. A medida da percepção do grau de orientação ao MCCP foi calculado por meio de escores em uma escala de 1 (que equivale a mais alta orientação ao MCCP) a 4 (que equivale a mais baixa orientação ao MCCP). Utilizou-se a mediana como ponto de corte entre a mais alta e a mais baixa orientação ao MCCP. Dessa forma, o baixo escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre 1 e a respectiva mediana) corresponde à alta orientação ao MCCP e o alto escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre a respectiva mediana e 4), à baixa orientação ao MCCP.

Além disso, para a identificação das variáveis que se associam com o baixo escore do PPCC (alta orientação ao MCCP), utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentada, como medida de efeito, a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança (IC). No modelo multivariável, foram incluídas, inicialmente, as variáveis independentes que se mostraram, individualmente, associadas ao baixo escore do PPCC (alta orientação ao MCCP) com valor de $p < 0,20$. Posteriormente, foram sendo excluídas as variáveis com os maiores valores de p , de maneira que permaneceram, no modelo final, apenas aquelas com valores de $p < 0,05$. Essas análises foram controladas para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. Utilizou-se o *IBM SPSS Statistics 18*.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas no estudo (número de protocolo 08147413.1.0000.5347). Somente foram realizadas entrevistas com os pacientes e médicos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas e econômicas. Observa-se uma idade média alta (63,8 anos), com 61% dos pacientes tendo mais

de 60 anos, e também o fato de a maioria dos pacientes serem do sexo feminino (72,5%) e de cor branca (73,3%). Além disso, destaca-se a baixa escolaridade, com 25,7% tendo realizado de 1 a 4 anos de estudo e 38,7%, de 5 a 8. Somente 2,2% referiram mais de 11 anos de escolaridade (ensino superior). A respeito da renda mensal, caracteriza-se uma população de baixa renda, com 92,7% dos entrevistados recebendo até 3 salários mínimos (SM) e com 92,8% das famílias somando até 5 SM.

Na Tabela 2, consta o perfil de saúde dos pacientes. Do total de 408 entrevistados, 382 eram hipertensos, sendo que, destes, 115 também diabéticos, e 26 somente diabéticos. O tempo médio de diagnóstico (em anos) foi de 13,8 anos para os hipertensos e 9,6 anos para os diabéticos. Acerca do número de lesão em órgãos alvo (LOA) por paciente, nota-se que a maioria (57,1%) relatava nenhum e 27,9%, apenas um desses diagnósticos. Acrescentando-se, ao número de LOA, o de outros problemas de saúde/doenças (obesidade, depressão e tabagismo mostraram as maiores proporções) repara-se que 78,4% da amostra relatou até dois desses diagnósticos. Com relação à autopercepção de saúde, a amostra é dividida, com aproximadamente metade dos entrevistados a considerando muito boa ou boa e a outra metade regular, ruim ou muito ruim.

O perfil de utilização dos serviços de saúde e a autopercepção de saúde são mostrados na Tabela 3. O tempo médio de acompanhamento na unidade de saúde é de 13,7 anos, porém observa-se que o tempo de acompanhamento com o médico com quem o paciente realizou a última consulta chega a menos do que metade desse (6,0). A respeito da periodicidade das consultas, 66% referiram consultas de até 3 em 3 meses. Somente 12,7% dos pacientes acompanham também com a enfermeira da unidade de saúde e 3,2% participam de atividades em grupos de hipertensos e diabéticos. A respeito do acompanhamento fora da unidade de saúde, 18,1% consultam também com cardiologista e 6,1% com endocrinologista.

Na Tabela 4, são apresentadas as médias, com os respectivos desvios-padrão e intervalos de confiança, assim como as medianas, com os respectivos intervalos interquartílicos, dos escores dos três primeiros componentes do PPCC e do escore geral.

As Tabelas 5, 6, 7 e 8 mostram o resultado das análises uni e multivariável, que buscaram identificar as variáveis associadas, respectivamente, com o baixo escore do primeiro, segundo e terceiro componentes e com o baixo escore geral. Acerca dos subescores, as variáveis associadas significativamente com a maior prevalência de baixo escore atribuído ao componente 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”) foram “sexo feminino” (valor-p=0,006), “renda familiar mensal” maior do que 5 salários mínimos (valor-p=0,003) e “tempo de diagnóstico de HAS” (valor-p=0,034). A “periodicidade das consultas com o

médico” de 2 em 2 meses e a “presença de depressão” associaram-se à maior prevalência de alto escore (valor-p=0,038 e valor-p=0,004, assumindo-se, como referência, a consulta de periodicidade mensal ou menor e a ausência de depressão respectivamente).

Com relação ao componente 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), as variáveis associadas significativamente com a maior prevalência de baixo escore atribuído a esse componente foram “sexo feminino” (valor-p=0,013) e “tempo de acompanhamento com o médico (em anos)” (valor-p=0,045). A variável “acompanha com cardiologista” em serviço de atenção secundária associou-se ao seu alto escore (valor-p=0,035). A respeito do componente 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”), a variável “escolaridade” esteve associada significativamente com o baixo escore atribuído a esse componente (valor-p<0,001).

Por fim, as variáveis “escolaridade” (valor-p<0,001 em ambos) e “tempo de acompanhamento com o médico (em anos)” (valor-p=0,032) mantiveram-se associadas, no modelo multivariável, com o baixo escore geral. No entanto, as variáveis “mora sozinho” (valor-p=0,011) e “autopercepção de saúde regular/ruim/muito ruim” (valor-p=0,041) mostraram-se associadas com a prevalência de alto escore geral.

Discussão

Os resultados apresentados evidenciam que a “escolaridade” do paciente e o “tempo de acompanhamento com o médico” são variáveis significativamente associadas com a atribuição de baixo escore geral do PPCC (alta orientação ao MCCP), pelo paciente hipertenso e/ou diabético, à abordagem realizada pelo médico de família e comunidade em APS.

A respeito da escolaridade, ficou demonstrado que cada ano de estudo a mais representa um aumento de 4% na chance de atribuir baixo escore geral de PPCC ao seu médico, ou seja, pessoas com menos anos de estudo apresentam maior chance de atribuir alto escore geral do PPCC à abordagem do médico (baixa orientação ao MCCP). Esse achado revela que os médicos desempenham uma abordagem insatisfatória com as pessoas de baixa escolaridade, representando, talvez, ao mesmo tempo, as dificuldades supostamente encontradas pelo médico no atendimento a esses pacientes. Para lidar justamente com esse problema, Starfield conceitua a competência cultural como sendo o “reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (2002, p. 487). O

médico, por essa via, precisa aperfeiçoar sua abordagem para atingir a competência cultural necessária e, por meio dessa, a comunicação satisfatória com as pessoas de uma determinada realidade diferente da sua. Nessa mesma perspectiva, o aumento da prevalência de alto escore geral (baixa orientação ao MCCP) observado nas variáveis “mora sozinho” e “autopercepção de saúde regular/ruim/muito ruim” corroboram o entendimento de que o médico apresenta maior dificuldade em desenvolver uma abordagem centrada na pessoa em pacientes com maior vulnerabilidade social ou de saúde.

Demonstrou-se também que cada ano a mais de “tempo de acompanhamento com o médico” representa aumento de 1% na chance de atribuir-lhe baixo escore geral, revelando que essa é uma variável indicadora do baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP). É interessante notar que o médico aparece como elemento central, visto que a variável tempo de acompanhamento com a unidade de saúde não foi significativamente associada. O tempo de acompanhamento com o médico passa a ser um indicador do quanto esse profissional consegue centrar a sua abordagem na pessoa. Podemos presumir, assim, que o tempo de acompanhamento longo sinaliza a capacidade do médico em abordar suficientemente as dificuldades surgidas no âmbito da relação terapêutica e ainda de, com o paciente, superá-las, possibilitando a manutenção do plano conjunto de cuidados.

Conforme Starfield, o tempo de acompanhamento representa a longitudinalidade da atenção, o que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (2002, p. 62). Um serviço de APS é, para a autora, definido pela presença dos seus quatro atributos essenciais – a longitudinalidade, o acesso de primeiro contato, a integralidade e a coordenação da atenção – que, quando combinados, são exclusivos da APS. Vê-se agora que dentre os quatro atributos essenciais da APS, a longitudinalidade pode servir, inclusive, como indicador do tipo de abordagem realizada pelo médico.

A associação entre a maior orientação ao MCCP atribuída, pelo paciente, à abordagem do médico e o tempo de acompanhamento com esse médico aponta também para a importância do estabelecimento do vínculo e da relação médico-pessoa. A intensificação da relação médico-pessoa faz parte do MCCP, é o quinto componente do método e pode estar sendo medido também indiretamente pelo tempo de acompanhamento com o médico. De fato, o tempo médio de acompanhamento com a unidade de saúde foi de 13,7 anos e com o médico foi de 6, indicando que as pessoas trocam de médico ao longo do tempo, ocorrência que pode ter, entre outras causas, problemas na relação médico-pessoa e falhas na abordagem do médico.

Na análise multivariável do componente 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”), a variável “escolaridade” esteve associada significativamente ao seu baixo escore, evidenciando que cada ano de estudo a mais representa um aumento de 5% na chance de atribuir-lhe baixo escore, ou seja, de atribuir baixo escore (o que significa alta orientação a esse componente) à capacidade do médico em realizar um plano conjunto de manejo dos problemas. Por outro lado, aqui se revela o ponto de talvez maior dificuldade na abordagem de pessoas com baixa escolaridade: o de construir um plano conjunto de manejo dos problemas efetivo, que passa por compreender e ser compreendido. Nesse sentido, o estudo de Street et al. (2008), ao demonstrar que a percepção de similaridade com o médico, enquanto crenças, valores e formas de comunicação, esteve associada com maior confiança no profissional, maior satisfação com o atendimento e uma mais forte intenção de aderir às recomendações, acaba por sinalizar o esforço que deve fazer o médico, por meio do centramento da sua abordagem na pessoa atendida, para se aproximar dela.

O presente estudo não encontrou associação entre o maior grau de orientação à pessoa (escore geral) e melhor perfil econômico (situação ocupacional, renda mensal) (WILLEMS et al., 2005), sexo feminino (BERTAKIS; FRANKS; EPSTEIN, 2009; JAYASINGHE et al., 2008) e idade igual ou superior a 40 anos (JAYASINGHE et al., 2008) verificado nos estudos realizados em cidades estadunidenses e australianas. Chama atenção, porém, que, em comparação com os pacientes homens, ser mulher associou-se com maior prevalência da abordagem da doença e da experiência da doença (componente 1) e também da pessoa como um todo (componente 2), 39% e 15%, respectivamente, a mais do que com os pacientes homens. Esses resultados apontam para o fato de que o sexo do paciente é uma variável que pode influenciar a abordagem do primeiro e do segundo componentes do MCCP pelo médico independentemente de outros fatores.

A pesquisa de Jayasinghe et al. (2008) demonstra, ainda, que o impacto das diferenças culturais sobre os resultados desse tipo de investigação pode ser observado, tomando-se por base que a menor satisfação a respeito do centramento da abordagem no paciente estivera associada significativamente com variáveis indicativas de melhor nível socioeconômico, ou seja, quanto maior o nível socioeconômico (que incluía quanto maior escolaridade) maior também a expectativa com a própria abordagem e, por conseguinte, a menor satisfação. No entanto, no presente estudo, a partir do resultado contraditório àquele observado na investigação de Jayasinghe et al. (2008), qual seja, a maior escolaridade esteve associada com a maior prevalência de baixo escore geral do PPCC (alta orientação ao MCCP), podemos afirmar que o nível socioeconômico não foi o aspecto cultural que mais pesou na avaliação do

paciente, mas, sim, o vínculo, o “conhecimento” do médico, ou seja, a valorização da relação interpessoal que se estabelece entre médico-paciente ao longo do tempo.

As médias dos escores dos componentes e também do escore geral são ligeiramente menores (significando uma maior orientação à pessoa) do que os apresentados por Stewart et al. (2000), que, em pesquisa que envolveu 315 pacientes de 39 médicos de família e comunidade de Ontario, Canadá, com o objetivo de avaliar, em um intervalo de 2 meses, o impacto de uma consulta centrada (ou não) na pessoa em pessoas que buscavam atendimento por problemas agudos, encontrou, para os componentes 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”), 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e geral, as médias 1,2, 1,7 e 1,5 respectivamente. Entretanto, os desvios-padrão das médias, no estudo de Stewart et al. (2000), foram menores (0,29, 0,50 e 0,37), indicando que, no presente estudo, embora as médias tenham sido ligeiramente menores, a variação entre os médicos foi maior. Essas diferenças podem ser explicadas pelas características das amostras de ambos os estudos. Nesta pesquisa, a amostra foi de pacientes crônicos em acompanhamento, em média, a 6 anos com o médico, que como vimos é uma importante variável indicadora do tipo de abordagem desempenhada, e, na de Stewart et al. (2000), foi de pacientes com eventos agudos.

Podemos reconhecer limitações no presente estudo. Inicialmente, existe a possibilidade de o tamanho amostral ter influenciado negativamente o poder das análises. O instrumento PPCC, por sua vez, também apresenta limitações, sendo a maior, talvez, a que envolve a medida do componente 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), pois, para isso, é usada somente uma questão geral. Por último, esta é uma pesquisa avaliativa e transversal, sujeita, assim, às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, já que os seus resultados devem ser discutidos mediante a realidade local dos serviços.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para a formação e atenção médicas. A associação significativa das variáveis “escolaridade” e “tempo de acompanhamento com o médico” com a prevalência de baixo escore geral do PPCC (alta orientação ao MCCP), indica, em primeiro lugar, que as pessoas com baixa escolaridade exigem do médico um trabalho maior pela busca do centramento da consulta, principalmente na abordagem do componente 3, ou seja, do processo de construção de um plano conjunto de

manejo dos problemas. Essa observação se estende para o achado de menor proporção de baixo escore geral com os que “moram sozinhos” e com os que referiram “autopercepção de saúde regular/ruim/muito ruim”, sinalizando que os médicos devem aperfeiçoar a abordagem de pacientes em situação de maior vulnerabilidade.

Em segundo lugar, que o tempo de acompanhamento com o médico passa a ser também um indicador da sua abordagem, podendo-se, inclusive, compreender que o médico que consegue estabelecer melhor vínculo e tempo de acompanhamento com os pacientes é também o que melhor desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, ao contrário daquele que tem dificuldades ou não consegue estabelecer relação médico-pessoa.

Esses achados podem servir como tema de educação continuada dos médicos, visando à avaliação de consultas e aperfeiçoamento. Isso se faz particularmente importante na população de hipertensos e diabéticos desta pesquisa, pois supomos que o investimento na abordagem irá trazer, sobretudo, melhora do vínculo e da qualidade do manejo dos fatores de risco cardiovasculares.

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis sócio-demográficas e econômicas de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Idade		63,8 (12,1)
18-40 anos	14 (3,4)	
41-60 anos	145 (35,6)	
> 60 anos	249 (61,0)	
Sexo feminino	296 (72,5)	
Cor branca	299 (73,3)	
Situação conjugal		
Casado	201 (49,3)	
Viúvo	100 (24,5)	
Separado	59 (14,5)	
Solteiro	48 (11,8)	
Mora sozinho	59 (14,5)	
Sabe ler e escrever		
Sim	375 (91,9)	
Não	33 (8,1)	
Escolaridade (anos de estudo) (dos que sabiam ler e escrever)		
0	14 (3,4)	
1-4	105 (25,7)	
5-8	158 (38,7)	
9-11	89 (21,8)	
>11	9 (2,2)	
Situação ocupacional		
Desempregado	17 (4,2)	
Empregado com carteira	38 (9,3)	
Empregado sem carteira	52 (12,7)	
Dona de casa	44 (10,8)	
Aposentado	234 (57,4)	
Auxílio doença ou seguro desemprego	23 (5,6)	
Renda individual no último mês (bruta) em números de SM		
até 1 SM	186 (48,6)	
1 < SM ≤ 3	169 (44,1)	
3 < SM ≤ 5	26 (6,8)	
5 < SM ≤ 7	2 (0,5)	
Renda familiar no último mês (bruta) em números de SM		
até 1 SM	43 (11,8)	
1 < SM ≤ 3	205 (56,5)	
3 < SM ≤ 5	89 (24,5)	
5 < SM ≤ 7	16 (4,4)	
7 < SM ≤ 9	7 (1,9)	
SM > 9	3 (0,8)	

APS = atenção primária à saúde. DP = desvio padrão. SM = salário mínimo.

Tabela 2. Características da amostra segundo o perfil de saúde e a autopercepção de saúde dos pacientes de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Presença de hipertensão e/ou diabetes		
Hipertensos somente	267 (65,4)	
Diabéticos somente	26 (6,4)	
Hipertensos e diabéticos	115 (28,2)	
Tempo do diagnóstico de hipertensão (em anos)		13,8 (21,1)
Tempo do diagnóstico de diabetes (em anos)		9,6 (9,1)
Presença de LOA		
Insuficiência cardíaca	60 (14,7)	
Cardiopatía isquêmica (sem IAM prévio)	9 (2,2)	
Cardiopatía isquêmica (com IAM prévio)	22 (5,4)	
Acidente vascular cerebral	29 (7,1)	
Diminuição ou perda de visão	77 (18,9)	
Perda de função renal	51 (12,5)	
Amputação de membro ou parte de membro	1 (0,2)	
Número de LOA por pessoa		
Nenhum	233 (57,1)	
Um	114 (27,9)	
Dois	51 (12,5)	
Três ou mais	10 (2,5)	
Presença de outros problemas de saúde/doenças		
Tabagismo	52 (12,7)	
Uso de bebida alcoólica	26 (6,4)	
Teste CAGE positivo		
(dos que referiram uso de bebida alcoólica)	7 (26,9)	
Obesidade	129 (33,4 [*])	
Anemia	2 (0,5)	
Arritmia cardíaca	8 (2,0)	
Asma	16 (3,9)	
Gota	1 (0,2)	
Litíase renal	3 (0,7)	
Insuficiência venosa periférica	5 (1,2)	
Em acompanhamento por HIV/SIDA	3 (0,7)	
Em acompanhamento por câncer	9 (2,2)	
Aneurisma de aorta abdominal	1 (0,2)	
Aneurisma cerebral	2 (0,5)	
Epilepsia	1 (0,2)	
Depressão	72 (17,6)	
Ansiedade	38 (9,3)	
Esquizofrenia	1 (0,2)	
Problemas de tireoide	15 (3,7)	
Problemas osteomusculares	38 (9,3)	
Problemas gastrointestinais	12 (2,9)	
Problemas otorrinolaringológicos	4 (1,0)	
Problemas de próstata	3 (0,7)	
Problemas ginecológicos	3 (0,7)	

Número de LOA e de outros problemas de saúde/ doenças por pessoa	
Nenhum	82 (20,1)
Um	122 (29,9)
Dois	116 (28,4)
Três	47 (11,5)
Quatro ou mais	41 (10,0)
Considera a sua saúde	
Muito boa/boa	202 (49,5)
Regular/ruim/muito ruim	206 (50,5)

APS = atenção primária à saúde. DP = desvio padrão. LOA = lesão em órgão alvo. IAM = infarto agudo do miocárdio. CAGE = teste de rastreamento para uso nocivo e dependência de álcool. HIV/SIDA = vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida.

* Porcentagem estimada para a amostra de 386 pacientes que souberam informar o peso e altura. Considerou-se obeso o paciente com índice de massa corporal ($\text{peso}/\text{altura}^2$) igual ou maior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Tabela 3. Características da amostra segundo o perfil de utilização de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Tempo de acompanhamento na unidade de saúde (em anos)		13,7 (9,9)
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)		6,0 (6,9)
Periodicidade das consultas com o médico		
Menor do que uma vez/mês	4 (1,0)	
Uma vez por mês	74 (18,4)	
De dois em dois meses	77 (19,1)	
De três em três meses	111 (27,5)	
De quatro em quatro meses	43 (10,7)	
De seis em seis meses	86 (21,3)	
Maior do que de seis em seis meses	8 (2,0)	
Acompanha regularmente com enfermeira	52 (12,7)	
Participa de grupos de hipertensos e/ou diabéticos	13 (3,2)	
Acompanha regularmente com cardiologista (fora do serviço de APS)	74 (18,1)	
Acompanha regularmente com endocrinologista (fora do serviço de APS)	25 (6,1)	

APS = atenção primária à saúde. DP = desvio padrão.

Tabela 4. Escores medidos pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escore (1 - 4)	média (DP)	IC 95%	mediana	IIQ
Escore do primeiro componente do MCCP	1,29 (0,41)	1,25 - 1,33	1,00	1,00 - 1,50
Escore do segundo componente do MCCP	1,24 (0,51)	1,19 - 1,29	1,00	1,00 - 1,00
Escore do terceiro componente do MCCP	1,44 (0,48)	1,39 - 1,49	1,33	1,11 - 1,67
Escore geral	1,38 (0,42)	1,34 - 1,43	1,29	1,07 - 1,50

APS = atenção primária à saúde. DP = desvio padrão. IC 95% = intervalo de confiança de 95%. IIQ = intervalo interquartilico. MCCP = método clínico centrado na pessoa.

Tabela 5. Análise uni e multivariável das variáveis associadas com o baixo escore do componente 1 “explorando a doença e a experiência da doença” (o que corresponde à alta orientação a esse componente) do Método Clínico Centrado na Pessoa. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo Univariável* **			Modelo Multivariável*		
	RP	IC 95%	valor-p	RP	IC 95%	valor-p
Sexo						
masculino	1					
feminino	1,21	0,97 - 1,51	0,088	1,39	1,10 - 1,75	0,006
Escolaridade (em anos)	1,02	0,99 - 1,06	0,118			
Situação ocupacional						
empregado com/sem carteira	1					
desempregado	1,13	0,71 - 1,79	0,615			
dona de casa	0,78	0,55 - 1,11	0,173			
aposentado	1,02	0,81 - 1,27	0,899			
auxílio doença ou seguro desemprego	0,58	0,30 - 1,14	0,114			
Renda familiar mensal						
até 1 SM	1			1		
1 < SM <=3	0,91	0,66 - 1,24	0,536	0,99	0,77 - 1,26	0,911
3 < SM <=5	1,10	0,77 - 1,56	0,602	1,17	0,88 - 1,57	0,285
SM > 5	1,28	0,85 - 1,92	0,236	1,60	1,17 - 2,19	0,003
Periodicidade das consultas com o médico						
1 x por mês ou menor	1			1		
2 em 2 meses	0,79	0,56 - 1,10	0,160	0,70	0,50 - 0,98	0,038
3 em 3 meses	1,04	0,77 - 1,39	0,813	0,95	0,77 - 1,17	0,621
4 em 4 meses	1,00	0,65 - 1,53	0,991	0,90	0,62 - 1,30	0,560
6 em 6 meses ou maior	1,10	0,80 - 1,52	0,564	1,05	0,75 - 1,48	0,761
Presença de depressão						
Não	1			1		
Sim	0,83	0,68 - 1,01	0,059	0,78	0,66 - 0,92	0,004
Autopercepção de saúde						
muito boa/boa	1					
regular/ruim/muito ruim	0,87	0,76 - 1,01	0,060			
Tempo de diagnóstico de HAS (em anos)						
	1,00	1,00 - 1,01	0,029	1,00	1,00 - 1,00	0,034
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)						
	1,01	1,00 - 1,02	0,166			

APS = atenção primária à saúde. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%. SM = salário mínimo. HAS = hipertensão arterial sistêmica.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. ** Não se mostraram associadas (valor-p \geq 0,200) com o baixo escore do componente 1 as variáveis: idade, cor, situação conjugal, se mora sozinho, se sabe ler e escrever, renda individual mensal, tempo de acompanhamento na unidade de saúde, se acompanha regularmente com enfermeira, cardiologista e endocrinologista, se participa de atividade em grupo de hipertensos e/ou diabéticos, presença de tabagismo, obesidade, uso de bebida alcoólica, HAS e DM, tempo de diagnóstico de DM, número de LOA e de LOA somado a de outros problemas de saúde ou doenças.

Tabela 6. Análise uni e multivariável das variáveis associadas com o baixo escore do componente 2 “entendendo a pessoa como um todo” (o que corresponde à alta orientação a esse componente) do Método Clínico Centrado na Pessoa. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo Univariável* **			Modelo Multivariável*		
	RP	IC 95%	valor-p	RP	IC 95%	valor-p
Sexo						
masculino	1			1		
feminino	1,08	1,00 - 1,18	0,091	1,15	1,03 - 1,29	0,013
			0,122			
Situação conjugal						
casado(a) ou vive com companheira(o)	1			1		
viúvo(a)	0,97	0,86 - 1,09	0,587	0,89	0,78 - 1,01	0,074
separado(a) ou divorciado(a)	0,94	0,77 - 1,15	0,528	0,94	0,78 - 1,13	0,492
solteiro(a)	1,13	1,00 - 1,27	0,050	1,10	0,99 - 1,23	0,082
Mora sozinho						
Não	1					
Sim	1,11	0,99 - 1,24	0,084			
Sabe ler e escrever						
Sim	1					
Não	0,83	0,66 - 1,04	0,111			
			0,005			
Situação ocupacional						
empregado com/sem carteira	1			1		
desempregado	0,88	0,56 - 1,40	0,595	0,85	0,53 - 1,37	0,504
dona de casa	0,88	0,71 - 1,10	0,257	0,86	0,67 - 1,11	0,239
aposentado	1,04	0,90 - 1,21	0,595	1,05	0,91 - 1,22	0,497
auxílio doença ou seguro desemprego	0,76	0,55 - 1,06	0,103	0,76	0,57 - 1,02	0,063
			0,005			
Periodicidade das consultas com o médico						
1 x por mês ou menor	1					
2 em 2 meses	1,03	0,89 - 1,20	0,692			
3 em 3 meses	1,15	0,98 - 1,35	0,095			
4 em 4 meses	0,99	0,81 - 1,20	0,891			
6 em 6 meses ou maior	1,17	1,03 - 1,32	0,018			
			0,015			
Se participa de atividade em grupo de hipertensos e/ou diabéticos						
Sim	1					
Não	1,30	0,97 - 1,75	0,085			
Acompanha com cardiologista						
Sim	1			1		
Não	0,90	0,80 - 1,00	0,054	0,91	0,83 - 0,99	0,035
Presença de depressão						
Não	1					
Sim	0,89	0,80 - 1,00	0,053			

Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)	1,01	1,00 - 1,01	0,010	1,01	1,00 - 1,01	0,045
--	------	-------------	-------	------	-------------	-------

APS = atenção primária à saúde. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. ** Não se mostraram associadas (valor- $p \geq 0,200$) com o baixo escore do componente 2 as variáveis: idade, cor, escolaridade, renda individual e familiar mensal, autopercepção de saúde, tempo de acompanhamento na unidade de saúde, se acompanha regularmente com enfermeira ou endocrinologista, presença de tabagismo, obesidade, uso de bebida alcoólica, HAS ou DM, tempo de diagnóstico de HAS e DM, número de LOA e de LOA somado a de outros problemas de saúde ou doenças.

Tabela 7. Análise uni e multivariável das variáveis associadas com o baixo escore do componente 3 “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” (o que corresponde à alta orientação a esse componente) do Método Clínico Centrado na Pessoa. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo Univariável* **			Modelo Multivariável*		
	RP	IC 95%	valor-p	RP	IC 95%	valor-p
Idade (em anos)	0,99	0,99 - 1,00	0,042			
Escolaridade (em anos)	1,05	1,02 - 1,08	<0,001	1,05	1,02 - 1,08	<0,001
Situação conjugal			0,075			
casado(a) ou vive com companheira(o)	1					
viúvo(a)	0,78	0,61 - 1,01	0,055			
separado(a) ou divorciado(a)	0,95	0,75 - 1,19	0,641			
solteiro(a)	0,96	0,78 - 1,19	0,729			
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)	1,01	1,00 - 1,02	0,103			
Periodicidade das consultas com o médico			0,007			0,048
1 x por mês ou menor	1			1		
2 em 2 meses	0,66	0,48 - 0,91	0,012	0,72	0,52 - 1,01	0,054
3 em 3 meses	0,96	0,78 - 1,19	0,713	1,03	0,80 - 1,33	0,817
4 em 4 meses	0,93	0,73 - 1,17	0,518	0,90	0,67 - 1,19	0,454
6 em 6 meses ou maior	1,05	0,85 - 1,30	0,649	1,01	0,81 - 1,25	0,963
Acompanha com enfermeira						
Sim	1					
Não	0,89	0,75 - 1,05	0,171			
Autopercepção de saúde						
muito boa/boa	1					
regular/ruim/muito ruim	0,88	0,78 - 1,00	0,045			
Presença de depressão						
Não	1					
Sim	0,86	0,69 - 1,06	0,148			
Número de LOA por pessoa	0,91	0,79 - 1,04	0,171			

APS = atenção primária à saúde. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. ** Não se mostraram associadas (valor-p \geq 0,200) com o baixo escore do componente 3 as variáveis: sexo, cor, se mora sozinho, se sabe ler e escrever, situação ocupacional, renda individual e familiar mensal, tempo de acompanhamento na unidade de saúde, se acompanha regularmente com cardiologista ou endocrinologista, se participa de atividade em grupo de hipertensos e/ou diabéticos, presença de tabagismo, obesidade, uso de bebida alcoólica, HAS ou DM, tempo de diagnóstico de HAS e DM e número de LOA somado a de outros problemas de saúde ou doenças.

Tabela 8. Análise uni e multivariável das variáveis associadas com o baixo escore geral do Método Clínico Centrado na Pessoa (o que corresponde à alta orientação a esse Método). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	Modelo Univariável* **			Modelo Multivariável*		
	RP	IC 95%	valor-p	RP	IC 95%	valor-p
Mora sozinho						
Não	1			1		
Sim	0,85	0,76 - 0,97	0,011	0,83	0,72 - 0,96	0,011
Escolaridade (em anos)	1,04	1,02 - 1,07	0,001	1,04	1,02 - 1,06	<0,001
Situação ocupacional			0,075			
empregado com/sem carteira	1					
desempregado	0,93	0,58 - 1,48	0,757			
dona de casa	0,83	0,64 - 1,06	0,129			
aposentado	0,96	0,84 - 1,10	0,533			
auxílio doença ou seguro desemprego	0,41	0,17 - 0,99	0,047			
Periodicidade das consultas com o médico			0,011			
1 x por mês ou menor	1					
2 em 2 meses	0,79	0,58 - 1,08	0,137			
3 em 3 meses	1,02	0,83 - 1,26	0,828			
4 em 4 meses	0,91	0,66 - 1,25	0,546			
6 em 6 meses ou maior	1,14	0,93 - 1,40	0,222			
Acompanha com enfermeira						
sim	1					
não	0,83	0,67 - 1,01	0,064			
Autopercepção de saúde						
muito boa/boa	1			1		
regular/ruim/muito ruim	0,86	0,76 - 0,96	0,009	0,88	0,77 - 1,00	0,041
Presença de depressão						
não	1					
sim	0,81	0,61 - 1,07	0,130			
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)	1,01	1,00 - 1,02	0,019	1,01	1,00 - 1,02	0,032

APS = atenção primária à saúde. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. ** Não se mostraram associadas (valor-p \geq 0,200) com o baixo escore geral as variáveis: idade, sexo, cor, situação conjugal, se sabe ler e escrever, renda individual e familiar mensal, tempo de acompanhamento na unidade de saúde, se acompanha regularmente com cardiologista ou endocrinologista, se participa de atividade em grupo de hipertensos e/ou diabéticos, presença de tabagismo, obesidade, uso de bebida alcoólica, HAS ou DM, tempo de diagnóstico de HAS e DM, número de LOA e de LOA somado a de outros problemas de saúde ou doenças.

Referências

Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns*. 2005 Sep; 58(3):296-304.

Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Abingdon: Tavistock Publications Limited; 1970.

Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Apr; 18(4):539-45.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Byrne PS, Long BE. *Doctors talking to patients*. London: HMSO; 1976.

Cohen-Cole SA. *The medical interview: the three-function approach*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1991.

Jayasinghe UW, Proudfoot J, Holton C, Davies GP, Amoroso C, Bubner T et al. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Int J Qual Health Care* 2008 Apr; 20(2):105-14.

Klinkman M, Weel CV. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2):365-70.

Kolling MG, Harzheim E. *Avaliação do método clínico centrado na pessoa: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Kurtz SM, Silverman JD. The calgary-cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Medical Education*. 1996; 30:83-89.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986; 3(1):24-30.

Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan; 39(1):71-80.

Neighbour R. *The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style*. 2nd edn. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press; 1984.

Rogers CR. A terapia centrada no cliente. São Paulo: Martins Fontes; 1975.

Rogers CR. Psicoterapia e consulta psicológica. São Paulo: Martins Fontes; 1973.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

Stevens J. Brief encounter: factors and fallacies in learning and teaching the science of consultation for the future general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1974; (24):5-22.

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 Sep; 49(9):796-804.

Stott NC, Davis RH. The exceptional potential in each primarycare consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1979; 29(201):201-5.

Street RL Jr, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med*. 2008 May-Jun; 6(3):198-205.

Tournier P. *Médecine de la personne*. Neuchatel, Switzerland: Delachaux et Niestlé; 1940. [acesso em 09 nov. 2014] Disponível em: <http://www.paultournier.org/autre/Medecine_de_La_Personne.pdf>.

Weel CV. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2):337-8.

Willems S, Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005 Feb; 56(2):139-46.

Wright HJ, MacAdam DB. *Clinical thinking and practice: diagnosis and decision in patient care*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1979.

ARTIGO 2

Associação entre o grau de orientação à abordagem médica centrada na pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde.

Rodrigo Caprio Leite de Castro ¹

Daniela Riva Knauth ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

rodrigo_caprio@yahoo.com.br

A ser enviado à revista Family Medicine

Resumo

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) constitui-se como uma importante ferramenta para abordagem médica em atenção primária à saúde (APS). Nesse âmbito, a prevenção e o manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM) são ações programáticas prioritárias dos serviços de APS por serem consideradas condições sensíveis a esse nível de atenção. O objetivo do presente estudo é investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do paciente, e a qualidade do manejo da HAS e do DM em APS. Para isso, foi conduzido em delineamento transversal, com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de APS, em Porto Alegre – RS (n = 408). O grau de orientação ao MCCP foi medido pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). As entrevistas foram realizadas após a consulta médica, na unidade de saúde, local em que a pressão arterial foi aferida por duas vezes. Nos pacientes diabéticos procedeu-se a coleta de hemoglobina glicada (HbA1c), em até três meses após a consulta, na casa do paciente. Identificou-se que o baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) esteve associado à maior prevalência de aconselhamento de prática de atividade física, de orientação sobre cuidados com os pés e de exame dos pés, esses dois últimos desfechos medidos em relação ao pacientes diabéticos. No entanto, não se encontrou associação significativa entre o baixo escore geral do PPCC e a maior prevalência de controle de pressão arterial sistólica, diastólica e de HbA1c. Os achados evidenciam que a maior orientação ao MCCP se associa com a maior prevalência de importantes abordagens clínicas no âmbito do atendimento à pacientes hipertensos e diabéticos em APS. Contudo, pesquisas posteriores são necessárias, para, principalmente, esclarecer os fatores envolvidos com o controle da pressão arterial e da HbA1c.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Satisfação do Paciente, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The person-centered clinical method (PCCM) is an important tool for the medical approach in primary health care (PHC). In this scope, the prevention and management of systemic hypertension (SH) and diabetes mellitus (DM) are priority programmatic actions in PHC services because they are considered as conditions sensitive to this level of care. The aim of this study is to investigate whether there is an association between the degree of PCCM orientation, evaluated according to the patient's perception, and the quality of the SH and DM management in PHC. For that, a cross-sectional design was conducted with hypertensive and/or diabetic patients in the 12 health care centers of a PHC service in Porto Alegre – RS (n = 408). The degree of PCCM orientation was measured by the “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) tool. The interviews were conducted after the medical appointment, in the health care center, where the blood pressure was checked twice. In the diabetic patients, glycated hemoglobin (HbA1c) was collected in the patient's house, in up to three months after the appointment. It was identified that the low general score of PPPC (corresponding to the high PCCM orientation) was associated with the higher prevalence of counseling for the practice of physical activity, guidance on foot care, and foot exam, being the second and third outcome measured in diabetic patients. However, no significant association was found between the low general score of PPPC and the higher prevalence of systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and HbA1c control. The findings evidence that the higher PCCM orientation is associated with the higher prevalence of major clinical approaches, within the

scope of care for hypertensive and diabetic patients in PHC. However, additional research is necessary, mainly to clarify the factors involved in the blood pressure and HbA1c control.

Keywords: Patient-Centered Care, Patient Satisfaction, Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of Health Care, Primary Health Care.

Introdução

O Instituto de Medicina (2001), vinculado à Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América (EUA), em relatório que orienta as modificações a serem feitas nos serviços e sistemas de saúde para o século XXI, considera a ênfase na abordagem centrada no paciente um dos seis objetivos fundamentais dos sistemas de saúde (ao lado de segurança, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade). De acordo com essa instituição, a abordagem centrada no paciente significa o centramento na experiência da doença e a busca pelo atendimento das necessidades individuais de cada paciente, sendo características marcantes, dessa abordagem, a compaixão, a empatia e a capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas de cada paciente.

Em 2012, um relatório do Comitê de Qualidade Clínica do Colégio Americano de Cardiologia apresentou uma revisão a respeito da medicina centrada no paciente, com conceitos, estudos recentes e lacunas do conhecimento, estimulando sua prática na abordagem de pessoas com doença cardiovascular (WALSH et al., 2012). Nesse mesmo ano, a Associação Americana de Diabetes e a Associação Europeia para Estudos de Diabetes convocaram uma força-tarefa conjunta e publicaram um artigo com as atuais recomendações para terapia anti-hiperglicêmica em adultos com diabetes mellitus tipo 2 mediante o desafio da abordagem centrada no paciente, tomando como direção a individualização do cuidado (INZUCCHI et al., 2012).

A quinta Conferência em Medicina Centrada na Pessoa, realizada em Genebra, em 2012, organizada pelo Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa e outras 32 instituições, teve como tema “Doenças crônicas: perspectivas centradas na pessoa e nas pessoas”. Em sua declaração, fez-se uma carta de recomendações aos serviços e sistemas de saúde orientando, principalmente, a realização de um esforço no sentido de fazer com que cada pessoa, portadora de uma moléstia crônica, fosse totalmente engajada no tratamento, visando-se com isso o alcance da tomada de decisão conjunta (ICPCM, 2012). A sexta e a sétima Conferências em Medicina Centrada na Pessoa, em 2013 e 2014, assinadas por mais de 35 instituições, reforçaram, em suas declarações, respectivamente, a necessidade de pesquisa na área – na sexta, o tema foi “Pesquisa em saúde centrada na pessoa” – e de ampliação das políticas que buscam desenvolver o centramento da atenção nas pessoas e comunidades – na sétima, “Cuidado centrado na pessoa e nas pessoas para todos” (ICPCM, 2013, 2014).

De acordo com essa tendência, a expressão “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP), ou ainda “Medicina Centrada no Paciente”, vem sendo empregada amplamente na literatura,

acompanhando crescente investimento, mais incisivo a partir do início do século XXI, em ensino e pesquisa na área. Apesar de a MCP ser concebida internacionalmente como uma prática aplicável a diferentes especialidades médicas e níveis de atenção à saúde, no Brasil, essa abordagem tem sido introduzida e estudada de forma mais intensiva na área da atenção primária à saúde (APS).

A APS, no contexto brasileiro, tem como ação programática prioritária a prevenção e o manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM). Há um conjunto de evidências acumuladas de que o bom manejo desses problemas, na APS, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). As doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis, em 2007, por cerca de 72% das mortes no Brasil, sendo que, dentre essas, as doenças cardiovasculares, para as quais a HAS e o DM são importantes fatores de risco, foram as responsáveis pelo maior número de mortes (SCHMIDT et al., 2011). As doenças cardiovasculares também geraram o maior custo referente a internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), com 27,4% das internações de indivíduos com 60 anos ou mais, notificadas em 2007, tendo sido causadas por essas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), mostrou que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade igual ou maior a 20 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade igual ou maior a 60 anos são hipertensos. Em estudo recente (BRASIL, 2011), demonstrou-se que os indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem serem portadores de HAS. Segundo os dados do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Brasil, a prevalência de hipertensos varia de 22 a 44% e a de diabéticos, de 6 a 8%, conforme a região (BRASIL, 2006a). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), é estimado que, em 2030, o Brasil ocupe a 6ª posição mundial, com uma prevalência de 11,3% de diabéticos. Esse incremento na carga de DM, também observado globalmente, é atribuído ao aumento da prevalência de sobrepeso, da obesidade e do sedentarismo na nossa população.

O manejo das doenças crônicas não transmissíveis, em particular da HAS e da DM, implica a adesão e o cuidado longitudinal dos pacientes. Para a abordagem médica, impõe-se o seguinte desafio: contemplar tanto os aspectos da doença como também as particularidades de cada pessoa. Ao se manejar unicamente a enfermidade, pode-se falhar na construção do vínculo terapêutico, não observar relevantes fatores presentes no nível do contexto da pessoa e a importância da participação do paciente na elaboração do plano de cuidado. No entanto,

abordar somente a experiência da doença pode, da mesma forma, comprometer o tratamento, por meio de falha na investigação diagnóstica ou mesmo no reconhecimento da patologia e ainda no tratamento, ao se prescrever um medicamento de forma inadequada por exemplo.

O MCCP, ao priorizar, de acordo com Stewart et al. (2003), a experiência da doença, a visão integral da pessoa e o estabelecimento de um plano conjunto de manejo do problema de saúde, tende a favorecer o controle das doenças crônicas. Nesse contexto e frente à carência de estudos nacionais que investiguem o impacto desse método sobre desfechos em saúde, o presente artigo tem por objetivo investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, avaliado segundo a percepção do paciente, e a qualidade do manejo da HAS e do DM em APS.

Metodologia

Este é um estudo transversal realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de APS, localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período compreendido entre novembro de 2013 e novembro de 2014.

O referido serviço atende a uma população de, aproximadamente, 120.000 pessoas. Desenvolvem-se, nesse serviço, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, desde 1980 (sendo considerado, por essa razão, um dos mais antigos formadores de profissionais para APS do país), e em Residência Integrada em Saúde (para outras categorias profissionais), desde 2004. O MCCP é ensinado no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade desde 2006 e integra o Programa de Educação Continuada dos profissionais.

Este estudo utiliza como referencial teórico, para a avaliação do impacto da MCP em desfechos clínicos, o modelo desenvolvido por Habicht, Victora e Vaughan (1999). Em relação a esse referencial, situamos esta investigação como sendo de impacto, com grau de inferência sobre a plausibilidade, que utiliza, para isso, um grupo controle interno. Conforme Santos (2007), as avaliações de plausibilidade assemelham-se aos experimentos naturais, em que o avaliador aproveita a existência oportuna de um grupo controle para examinar o efeito de uma tecnologia, programa ou intervenção.

A população de pesquisa compreende os pacientes maiores de 18 anos inscritos no Programa de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) do serviço. Assumindo-se uma proporção de exposição ao MCCP de 50% e uma proporção de 40% de controle da pressão arterial em pacientes não atendidos por meio do MCCP (ORTH et al., 1987), estimou-se uma amostra de

408 pacientes com poder de 80% para se encontrar uma razão de prevalência de 1,3 ou maior (da ocorrência de controle da pressão arterial em indivíduos atendidos por meio do MCCP). Para a seleção dos pacientes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, inscritos no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte e duas ou mais consultas realizadas nos últimos dezoito meses com o mesmo médico da consulta agendada. Esse último critério teve como finalidade assegurar um vínculo mínimo entre o médico e o paciente atendido. Foram excluídos os pacientes sem capacidade física e/ou mental para responderem o questionário, assim como aqueles portadores de DM tipo I.

Em cada unidade, o mesmo número de pacientes foi entrevistado: 34 pacientes/unidade (408 pacientes/12 unidades). Os critérios de elegibilidade foram verificados por meio da revisão dos prontuários dos pacientes, cadastrados no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte. As entrevistas com os pacientes foram realizadas logo após a consulta do paciente com o médico, na unidade de saúde. Incluíram-se, no estudo, as 34 consultas consecutivas de cada unidade que preencheram os critérios de inclusão – independentemente do médico, do dia da semana ou do turno de marcação (manhã ou tarde). Ao longo das 408 entrevistas consecutivas realizadas, houve 99 faltas às consultas e 32 recusas em participar da pesquisa. As faltas dos pacientes às consultas e as recusas foram repostas em consultas consecutivas, seguindo-se o agendamento. Na análise do perfil dos pacientes que faltaram ou recusaram participar da pesquisa, conforme as informações coletadas nos prontuários, observou-se semelhança entre as duas populações: a dos que faltaram ou recusaram e a dos respondentes.

Foram coletadas informações sociodemográficas e econômicas relativas à caracterização da situação de saúde e da utilização dos serviços. Para medir a orientação ao MCCP atribuída, pelo paciente, à última consulta realizada com o médico, foi aplicado o instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento” (PPCC), validado por Stewart et al. (2000), constituído de 14 questões. As quatro primeiras são referentes à medida do primeiro componente do MCCP, “explorando a doença e a experiência da doença”; as nove seguintes (da quinta até a décima terceira questão do instrumento), ao terceiro, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, e a última questão, ao segundo componente, “entendendo a pessoa como um todo”. Para as respostas, utiliza-se uma escala Likert, graduada em quatro itens. A média aritmética das respostas atribuídas às 14 questões é igual ao escore geral do PPCC. Da mesma forma, a média aritmética das respostas atribuídas às quatro primeiras questões é igual ao escore do primeiro componente; a média aritmética das respostas conferidas às nove perguntas seguintes (da quinta até a décima terceira) é igual ao

escore do terceiro componente e a resposta indicada ao décimo quarto item é igual ao escore do segundo componente. O PPCC foi validado, no Brasil, por Kolling e Harzheim (2012).

Para avaliação do manejo da HAS, a pressão arterial dos entrevistados foi medida em dois momentos durante a entrevista, com intervalo mínimo de 3 minutos entre elas. O valor pressórico considerado para as análises foi resultado de uma média aritmética entre os valores das duas medidas. Foram utilizados monitores de pressão arterial automáticos, com visor digital, da marca *Omron*®, modelo *HEM-7200*. Procedeu-se, antes da aferição da pressão arterial, a medida do perímetro braquial, tendo sido utilizada a braçadeira da marca *Omron*®, modelo *HEM-CL24*, nas pessoas com circunferências braquiais ≥ 32 cm. A calibragem dos aparelhos foi realizada conforme a orientação do fabricante. Para avaliação do manejo do DM, foi coletada a hemoglobina glicada (HbA1c). As amostras de sangue foram coletadas na casa ou na respectiva unidade de APS do paciente por um técnico de enfermagem de um laboratório contratado. As coletas foram agendadas por telefone e realizadas em até três meses após a entrevista. A medida da HbA1c foi realizada no aparelho *Tosoh HLC-723G8* por meio do método de cromatografia líquida de alta performance (*high performance liquid chromatography*, HPLC).

Foram considerados os seguintes desfechos: a orientação a respeito de alimentação saudável, de atividade física, de parar de fumar (somente para os tabagistas) e de parar de usar bebida alcoólica (somente para os que referiram uso) realizada nas últimas três consultas, a orientação acerca de cuidados com os pés (somente para os pacientes diabéticos) realizada nos últimos doze meses, o exame dos pés (somente para os pacientes diabéticos) realizado nos últimos doze meses e o encaminhamento ao oftalmologista (somente para os pacientes diabéticos) realizado nos últimos doze meses. Todos esses desfechos foram medidos em respostas do tipo <sim> ou <não> (a resposta <não sei> foi considerada como <não>). No que se refere à pressão arterial, considerou-se como parâmetro o valor pressórico abaixo de 140/90mmHg para os hipertensos sem DM e abaixo de 130/80mmHg para os com DM e, à HbA1c, o valor abaixo de 7% (FERREIRA, BIANCHINI, FLORES, 2011a; FERREIRA, BIANCHINI, FLORES, 2011b, BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

A revisão dos prontuários foi realizada pelo coordenador de campo, sendo esse o responsável pela inclusão dos pacientes no estudo. As entrevistas foram realizadas por 9 entrevistadores, todos estudantes de cursos da área da saúde. O treinamento, realizado em 8 encontros, incluiu leitura de textos relativos ao tema da pesquisa, à metodologia epidemiológica, à aprendizagem de aferição da pressão arterial e à realização de estudo piloto. Para a coleta de dados, utilizaram-se *netbooks*, tendo sido usado o *software Le Sphinx Plus*. O

treinamento e o acompanhamento dos entrevistadores foram realizados por um coordenador de campo.

As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%, bicaudal. Os dados são apresentados por meio de médias e desvios-padrão, de medianas e intervalos interquartílicos, de proporções e de respectivos intervalos de confiança. A medida da percepção do grau de orientação ao MCCC foi calculada por meio de escores em uma escala de 1 (que equivale a mais alta orientação ao MCCC) a 4 (que equivale a mais baixa orientação ao MCCC). Utilizou-se a mediana como ponto de corte entre a mais alta e a mais baixa orientação ao MCCC. Dessa forma, o baixo escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre 1 e a respectiva mediana) corresponde à alta orientação ao MCCC e o alto escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre a respectiva mediana e 4), à baixa orientação ao MCCC.

Além disso, para a investigação da associação entre os escores PPCC e a prevalência dos desfechos, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentada, como medida de efeito, a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança (IC). Essas análises foram controladas para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. Utilizou-se o *IBM SPSS Statistics 18*.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas no estudo (número de protocolo 08147413.1.0000.5347). Somente foram realizadas entrevistas com os pacientes e médicos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A análise descritiva da amostra é apresentada na Tabela 1. Observa-se que 61% dos pacientes tem mais de 60 anos, sendo a maioria do sexo feminino (72,5%) e de cor branca (73,3%). Destacam-se, também, a baixa escolaridade, com 25,7% tendo apenas de 1 a 4 anos de estudo e 38,7%, de 5 a 8, sendo que somente 2,2% disseram ter mais de 11 anos de estudo (ensino superior), e a baixa renda mensal, com 92,8% das famílias recebendo até 5 salários mínimos por mês.

O tempo médio de diagnóstico (em anos) foi de 13,8 anos para os hipertensos e 9,6 anos para os diabéticos. A maioria (57,1%) não relatou diagnóstico de lesão em órgão alvo (LOA) e 27,9%, apenas um. A metade da amostra, aproximadamente, considera a sua saúde muito boa ou boa (49,5%). O tempo médio de acompanhamento na unidade de saúde foi de

13,7 anos, maior do que o tempo de acompanhamento com o médico com quem o paciente realizou a última consulta (6,0). A respeito da periodicidade das consultas, 66% referiram consultas de até 3 em 3 meses. Nota-se que 12,7% dos pacientes relataram fazer acompanhamento com enfermagem, 18,1%, com cardiologista e 6,1%, com endocrinologista.

Pode-se observar, na Tabela 2, a análise descritiva das variáveis dependentes (desfechos). Destaca-se que 92,3% dos tabagistas afirmaram ter recebido orientação sobre parar de fumar nas últimas três consultas com o médico, 80,9% do total de entrevistados receberam orientações acerca de atividade física e 81,1%, sobre alimentação saudável. Por outro lado, entre os pacientes diabéticos, um pouco mais da metade (55%) receberam orientação a respeito de cuidados com os pés no último ano e 30% referiram terem tido seus pés examinados nesse mesmo período. Além disso, menos da metade (38,6%) relatou ter sido encaminhado para consulta com oftalmologista no último ano e 20% dos que disseram fazer uso de bebida alcoólica receberam orientação sobre seu uso nas três últimas consultas com o médico. Com relação ao controle da pressão arterial, 51,4% da amostra de hipertensos tinham a pressão arterial sistólica controlada, considerando como parâmetro $< 140\text{mmHg}$ nos hipertensos somente e $< 130\text{mmHg}$ nos também diabéticos, e 69,3% tinham a pressão arterial diastólica controlada, considerando como parâmetro $< 90\text{mmHg}$ nos hipertensos somente e $< 80\text{mmHg}$ nos também diabéticos. Acerca do controle da HbA1c, 39,5% da amostra de diabéticos ($n = 129$, do total de 141 diabéticos que fizeram parte do estudo houve 12 recusas em se coletar o exame [8,5%]) tiveram a HbA1c $< 7\%$.

Nas Tabelas 3, 4 e 5, são apresentadas as associações entre os escores do PPCC e os desfechos clínicos estudados. Destaca-se que o maior centramento na pessoa se associou com o aumento da prevalência de orientação sobre a prática de atividade física e de cuidados com pés (nos diabéticos) e de exame dos pés (nos diabéticos). A maior realização de encaminhamento para o oftalmologista mostrou uma tendência a associar-se com a maior orientação à pessoa (valor- $p=0,053$), assim como a maior orientação sobre parar de usar bebida alcoólica (valor- $p=0,061$) e alimentação saudável (valor- $p=0,086$).

Acerca dos escores dos componentes do PPCC, o segundo (“entendendo a pessoa como um todo”) esteve associado com o aumento da prevalência de orientação sobre atividade física, alimentação saudável e exame dos pés (nos diabéticos) e, o terceiro (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”), com orientação sobre atividade física, cuidado com os pés e exame dos pés (nos diabéticos) e encaminhamento para o oftalmologista. A abordagem do primeiro componente (“explorando a doença e a experiência da doença”) somente esteve associada com a orientação sobre atividade física. O

maior centramento na pessoa não se associou com o aumento da prevalência de controle da pressão arterial sistólica e diastólica nem da HbA1c.

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam que a maior orientação ao MCCP associa-se à maior prevalência de importantes abordagens clínicas no âmbito do atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos em APS. Destaca-se que o baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) associou-se ao aumento de 17% na prevalência de aconselhamento sobre a prática de atividade física (RP 1,17, IC95% 1,07 - 1,28, valor-p=0,001), com um aumento de 87% na prevalência de aconselhamento sobre cuidados com os pés (RP 1,87, IC95% 1,35 - 2,57, valor-p<0,001) e de 192% na de exame dos pés (RP 2,92, IC95% 1,97 - 4,32, valor-p<0,001) em pacientes com DM.

Também se ressalta que a realização de encaminhamento para oftalmologista, embora não tenha se associado significativamente com a maior orientação à pessoa, evidenciou tendência para tal, mostrando um aumento de 46% na prevalência de encaminhamentos naqueles com maior orientação (RP 1,46, IC95% 1,00 - 2,16, valor-p=0,053). Da mesma forma, observou-se essa tendência com a maior orientação sobre parar de usar bebida alcoólica (RP 1,91, IC95% 0,97 - 3,75, valor-p=0,061) e alimentação saudável (RP 1,12, IC 95% 0,98 - 1,27, valor-p=0,086). Todas essas abordagens clínicas são consideradas fundamentais para o bom acompanhamento desses pacientes (FERREIRA, BIANCHINI, FLORES, 2011a; FERREIRA, BIANCHINI, FLORES, 2011b, BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Um pouco mais da metade da amostra de hipertensos tiveram a PAS controlada (51,4%) e um pouco mais de $\frac{2}{3}$ da mesma amostra, a PAD controlada (69,3%). Com relação ao controle da HbA1c, menos da metade dos diabéticos apresentaram níveis inferiores a 7% (39,5%). A HAS e o DM, embora sejam problemas prioritários para a prevenção de morbimortalidade cardiovascular, apresentam baixas taxas de controle no Brasil, sendo que, em duas pesquisas recentes, a taxa de controle da HAS variou de 20 a 40% (PEREIRA et al., 2007; MOREIRA et al., 2009).

A respeito do controle da DM, os resultados são ainda mais desfavoráveis. Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo e pela Fundação Oswaldo Cruz da Bahia, que avaliou os níveis de HbA1c de 6.671 pacientes distribuídos em dez cidades de oito estados brasileiros e do Distrito Federal, mostrou um mau controle do DM, definido por uma

HbA1c acima de 7%, em 76% dos pacientes (MENDES et al.; 2008). Nesse cenário, pode-se situar o serviço de APS estudado como um serviço que, embora mostre melhores resultados em comparação com pesquisas brasileiras, necessita qualificar sua atenção.

Neste estudo, não se encontrou associação entre a maior orientação à pessoa e o aumento da prevalência de controle da pressão arterial sistólica, da diastólica ou da HbA1c. Essa relação apresenta, de fato, resultados controversos na literatura. A maior orientação à pessoa associou-se ao melhor controle de pressão arterial em Orth et al. (1987), Kaplan, Greenfield e Ware (1989) e Boulware et al. (2001), mas não em Kinmonth et al. (1998), Roumie et al. (2011), Rocco et al. (2011), Parchman, Zeber e Palmer (2010) e Cooper et al. (2011). Da mesma forma, associou-se ao melhor controle da HbA1c em Greenfield et al. (1988), Prueksaritanond et al. (2004), Hörnsten et al. (2005), Parchman, Zeber e Palmer (2010), Rocco et al. (2011), Hojat et al. (2011) e Slingerland et al. (2013), porém não em Kinmonth et al. (1998).

A maior dificuldade encontrada aqui é a de se querer buscar uma associação entre uma abordagem predominantemente comunicacional e, portanto, permeada por todos os fatores do âmbito da relação médico-pessoa, e medidas biométricas passíveis, por sua vez, da influência de uma teia complexa de variáveis. Comumente na literatura, vê-se a tentativa de se explicar a relação entre a abordagem médica e medidas biométricas por meio da maior adesão medicamentosa, em que a melhor abordagem levaria a maior adesão (desfecho intermediário) e esta, por sua vez, a melhores desfechos. As pesquisas de Stewart (1984), Safran et al. (2000), Roumie et al. (2011) e Parchman, Zeber e Palmer (2010) encontraram, de fato, associação entre a maior orientação à pessoa e a maior taxa de adesão medicamentosa, porém essa relação não se confirmou em Cooper et al. (2011).

Outro ponto importante é que o tamanho do efeito da abordagem é supostamente pequeno, o que pode requerer amostras maiores das que vêm sendo praticadas nessas pesquisas e a qual pode também ser considerada uma limitação do presente estudo. A amostra da presente investigação tinha poder de 80% para encontrar uma razão de prevalência de 1,3 ou maior (da ocorrência de redução na pressão arterial em indivíduos atendidos por meio do MCCP), o que pode significar que o tamanho do efeito do MCCP esteja entre 1,0 e 1,3.

Outras limitações podem ser reconhecidas na presente pesquisa. Por ser avaliativa e transversal, fica sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, uma vez que seus resultados devem ser contextualizados por meio da realidade local do serviço em que foi realizada. Outra é a da possibilidade de causalidade reversa. Desse modo, por exemplo, pode-se questionar se a maior orientação à pessoa leva ao

maior aconselhamento a respeito da prática de atividade física ou se esse aconselhamento faz o paciente atribuir maior orientação à pessoa à abordagem do seu médico. Contudo, aproveitando-se o exemplo, definiu-se a orientação de atividade física como um desfecho, pois se considerou que o médico pode tanto orientar a prática de atividade física por meio de uma abordagem centrada na pessoa como também na doença. A simples orientação de atividade física não garantiria, portanto, que o médico teria sido mais centrado na pessoa. Entretanto, os resultados deste estudo evidenciam que a maior orientação à pessoa se associou com um aumento na prevalência de importantes abordagens clínicas (incluindo o aconselhamento sobre a prática de atividade física), o que pode significar que os médicos mais orientados às pessoas, por ampliarem mais a sua abordagem, acabam também por abrangerem mais os aspectos clínicos.

Considerações finais

Este estudo, ainda que tenha evidenciado a associação positiva entre a maior orientação ao MCCP e o desenvolvimento de relevantes abordagens clínicas no âmbito do atendimento à pacientes hipertensos e diabéticos em APS, não encontrou explicação, por meio da investigação da abordagem médica somente, para o maior controle da pressão arterial e da HbA1c produzido ao longo do acompanhamento médico.

Há de se considerar que outros fatores presentes no nível do médico possam concorrer ainda mais para a explicação da maior ou menor prevalência de controle da pressão arterial ou da HbA1c. Entre eles, destacamos os de ordem técnica, envolvendo, por exemplo, a prescrição adequada de medicamentos. Com relação a esse aspecto, é importante destacar que o MCCP contempla tanto a abordagem da patologia como também a do adoecimento, tanto a abordagem da doença como também a da pessoa, não podendo o atendimento de um aspecto comprometer o de outro. Nesse caso, ao se focar somente na doença, coloca-se em risco a aliança terapêutica e, ao se centrar unicamente na pessoa, perde-se a oportunidade de se construir um plano de cuidado adequado para o problema de saúde ou doença específica a ser tratada.

Os estudos citados neste artigo apresentam, entre eles, diferenças de conceitos e métodos, incluindo principalmente as diferenças entre as populações de pesquisa e os instrumentos de aferição, que impõem talvez a maior dificuldade em se sintetizar esse conhecimento: a heterogeneidade dessas publicações. Investigações do ponto de vista conceitual e ainda metodológico são necessárias, para, principalmente, esclarecer a teia de

variáveis, a relação multifatorial que conflui para o bom controle da pressão arterial e da HbA1c.

Tabela 1. Perfil dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas, econômicas, relativas à situação de saúde e à utilização de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Sociodemográficas e econômicas		
Idade		63,8 (12,1)
18-40 anos	14 (3,4)	
41-60 anos	145 (35,6)	
> 60 anos	249 (61,0)	
Sexo feminino	296 (72,5)	
Cor branca	299 (73,3)	
Situação conjugal		
Casado	201 (49,3)	
Viúvo	100 (24,5)	
Separado	59 (14,5)	
Solteiro	48 (11,8)	
Escolaridade (anos de estudo) (dos que referiram saber ler e escrever)		
0	14 (3,4)	
1-4	105 (25,7)	
5-8	158 (38,7)	
9-11	89 (21,8)	
>11	9 (2,2)	
Situação ocupacional		
Desempregado	17 (4,2)	
Empregado com carteira	38 (9,3)	
Empregado sem carteira	8 (2,0)	
Autônomo	44 (10,8)	
Dona de casa	44 (10,8)	
Aposentado	207 (50,7)	
Pensionista	27 (6,6)	
Auxílio doença	22 (5,4)	
Seguro desemprego	1 (0,2)	
Renda familiar no último mês (bruta) em números de SM		
até 1 SM	43 (11,8)	
1 < SM ≤ 3	205 (56,5)	
3 < SM ≤ 5	89 (24,5)	
5 < SM ≤ 7	16 (4,4)	
7 < SM ≤ 9	7 (1,9)	
SM > 9	3 (0,8)	
Relativas a situação de saúde		
Presença de hipertensão e/ou diabetes		
Hipertensos somente	267 (65,4)	
Diabéticos somente	26 (6,4)	
Hipertensos e diabéticos	115 (28,2)	
Tempo do diagnóstico de hipertensão (em anos)		13,8 (21,1)
Tempo do diagnóstico de diabetes (em anos)		9,6 (9,1)

Número de LOA por pessoa		
Nenhum	233 (57,1)	
Um	114 (27,9)	
Dois	51 (12,5)	
Três ou mais	10 (2,5)	
Presença de outros problemas de saúde/doenças		
Tabagismo	52 (12,7)	
Uso de bebida alcoólica	26 (6,4)	
Teste CAGE positivo (dos que referiram uso de bebida alcoólica)	7 (26,9)	
Obesidade	129 (33,4**)	
Depressão	72 (17,6)	
Considera a sua saúde		
Muito boa/boa	202 (49,5)	
Regular/ruim/muito ruim	206 (50,5)	
Relativas à utilização do serviço		
Tempo de acompanhamento na unidade de saúde (em anos)		13,7 (9,9)
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)		6,0 (6,9)
Periodicidade das consultas com o médico		
Menor do que uma vez/mês	4 (1,0)	
Uma vez por mês	74 (18,4)	
De dois em dois meses	77 (19,1)	
De três em três meses	111 (27,5)	
De quatro em quatro meses	43 (10,7)	
De seis em seis meses	86 (21,3)	
Maior do que de seis em seis meses	8 (2,0)	
Acompanha regularmente com enfermeira	52 (12,7)	
Acompanha regularmente com cardiologista	74 (18,1)	
Acompanha regularmente com endocrinologista	25 (6,1)	

DP = desvio padrão. SM = salário mínimo. LOA = lesão em órgão alvo. IAM = infarto agudo do miocárdio. CAGE = teste de rastreamento para uso nocivo e dependência de álcool.

* Considerou-se lesão em órgão alvo (LOA): insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, diminuição ou perda de visão, perda de função renal e amputação de membro ou parte de membro. ** Porcentagem estimada para a amostra de 386 pacientes que souberam informar o peso e altura. Considerou-se obeso o paciente com índice de massa corporal ($\text{peso}/\text{altura}^2$) igual ou maior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis dependentes. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)
Nas últimas três consultas, o <nome do médico> lhe aconselhou a parar de fumar? (somente para os tabagistas, n = 52)	
Sim	48 (92,3)
Nas últimas três consultas, o <nome do médico> lhe aconselhou a parar de usar bebida alcoólica? (somente para os que referiram o uso, n = 25)	
Sim	5 (20)
Nas últimas três consultas, o <nome do médico> lhe aconselhou sobre a prática de atividade física? (n = 408)	
Sim	330 (80,9)
Nas últimas três consultas, o <nome do médico> lhe aconselhou sobre alimentação saudável? (n = 408)	
Sim	331 (81,1)
Nos últimos 12 meses, o <nome do médico> orientou você sobre cuidados com os pés: olhá-los regularmente, evitar cortar calos e usar sapatos que não machuquem? (somente para os diabéticos, n = 140)	
Sim	77 (55)
Nos últimos 12 meses, o <nome do médico> examinou os seus pés para ver se tinha feridas ou, com uma agulha, para testar se você sentia? (somente para os diabéticos, n = 140)	
Sim	42 (30)
Nos últimos 12 meses, o <nome do médico> lhe encaminhou para consultar com um oftalmologista? (somente para os diabéticos, n = 140)	
Sim	54 (38,6)
PAS controlada, considerando como parâmetro o valor de <140mm/Hg nos pacientes com somente HAS e <130mm/Hg nos também diabéticos (n = 381)	196 (51,4%)
PAS controlada naqueles com somente HAS (n = 266)	153 (57,5)
PAS controlada naqueles com também DM (n = 115)	43 (37,4)
PAD controlada, considerando como parâmetro o valor de <90mm/Hg nos pacientes com somente HAS e <80mm/Hg nos também diabéticos (n = 381)	264 (69,3)
PAD controlada naqueles com somente HAS (n = 266)	199 (74,8)
PAD controlada naqueles com também DM (n = 115)	65 (56,5)
HbA1c controlada, considerando como parâmetro o valor de <7% (n = 129)	51 (39,5)

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus. PAS = pressão arterial sistólica. PAD = pressão arterial diastólica. HbA1c = hemoglobina glicada.

Tabela 3. Associação entre os escores medidos pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento” (PPCC) e as variáveis dependentes relativas ao aconselhamento de “parar de fumar”, “parar de usar bebida alcoólica”, “atividade física” e “alimentação saudável”. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escores do PPCC	Variáveis dependentes (desfechos)			
	Modelo Univariável* RP IC95% valor-p			
	Aconselhar parar de fumar	Aconselhar parar de usar bebida alcoólica	Aconselhar sobre atividade física	Aconselhar sobre alimentação saudável
Escore do PPCC_1				
0 ($\geq 1,01$)	1	**	1	1
1 (1,00)	1,08 0,94-1,24 0,263		1,09 1,03-1,16 0,005	1,05 0,93-1,18 0,433
Escore do PPCC_2				
0 ($\geq 2,00$)	1	**	1	1
1 (1,00)	1,23 0,91-1,65 0,176		1,14 1,01-1,30 0,035	1,25 1,06-1,47 0,009
Escore do PPCC_3				
0 ($\geq 1,34$)	1	**	1	1
1 ($\leq 1,33$)	1,05 0,89-1,24 0,559		1,12 1,05-1,19 0,001	1,08 0,98-1,19 0,109
Escore Geral				
0 ($\geq 1,30$)	1	1	1	1
1 ($\leq 1,29$)	1,05 0,90-1,23 0,547	1,91 0,97-3,75 0,061	1,17 1,07-1,28 0,001	1,12 0,98-1,27 0,086

PPCC = Percepção do Paciente sobre o Centramento. NS = não significativo. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado. ** Análises não realizadas em razão da distribuição da variável.

Tabela 4. Associação entre os escores medidos pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento” (PPCC) e as variáveis dependentes relativas aos pacientes diabéticos “orientar cuidados com os pés”, “examinar os pés” e “encaminhar ao oftalmologista”. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escore do PPCC	Variáveis dependentes (desfechos)		
	Modelo Univariável* RP IC95% valor-p		
	Orientar cuidados com os pés	Examinar os pés	Encaminhar ao oftalmologista
Escore do PPCC_1			
0 ($\geq 1,01$)	1	1	1
1 (1,00)	1,22 0,90-1,66 0,192	1,35 0,90-2,03 0,148	1,15 0,81-1,63 0,443
Escore do PPCC_2			
0 ($\geq 2,00$)	1	1	1
1 (1,00)	1,48 0,87-2,51 0,149	3,55 1,39-9,07 0,008	1,2 0,66-2,17 0,548
Escore do PPCC_3			
0 ($\geq 1,34$)	1	1	1
1 ($\leq 1,33$)	1,93 1,43-2,60 <0,001	2,47 1,63-3,75 <0,001	1,54 1,13-2,11 0,006
Escore Geral			
0 ($\geq 1,30$)	1	1	1
1 ($\leq 1,29$)	1,87 1,35-2,57 <0,001	2,92 1,97-4,32 <0,001	1,46 1,00-2,16 0,053

PPCC = Percepção do Paciente sobre o Centramento. NS = não significativo. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado.

Tabela 5. Associação entre os escores medidos pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento” (PPCC) e as variáveis dependentes “pressão arterial sistólica controlada”, “diastólica controlada” e “hemoglobina glicada controlada”. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escore do PPCC	Variáveis dependentes (desfechos)		
	Modelo Univariável* RP IC95% valor-p		
	PAS controlada	PAD controlada	HBA1c controlada
Escore do PPCC_1			
0 ($\geq 1,01$)	1	1	1
1 (1,00)	0,86 0,70-1,06 0,167	0,92 0,79-1,06 0,250	0,78 0,47-1,32 0,358
Escore do PPCC_2			
0 ($\geq 2,00$)	1	1	1
1 (1,00)	0,81 0,67-0,98 0,031	0,99 0,88-1,12 0,894	0,76 0,48-1,19 0,230
Escore do PPCC_3			
0 ($\geq 1,34$)	1	1	1
1 ($\leq 1,33$)	0,97 0,78-1,20 0,745	0,98 0,89-1,07 0,613	1,06 0,68-1,66 0,804
Escore Geral			
0 ($\geq 1,30$)	1	1	1
1 ($\leq 1,29$)	0,89 0,74-1,06 0,193	0,95 0,87-1,04 0,298	1,01 0,59-1,73 0,973

PPCC = Percepção do Paciente sobre o Centramento. NS = não significativo. RP = razão de prevalência. IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

* Regressão de Poisson com variância robusta, com controle para o efeito de *cluster*, considerando-se a unidade de saúde como um conglomerado.

Referências

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009; 25(6):1337-1349.

Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Lawrence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. Am J Prev Med. 2001 Oct; 21(3):221-32.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, número 14: Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel, Brasil, 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 21 set. 2014] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Fifth Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person-centered care for chronic diseases. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2012_Geneva_Declaration_Final_19_May_2012.pdf>.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Sixth Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person-centered health research. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2013_Geneva_Declaration_on_Person_Centered_Health_Research.pdf>.

Colégio Internacional de Medicina Centrada na Pessoa (CIMCP). Seventh Geneva Conference on Person-Centered Medicine. Declaration on person and people centered integrated health care for all. [acesso em 07 nov. 2014] Disponível em: <http://personcenteredmedicine.org/doc/2014_Geneva_Declaration_Released_May_27.pdf>.

Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. J Gen Intern Med. 2011 Nov; 26(11):1297-304.

Ferreira SR, Bianchini IM, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011a.

Ferreira SR, Bianchini IM, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2 em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011b.

Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med.* 1988 Sep-Oct; 3(5):448-57.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-18.

Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011 Mar; 86(3):359-64.

Hörnsten A, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2005 Apr; 68(1):65-74.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Instituto de Medicina. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.

Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 2012 Jun; 35(6):1364-79.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* 1989 Mar; 27(3 Suppl):S110-27.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ.* 1998 Oct; 317(7167):1202-8.

Kolling MG, Harzheim E. Avaliação do método clínico centrado na pessoa: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Mendes AB, Fittipaldi JÁ, Neves RC, Chacra AR, Moreira Jr ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6.671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol.* 2010; 47:137-145.

Moreira GC, Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cesarino CB et al. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. *J Hypertens.* 2009; 27:1900-07.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* 1987; 6(1):29-42.

Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med.* 2010 Sep-Oct; 8(5):410-7.

Pereira MR, Coutinho MS, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarão, Santa Catarina, Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23:2363-74.

Prueksaritanond S, Tubtimtes S, Asavanich K, Tiewtranon V. Type 2 diabetic patient-centered care. *J Med Assoc Thai.* 2004 Apr; 87(4):345-52.

Rocco N, Scher K, Basberg B, Yalamanchi S, Baker-Genaw K. Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. *Qual Manag Health Care.* 2011 Apr-Jun; 20(2):89-97.

Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med.* 2011 Aug; 34(4):244-53.

Safran DG, Murray A, Chang H, Montgomery J, Rogers WH. Linking doctor-patient relationship to quality outcomes. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(Suppl):116.

Santos IS. Parte III: Grau de inferência da avaliação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.

Slingerland AS, Herman WH, Redekop WK, Dijkstra RF, Jukema JW, Niessen LW. Stratified patient-centered care in type 2 diabetes: a cluster-randomized, controlled clinical trial of effectiveness and cost-effectiveness. *Diabetes Care.* 2013 Oct; 36(10):3054-61.

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 Sep; 49(9):796-804.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.

Stewart M. What is a successful doctor patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984; 19:167-175.

Walsh MN, Bove AA, Cross RR, Ferdinand KC, Forman DE, Freeman AM et al. Health policy statement on patient-centered care in cardiovascular medicine: a report of the american college of cardiology foundation clinical quality committee. *J Am Coll Cardiol.* 2012 Jun; 59(23):2125-43.

ARTIGO 3

Papel dos atributos dos médicos na produção da
abordagem médica centrada na pessoa em atenção primária à saúde.

Rodrigo Caprio Leite de Castro ¹

Daniela Riva Knauth ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

rodrigo_caprio@yahoo.com.br

A ser enviado à revista Patient Education and Counseling

Resumo

No Brasil, a Medicina Centrada na Pessoa (MCP) vem sendo introduzida e estudada, principalmente, por médicos atuantes em atenção primária à saúde (APS). Embora inúmeros fatores possam influenciar a abordagem médica, poucas pesquisas, na literatura, exploram a associação de características presentes no nível do médico com o tipo de prática desempenhada por esse profissional. Este estudo tem como objetivo determinar os fatores que, no nível do médico, se associam ao alto grau de orientação ao método clínico centrado na pessoa (MCCP) atribuído, pelas pessoas atendidas, à abordagem deste profissional em um serviço de APS. O delineamento é transversal, realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de atenção primária à saúde, em Porto Alegre – RS (n = 408). Para se medir o grau de orientação ao MCCP, utilizou-se o instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). As variáveis idade do médico, tempo de formado, de trabalho no serviço e na unidade foram correlacionadas com a mediana do escore geral do PPCC estimada para cada profissional (o aumento daquelas variou junto com a diminuição da mediana, o que significa mais alto escore). Evidenciou-se também que a mediana do escore geral do PPCC calculada para os profissionais do sexo feminino foi significativamente menor do que a dos profissionais do sexo masculino, o que indica uma maior orientação à pessoa por parte das médicas. Da mesma forma, a mediana do escore geral do PPCC dos que referiram participação em educação continuada a respeito de abordagem centrada na pessoa ou MCCP fora do serviço estudado foi significativamente menor do que a dos que não relataram essa participação. Verificou-se também diferença significativa na comparação entre as medianas do escore geral do PPCC de cada unidade de saúde. Discute-se, por fim, a influência da experiência profissional, do gênero, da educação continuada e do contexto em que o médico trabalha na abordagem desempenhada por esse profissional.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Médicos, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Abstract

In Brazil, Patient-Centered Medicine (PCM) has been introduced and studied, mainly, by primary health care (PHC) doctors. Even though several factors may influence the medical approach, there is scarce research in the literature examining the association of characteristics present at the doctor's level with the kind of practice developed by this provider. This study aims at establishing the factors that, at the doctor's level, are associated with the high degree of patient-centered clinical method (PCCM) orientation assigned by the cared persons to the approach of this provider in a PHC service. It is a cross-sectional study accomplished with hypertensive and/or diabetic patients in the 12 health care centers of a primary health care service in Porto Alegre – RS (n = 408). The “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) tool was used to measure the degree of PCCM orientation. The variables concerning the doctor's age, time since graduation, time of work, and time of work in the health care center were correlated with the median of the PPPC general score estimated for each professional (the increase of the initial four ones varied with the decrease of the median, meaning a higher score). It was also evidenced that the median of the PPPC general score calculated for the female providers was significantly lower than the one for the male doctors, indicating a higher person orientation by the female physicians. Similarly, the median of the PPPC general score of those who referred having participated in continuous education related to the patient-centered approach or PCCM outside of the studied service was significantly

lower than the one from those who did not inform such participation. It was also verified a significant difference in the comparison between the medians of the PPPC general score in each health care center. Finally, the influence of professional experience, gender, continuous education, and the context where the doctor works on the approach developed by this provider is discussed.

Keywords: Patient-Centered Care, Physicians, Quality of Health Care, Primary Health Care.

Introdução

A insuficiência da abordagem médica centrada na doença faz-se notar particularmente no âmbito da atenção primária à saúde (APS), em que os problemas dos pacientes não se restringem ao aspecto físico, mas se encontram imbricados a questões psicológicas e sociais (KLINKMAN; WEEL, 2011). O processo de atenção na APS requer, ainda, o acompanhamento das pessoas ao longo do tempo, o manejo de uma variedade de problemas de saúde nas mesmas pessoas e a consideração do contexto das pessoas e famílias nesse manejo (WEEL, 2011; KLINKMAN; WEEL, 2011). Devido a isso, é que, no Brasil, a Medicina Centrada na Pessoa (MCP), que propõe uma abordagem médica que vai além da doença, vem sendo introduzida e estudada, principalmente, por médicos atuantes em atenção primária à saúde (APS), com especialidade em medicina de família e comunidade (MFC).

A fim de operacionalizar essa abordagem, Stewart et al. (2003) propuseram o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Os três componentes principais do MCCP são: 1) a exploração da doença e da experiência da doença; 2) a compreensão da pessoa como um todo e 3) a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas, sendo, esse, a intenção principal da MCP. Os autores ainda consideram outros três componentes complementares: a incorporação da prevenção e da promoção da saúde, a intensificação da relação médico-pessoa e a visão realista dos recursos disponíveis.

Os fatores que podem influenciar a abordagem médica são de diferentes tipos, indo desde os diretamente relacionados ao paciente e ao médico até os macrossociais, como aqueles de ordem socioeconômica e cultural, passando pelas características do próprio serviço de saúde no qual ocorre a interação médico-paciente e pelas políticas públicas. A complexidade aumenta ao considerarmos ainda as muitas interações entre esses fatores e as suas potenciais influências na produção de cuidado (MEAD; BOWER, 2000; WILLEMS et al., 2005; AITA et al., 2005).

A respeito da atuação médica em APS, apesar do cenário favorável encontrado nesse nível de atenção para a aplicação da MCP, supõe-se que haja médicos de família e comunidade com abordagens que se situam ao longo de todo o *continuum* de foco existente entre o centramento na pessoa, de um lado, e na doença, de outro. Esse pressuposto é reforçado pelos estudos de Roter et al. (1997), Flocke, Miller e Crabtree (2002) e Roy, Vanheule e Deveugele (2013), que buscaram caracterizar as abordagens médicas e as suas diferenças entre os profissionais.

Roter et al. (1997), em pesquisa realizada em Baltimore, Estados Unidos da América (EUA), por meio da análise de consultas em APS registradas em áudio e de entrevistas com os pacientes e médicos após as consultas (537 pacientes e 127 médicos), mostraram cinco padrões de comunicação médico-paciente distintas: "estritamente biomédica", caracterizada por perguntas fechadas e conversa biomédica (32%), "biomédica expandida", padrão restrito, mas com níveis moderados de discussão psicossocial (32%), "biopsicossocial", refletindo um equilíbrio de temas biomédicos e psicossociais (20%), "psicossocial", caracterizada pelo predomínio de assuntos psicossociais (8%) e "consumista", caracterizada principalmente por perguntas do paciente e respostas/informações do médico (8%). Em Ohio, EUA, Flocke, Miller e Crabtree (2002), conduziram estudo transversal, com 2881 pacientes de 138 médicos de família e comunidade de 84 unidades de APS, e mostraram, após uma análise qualitativa e quantitativa do estilo de interação médico-paciente nas consultas, que 49% deles faziam uma abordagem classificada como "focada na pessoa" (buscavam a "agenda" dos pacientes e negociavam o manejo dos problemas com os pacientes), 20%, como "biomédica" (centrados na doença, faziam poucas perguntas de aspectos psicossociais e pouco negociavam o manejo dos problemas com os pacientes), 16%, como "biopsicossocial" (eram mais centrados na doença, mas faziam perguntas de aspectos psicossociais) e 14%, como de "alto controle médico" (dominavam a consulta e desconsideravam a "agenda" dos pacientes). Roy, Vanheule e Deveugele (2013), em pesquisa qualitativa, com o objetivo de conhecer os entendimentos dos médicos de família e comunidade acerca da sua prática, analisaram, por meio de entrevistas semi-estruturadas, as narrativas de 19 médicos belgas sobre as suas percepções a respeito do que seriam consultas boas e más. Foram caracterizados, ao final, os seguintes tipos de discurso: o biomédico, o centrado na comunicação com o paciente, o focado na resolução de problemas e o orientado para a satisfação do paciente, mostrando, assim, não existir uma forma uniforme pela qual os médicos de família e comunidade percebem a sua prática.

É nesse contexto que o presente artigo tem como objetivo identificar os fatores que, no nível do médico, se associam com o alto grau de orientação ao MCCP atribuído, pelos pacientes, a esse profissional. Espera-se que esse conhecimento possa auxiliar no ensino e no estímulo ao uso do MCCP pelos profissionais médicos.

Metodologia

Este é um estudo transversal realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos e os seus respectivos médicos, em 12 unidades de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre novembro de 2013 e novembro de 2014.

O referido serviço pertence a um hospital público federal e é responsável por uma população de, aproximadamente, 120.000 pessoas. As suas equipes de APS são multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional, sendo compostos por médicos de família e comunidade, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, podendo ainda psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e odontólogos. Nesse serviço, desenvolvem-se os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, desde 1980 (sendo considerado, por essa razão, um dos mais antigos formadores de profissionais para APS do país), e em Residência Integrada em Saúde (para outras categorias profissionais), desde 2004.

A escolha por se trabalhar com pacientes hipertensos e/ou diabéticos deve-se ao fato de que esses pacientes, por tratarem doenças crônicas, expõem-se mais sistematicamente ao cuidado longitudinal de seus médicos. Além disso, porque a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são problemas de saúde prevalentes, transcendentais e vulneráveis às ações desenvolvidas em APS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Foram incluídos no estudo os pacientes maiores de 18 anos, inscritos no Programa de HAS e DM (Hiperdia) da respectiva unidade de saúde, com consulta médica marcada para a semana seguinte e duas ou mais consultas realizadas nos últimos dezoito meses com o mesmo médico da consulta agendada. Esse último critério teve como finalidade assegurar um vínculo mínimo entre o médico e o paciente atendido. Foram excluídos os pacientes sem capacidade física e/ou mental para responderem o questionário e aqueles portadores de DM tipo I. Todos os médicos que tiveram um ou mais pacientes incluídos foram entrevistados.

Foram entrevistados 34 pacientes por unidade de saúde ($n = 408$). Os critérios de elegibilidade foram verificados por meio da revisão dos prontuários dos pacientes, cadastrados no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte. As entrevistas com os pacientes foram realizadas na unidade de saúde, logo após a consulta do paciente com o médico. Incluíram-se as 34 consultas consecutivas de cada unidade que preencheram os critérios de inclusão – independentemente do médico, do dia da semana ou do turno de marcação (manhã ou tarde). As faltas dos pacientes às consultas ($n = 99$) e as recusas ($n = 32$) foram repostas em consultas consecutivas, seguindo-se o agendamento. As

entrevistas com os médicos foram realizadas após a coleta com os pacientes ter sido finalizada em cada unidade de saúde. Todos os 53 médicos que tiveram um ou mais pacientes entrevistados responderam o questionário (de um total de 63 médicos do serviço).

O grau de orientação ao MCCP foi medido pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). O instrumento PPCC, elaborado por Stewart et al. (2000), é constituído de 14 questões. As quatro primeiras são referentes à medida do primeiro componente do MCCP, “explorando a doença e a experiência da doença”; as nove seguintes (da quinta até a décima terceira questão do instrumento), ao terceiro, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, e a última questão, ao segundo componente, “entendendo a pessoa como um todo”. Para as respostas, utiliza-se uma escala Likert, graduada em quatro itens. A média aritmética das respostas atribuídas às 14 questões é igual ao escore geral do PPCC. Da mesma forma, a média aritmética das respostas atribuídas às quatro primeiras questões é igual ao escore do primeiro componente; a média aritmética das respostas conferidas às nove perguntas seguintes (da quinta até a décima terceira) é igual ao escore do terceiro componente e a resposta indicada ao décimo quarto item é igual ao escore do segundo componente. O PPCC foi validado, no Brasil, por Kolling e Harzheim (2012). O questionário, aplicado aos médicos, coletou as seguintes informações: idade, tempo de formado, formação acadêmica, especialidade, tempo de trabalho no serviço e na unidade e se ele já havia participado de alguma educação continuada (no serviço ou fora).

A revisão dos prontuários foi realizada pelo coordenador de campo, sendo esse o responsável pela inclusão dos pacientes no estudo, e, as entrevistas, por 9 entrevistadores treinados. Para a coleta de dados, utilizaram-se *netbooks*, tendo sido usado o *software Le Sphinx Plus*.

As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%, bicaudal. Os dados são apresentados por meio de médias e desvios-padrão, de medianas e intervalos interquartílicos, de proporções e de respectivos intervalos de confiança. A medida da percepção do grau de orientação ao MCCP foi calculado por meio de escores em uma escala de 1 (que equivale a mais alta orientação ao MCCP) a 4 (que equivale a mais baixa orientação ao MCCP). Com relação à estimativa dos escores de cada médico, as análises foram ponderadas pelo número de pacientes entrevistados de cada profissional. Utilizou-se a mediana como ponto de corte entre a mais alta e a mais baixa orientação ao MCCP, tendo sido estimada a mediana, com respectivo intervalo interquartílico, dos escores dos componentes 1, 2, 3 e geral de cada médico. Dessa forma, o baixo escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre 1 e a respectiva mediana) corresponde à alta orientação

ao MCCP e o alto escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre a respectiva mediana e 4), à baixa orientação ao MCCP.

Além disso, para a identificação das variáveis que se associam ao alto escore do PPCC, utilizou-se, por razão dos dados não satisfazerem as exigências dos métodos clássicos, testes não paramétricos: coeficiente de correlação de Spearman, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U. Essas análises foram realizadas no *IBM SPSS Statistics 18*.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas no estudo (número de protocolo 08147413.1.0000.5347). Somente foram realizadas entrevistas com os pacientes e médicos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil dos médicos segundo variáveis sócio-demográficas e relativas à formação acadêmica, ao tempo de trabalho e à participação em educação continuada a respeito da abordagem centrada na pessoa ou do MCCP. Observa-se que metade da amostra tem entre 31 e 50 anos (com média de 49,2) e também que metade, aproximadamente, são homens (52,8%). Todos os entrevistados são brancos. A maioria possui 11 anos ou mais de formado (88,7%) e a quase totalidade são especialistas em MFC (o profissional sem formação em MFC, referiu ter concluído residência em pediatria). Com relação ao tempo de trabalho, 64,2% e 56,6% tem 11 anos ou mais de trabalho no serviço e na unidade de saúde respectivamente. A respeito de participação em educação continuada sobre abordagem centrada na pessoa ou MCCP, 58,5% e 35,8% referiram participação em atividade no SSC e fora do SSC respectivamente.

Na Tabela 2, pode-se observar o resultado dos escores calculados para cada médico por meio das medianas e dos intervalos interquartílicos da variável mediana dos escores dos componentes do PPCC e do escore geral estimados para cada profissional respectivamente.

As variáveis contínuas (idade, tempo de formado, tempo no serviço e tempo na unidade) e categóricas (unidade de saúde, sexo, participação em educação continuada no SSC ou fora) associadas com o baixo escore dos componentes do PPCC e escore geral (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) são apresentadas nas Tabelas 3 e 4 respectivamente. Todas as variáveis contínuas são correlacionadas com o escore do componente 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e com o escore geral, porém negativamente, ou seja, quanto maior, por exemplo, o tempo de trabalho na unidade, menor a

mediana do escore geral (o que significa maior grau de orientação ao MCCP). Destaca-se que todas as correlações apresentam coeficientes de até 0,29, considerados de intensidade fraca, porém com significância estatística. As variáveis idade, tempo de formado, tempo no serviço e tempo na unidade também mostraram-se correlacionadas entre si, com coeficientes de correlação positivos e estatisticamente significativos em todas as correlações e com todos os coeficientes maiores do que 0,6, considerados de intensidade forte.

Na Tabela 4, observa-se que as medianas dos escores médios dos componentes 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e geral atribuídos às médicas foram significativamente menores do que as dos médicos, indicando que as médicas desempenham em maior grau o MCCP. Além disso, destaca-se que a participação em educação continuada acerca do tema esteve associada com o maior grau de orientação à pessoa. No entanto, essa associação foi mais significativa em relação à participação em educação continuada fora do serviço. A mediana do escore médio do componente 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) atribuído aos profissionais que referiram ter participado de educação continuada no próprio serviço foi significativamente menor do que a dos que não referiram, demonstrando que ter participado de educação continuada no próprio serviço aumenta o grau de orientação a esse componente. Da mesma forma, as medianas dos escores médios do componente 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e geral atribuídos aos profissionais que referiram ter participado de educação continuada fora do serviço foram significativamente menores do que as dos que não referiram, evidenciando que a participação em educação continuada fora do serviço aumenta o grau de orientação ao MCCP. Nota-se que as análises envolvendo o componente 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”) não se mostraram significativas, o que permite concluir que esse componente não é influenciado pelos fatores presentes no nível do médico estudados na presente pesquisa.

Quando se buscou verificar a significância das diferenças entre as medianas dos escores médios dos componentes 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”), 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e geral calculados por unidade de saúde, encontrou-se diferença significativa entre as medianas em todos eles. Esses achados revelam que existe diferença significativa entre o grau de orientação ao MCCP entre as unidades de saúde do serviço de APS estudado.

Discussão

Os resultados apresentados evidenciam que características demográficas, relativas à experiência profissional e à participação em educação continuada dos médicos influenciam o desempenho da abordagem clínica destes profissionais. A correlação das variáveis idade, tempo de formado, tempo no serviço e tempo na unidade com as medianas dos escores do componente 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e geral atribuídos pelos pacientes atendidos por cada médico, de forma que o aumento daquelas varia junto com a diminuição das medianas (o que significa maior orientação ao MCCP), destaca a importância da experiência de vida e profissional na modelagem da abordagem do médico. De fato, o tempo na unidade de saúde favorece o maior conhecimento das pessoas, famílias e comunidade, permitindo, assim, que o MCCP seja mais bem utilizado.

De acordo com achados referentes à variável sexo, pode-se concluir que as médicas são significativamente mais centradas nas pessoas atendidas por elas do que os médicos. A diferença de abordagem entre os profissionais do sexo masculino e feminino foi investigada pela pesquisa de Law e Britten (1995). Nesse estudo inglês, foram analisadas consultas gravadas em áudio de 41 médicos de família e comunidade, selecionados de um grupo de voluntários, e demonstrou-se que os profissionais do sexo feminino tinham maiores escores de centramento no paciente do que os do sexo masculino. Além disso, mostrou-se que os mais altos escores de centramento no paciente foram atribuídos às interações entre médicas e pacientes mulheres, não se encontrando diferença entre os escores observados nas consultas médicas-pacientes homens e médicos-pacientes homens e que as mais baixas médias foram verificadas entre médicos e pacientes mulheres. Por outro lado, Bertakis, Franks e Epstein (2009), em análise de consultas médicas em APS, em Rochester, EUA, gravadas em vídeo (n = 100, de um total de 594 elegíveis), por meio do instrumento Medida da Comunicação Centrada no Paciente (IMCCP), não encontraram diferença entre o escore geral de IMCCP entre os dois sexos, refletindo efeitos opostos para o primeiro componente (“explorando a doença e a experiência da doença”), que foi maior para os médicos do sexo feminino, e para o segundo (“entendendo a pessoa como um todo”), que foi menor para os médicos do sexo feminino. O terceiro componente (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) não foi associado com o sexo. Da mesma forma, a concordância de gênero também não foi associada com o escore geral do IMCCP.

Com relação à participação em educação continuada, aqueles profissionais que referiram participação em atividade fora do serviço foram significativamente mais centrados

nas pessoas por eles atendidas do que os que não realizaram esse tipo de atividade. Esse dado foi mais consistente do que aquele captado pela participação ou não em educação continuada dentro do próprio serviço (que só mostrou significância estatística nas análises do terceiro componente). Essas diferenças levantam dois importantes pontos a serem aprofundados. Primeiro, a educação continuada exerce um efeito positivo sobre a abordagem do médico. Esse achado corrobora as evidências apontadas na literatura. Como se pode depreender de duas revisões sistemáticas (LEWIN et al., 2001; DWAMENA et al. 2012) e de ensaios clínicos sobre o tema, a prática centrada na pessoa pode ser aprendida por meio de treinamento em habilidades de comunicação (KINMONTH et al., 1998; WOODCOCK et al., 1999; COOPER et al., 2011; MORAL et al., 2001; KRASNER et al., 2009; BONVICINI et al., 2009; HELITZER et al., 2011) e as competências adquiridas pelos médicos, após o treinamento, podem afetar positivamente os resultados de saúde dos pacientes (KINMONTH et al., 1998; WOODCOCK et al., 1999; MORAL et al., 2001; COOPER et al., 2011). Segundo, o interesse do profissional sobre o tema pode ser uma variável fundamental para a análise do sucesso ou não de uma determinada atividade educativa. Essa hipótese ganha força na medida em que consideramos a busca por educação continuada fora do serviço como um indicador do interesse do profissional a respeito do tema.

Importante resultado deste estudo foi o de reconhecer a diferença significativa entre o grau de orientação ao MCCP praticado entre as unidades de saúde do serviço de APS estudado. Esse dado sustenta que o contexto no qual cada médico trabalha incide sobre sua prática. Aita et al. (2005), em estudo qualitativo que analisou o cuidado centrado no paciente em uma amostra aleatória de consultas de 44 médicos em 18 unidades de APS de Nebraska, EUA, e que envolveu variadas técnicas de coleta de dados e a imersão dos pesquisadores por um período de um a dois meses em cada unidade, haviam identificados os seguintes conjuntos de fatores influenciadores da interação médico-paciente: 1) características do médico (estilo, valores e filosofia da medicina), 2) características do paciente (prioridades, valores e filosofia da saúde), 3) características das unidades de APS (organização, prioridades e cultura e a sua relação com a filosofia do médico) e 4) características da comunidade (cultura, prioridades e a sua relação com as expectativas dos cuidados médicos). Da mesma forma, Mead e Bowert (2000) e Willems et al. (2005), em seus trabalhos de revisão, concordam com a influência do contexto sobre a prática.

Podemos reconhecer limitações no presente estudo. Inicialmente, existe a possibilidade de o tamanho amostral ter influenciado negativamente o poder das análises. O instrumento PPCC, por sua vez, também apresenta limitações, sendo a maior, talvez, a que

envolve a medida do componente 2 (“entendendo a pessoa como um todo”) do MCCP, pois, para isso, é usada somente uma questão geral. Por último, esta é uma pesquisa avaliativa e transversal, sujeita, assim, às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, já que os seus resultados devem ser discutidos mediante a realidade local dos serviços.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para a compreensão dos fatores, presentes no nível do médico, influenciadores da sua abordagem, e também para a pesquisa e formação profissional na área.

Embora este estudo tenha demonstrado a influência positiva do aumento da idade, do tempo de formado e de trabalho sobre a aplicação da abordagem centrada na pessoa, pesquisas futuras devem identificar os elementos específicos que agregados, pelo médico, ao longo do tempo fazem com que o profissional se torne mais centrado nas pessoas por ele atendidas. Da mesma forma, pode-se estender a questão acima para o âmbito das diferenças encontradas entre os profissionais do sexo masculino e feminino e entre as unidades de saúde. Ou seja, quais os elementos específicos que explicam a maior orientação às pessoas pelas médicas e também as diferenças entre as unidades de saúde são temas que merecem aprofundamento em investigações posteriores.

Acerca da formação profissional, confirma-se o efeito potencialmente modificador da abordagem médica pela educação continuada. Entretanto, em se reconhecendo o interesse do profissional a respeito do tema como uma variável que implica a produção desse efeito, faz-se necessária a criação de metodologias de educação continuada que possam justamente trabalhar com esse interesse. Especial atenção deve ser dada também à abordagem do componente 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”) em atividades educacionais (visto que as análises envolvendo esse componente não se mostraram significativas), repensando-se a maneira de se ajudar os médicos a explorarem tanto a doença como também a experiência da doença nas pessoas por eles atendidas.

Tabela 1. Características da amostra de médicos segundo variáveis sociodemográficas, acadêmicas e ocupacionais de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Idade		49,2 (9,6)
31 a 40 anos	13 (24,5)	
41 a 50 anos	12 (22,6)	
51 a 60 anos	24 (45,3)	
> 60 anos	4 (7,5)	
Sexo masculino	28 (52,8)	
Cor branca	53 (100)	
Tempo de formado (em anos)		23,2 (9,0)
6 a 10 anos	6 (11,3)	
11 a 20 anos	13 (24,5)	
21 a 30 anos	21 (39,6)	
> 30 anos	13 (24,5)	
Possui residência ou prova de título em Medicina de Família e Comunidade	52 (98,1)	
Tempo de trabalho no serviço (em anos)		15,7 (9,6)
Até 5 anos	11 (20,7)	
6 a 10 anos	8 (15,1)	
11 a 20 anos	10 (18,9)	
21 a 30 anos	24 (45,3)	
Tempo de trabalho na unidade (em anos)		13,6 (9,3)
Até 5 anos	15 (28,3)	
6 a 10 anos	8 (15,1)	
11 a 20 anos	12 (22,6)	
21 a 30 anos	18 (34,0)	
Você já participou de alguma educação continuada em ACP ou MCCP neste serviço?		
Sim	31 (58,5)	
Você já participou de alguma educação continuada em ACP ou MCCP fora deste serviço?		
Sim	19 (35,8)	

DP = desvio padrão. ACP = abordagem centrada na pessoa. MCCP = método clínico centrado na pessoa.

Tabela 2. Medida de tendência central e variabilidade dos escores do instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC) calculados por médico*. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escore (1 - 4)	mediana	IIQ
Escore do primeiro componente do PPCC	1,00	1,00 - 1,25
Escore do segundo componente do PPCC	1,00	1,00 - 1,00
Escore do terceiro componente do PPCC	1,28	1,17 - 1,44
Escore geral	1,21	1,14 - 1,36

IIQ = intervalo interquartilico. PPCC = percepção do paciente sobre o centramento da consulta.

* São apresentadas as medianas e os IIQ da variável mediana dos escores dos componentes e do escore geral do PPCC calculados para cada médico.

Tabela 3. Análise da associação entre as variáveis “idade”, “tempo de formado”, “tempo de trabalho no serviço” e “na unidade” com o baixo escore dos componentes e do escore geral do instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (o que corresponde à alta orientação ao Método Clínico Centrado na Pessoa). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis contínuas	Mediana dos escores atribuídos ao médico			
	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Geral
	r_s (valor-p)*	r_s (valor-p)*	r_s (valor-p)*	r_s (valor-p)*
Idade (em anos)	NS	NS	- 0,19 (<0,001)	- 0,24 (<0,001)
Tempo de formado (em anos)	NS	- 0,14 (0,004)	- 0,25 (<0,001)	- 0,29 (<0,001)
Tempo de trabalho no serviço (em anos)	NS	- 0,11 (0,023)	- 0,15 (0,003)	- 0,26 (<0,001)
Tempo de trabalho na unidade (em anos)	NS	- 0,21 (<0,001)	- 0,10 (0,042)	- 0,21 (<0,001)

NS = não significativo.

* Coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 4. Análise da associação entre as variáveis “unidade de saúde”, “sexo” e “participação em educação continuada” com o baixo escore dos componentes e do escore geral do instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (o que corresponde à alta orientação ao Método Clínico Centrado na Pessoa). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis categóricas	Medianas dos escores*			
	Componente 1 (IIQ) (valor-p)**	Componente 2 (IIQ) (valor-p)**	Componente 3 (IIQ) (valor-p)**	Geral (IIQ) (valor-p)**
Unidade de Saúde				
A	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,11 (1,11 - 1,22)	1,14 (1,14 - 1,29)
B	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,11 (1,11 - 1,28)	1,07 (1,07 - 1,25)
C	1,13 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,33 (1,22 - 1,44)	1,30 (1,21 - 1,43)
D	1,00 (1,00 - 1,13)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,22 (1,22 - 1,61)	1,14 (1,14 - 1,50)
E	1,00 (1,00 - 1,50)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,33 (1,22 - 1,33)	1,21 (1,14 - 1,36)
F	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,50)	1,33 (1,17 - 1,50)	1,29 (1,14 - 1,43)
G	1,13 (1,00 - 1,50)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,22 (1,11 - 1,39)	1,29 (1,21 - 1,29)
H	1,13 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,44 (1,11 - 1,44)	1,29 (1,14 - 1,39)
I	1,07 (1,00 - 1,38)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,33 (1,33 - 1,39)	1,21 (1,21 - 1,36)
J	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,22 (1,22 - 1,61)	1,14 (1,14 - 1,43)
K	1,00 (1,00 - 1,00)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,33 (1,11 - 1,33)	1,36 (1,14 - 1,36)
L	1,25 (1,00 - 1,25) (0,002) [#]	1,00 (1,00 - 1,00) (<0,001) ^{##}	1,56 (1,33 - 1,56) (<0,001) ^{###}	1,36 (1,36 - 1,36) (<0,001) ^{####}
Sexo				
Masculino	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,33 (1,22 - 1,44)	1,29 (1,21 - 1,36)
feminino	1,00 (1,00 - 1,25) (0,157)	1,00 (1,00 - 1,00) (<0,001)	1,22 (1,17 - 1,33) (<0,001)	1,21 (1,14 - 1,36) (<0,001)
Participação em educação continuada no serviço				
sim	1,13 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,28 (1,17 - 1,39)	1,21 (1,14 - 1,36)
não	1,13 (1,00 - 1,25) (0,458)	1,00 (1,00 - 1,00) (0,090)	1,33 (1,22 - 1,56) (0,018)	1,36 (1,14 - 1,43) (0,376)
Participação em educação continuada fora do serviço				
sim	1,00 (1,00 - 1,25)	1,00 (1,00 - 1,00)	1,22 (1,11 - 1,39)	1,21 (1,14 - 1,29)
não	1,00 (1,00 - 1,25) (0,059)	1,00 (1,00 - 1,00) (0,003)	1,33 (1,17 - 1,44) (0,001)	1,25 (1,14 - 1,39) (0,002)

IIQ = intervalo interquartilico.

* São apresentadas as medianas e os IIQ da variável mediana dos escores dos componentes e do escore geral do PPCC calculados para cada uma das variáveis categóricas analisadas. ** Testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann Whitney U.

Observou-se diferença significativa na comparação entre as unidades K e G a favor da primeira.

As unidades B, C, E, G, H, J, K e L se diferenciaram significativamente da unidade F (valor-p<0,001 em todas as comparações, com exceção de K e F, valor-p=0,015).

A unidade A diferenciou-se significativamente das unidades C, D, E, F, H, I, J, K e L (valor-p<0,001 em todas as comparações, com exceção de A e K, valor-p=0,023). A unidade B diferenciou-se significativamente das unidades C (valor-p=0,038), D (valor-p=0,013), F (valor-p=0,001), I (valor-p<0,001), J (valor-p=0,011) e L (valor-p<0,001). As unidades G, E, H e K diferenciaram-se significativamente da unidade L (valor-p<0,001, valor-p=0,003, valor-p=0,038, valor-p<0,001 respectivamente). A unidade G diferenciou-se significativamente também da unidade I (valor-p=0,043).

A unidade A diferenciou-se significativamente das unidades C (valor-p<0,001), F (valor-p=0,009), H (valor-p<0,001), I (valor-p=0,043) e L (valor-p<0,001). A unidade B diferenciou-se significativamente das unidades C (valor-p<0,001), F (valor-p=0,004), G (valor-p=0,038), H (valor-p<0,001), I (valor-p=0,021) e L (valor-p<0,001). As unidades D, E e J diferenciaram-se significativamente da unidade L (valor-p=0,003, valor-p=0,001, valor-p=0,007 respectivamente).

Referências

Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns*. 2005 Sep; 58(3):296-304.

Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Apr; 18(4):539-45.

Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009 Apr; 75(1):3-10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2011 Nov; 26(11):1297-304.

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (12):CD003267.

Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002 Oct; 51(10):835-40.

Helitzer DL, Lanoue M, Wilson B, Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. 2011 Jan; 82(1):21-9.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ*. 1998 Oct; 317(7167):1202-8.

Klinkman M, Weel CV. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2):365-70.

Kolling MG, Harzheim E. Avaliação do método clínico centrado na pessoa: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep; 302(12):1284-93.

Law SA, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract.* 1995 Oct; 45(399):520-4.

Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001; (4):CD003267.

Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns.* 2000 Jan; 39(1):71-80.

Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract.* 2001 Feb; 18(1):60-3.

Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 1997 Jan; 277(4):350-6.

Roy KV, Vanheule S, Deveugele M. What makes up good consultations? A qualitative study of GPs' discourses. *BMC Fam Pract.* 2013 May; 14:62.

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 Sep; 49(9):796-804.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.

Weel CV. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *J Eval Clin Pract.* 2011; 17(2):337-8.

Willems S, Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* 2005 Feb; 56(2):139-46.

Woodcock AJ, Kinmonth AL, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behaviour of primary care professionals. *Patient Educ Couns.* 1999 May; 37(1):65-79.

ARTIGO 4

Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde.

Rodrigo Caprio Leite de Castro ¹

Daniela Riva Knauth ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

rodrigo_caprio@yahoo.com.br

A ser enviado à revista Family Practice

Resumo

A aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) busca alcançar a compreensão do paciente e da sua doença por meio da abordagem de duas perspectivas: a do médico e a do paciente. A satisfação dos usuários é considerada um importante indicador de avaliação dos serviços. O presente artigo tem como objetivo investigar se há associação entre o grau de orientação ao MCCP, segundo a percepção do paciente, e a satisfação com a última consulta médica em um serviço de APS. Trata-se de estudo transversal, realizado com pacientes hipertensos e/ou diabéticos nas 12 unidades de um serviço de APS, em Porto Alegre – RS (n = 408). O grau de orientação ao MCCP foi medido pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). O baixo escore geral do PPCC (o que corresponde à alta orientação ao MCCP) esteve associado significativamente com a maior satisfação dos pacientes com aspectos relacionados ao serviço (forma de agendamento e cordialidade da recepção) e ao atendimento médico (atenção dada às queixas pelo médico, exame físico do médico, explicações sobre problema e explicações sobre prognóstico), com a consulta em geral e com o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e/ou do diabetes mellitus na unidade de saúde. O médico de APS deve ser mais orientado à pessoa para que possa atingir, portanto, níveis mais altos de satisfação. Nessa perspectiva, a incorporação da satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde deve se constituir em indicador de qualidade, sobretudo, da abordagem praticada pelo médico.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Satisfação do Paciente, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Qualidade da Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The application of the patient-centered clinical method (PCCM) aims to achieve the understanding about the patient and his/her condition by means of the approach from two perspectives: the doctor's and the patient's. The satisfaction of the users is considered as a major indicator of service evaluation. The present paper aims to investigate whether there is an association between the degree of PCCM orientation, according to the patient's perception, and the satisfaction with the most recent medical appointment in a PHC service. This is a cross-sectional study, developed with hypertensive and/or diabetic patients in the 12 health care centers of a PHC service in Porto Alegre – RS (n = 408). The degree of PCCM orientation was measured by the use of the “Patient Perception of Patient-Centeredness” (PPPC) tool. The low general score of the PPPC (corresponding to the high PCCM orientation) was significantly associated with the higher satisfaction of the patients with aspects related to the service (scheduling mode and cordiality at the reception) and to the medical care (attention paid to the demands by the doctor, physical exam by the doctor, explanations about the problem, and explanations on the prognosis), to the appointment in general, and to the systemic hypertension and/or diabetes mellitus treatment in the health care center. The PHC doctor must be more person-oriented to achieve, therefore, higher levels of satisfaction. In this perspective, the incorporation of the users' satisfaction in the evaluation of health services must be a quality indicator, especially of the approach practiced by the doctor.

Keywords: Patient-Centered Care, Patient Satisfaction, Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of Health Care, Primary Health Care.

Introdução

Na década de 1980, pesquisadores do “Grupo de Comunicação Médico-Paciente”, da Universidade de Western Ontario, Canadá (LEVENSTEIN et al., 1986, BROWN et al., 1986), com base em um entendimento multidimensional da abordagem médica, sistematizaram o método clínico centrado na pessoa (MCCP). Com o MCCP, busca-se alcançar a compreensão do paciente e da sua doença por meio da abordagem de duas perspectivas, a do médico e a do paciente. O médico acessa a perspectiva do paciente tanto pela recepção dos seus sinais, suas dicas e sugestões, como também pelo encorajamento à expressão dos seus sentimentos, ideias e expectativas, oferecendo, por sua vez, a sua própria visão ou a sua explicação para a doença ao paciente. Ambas as perspectivas devem, então, ser abordadas e os potenciais conflitos tratados por negociação. Nesse sentido, o MCCP contrasta-se com o método clínico centrado na doença, em que, segundo os autores, apenas a perspectiva do médico é abordada.

O MCCP compreende seis componentes interativos (STEWART et al., 2003). Os três principais componentes do método são: “explorando a doença e a experiência da doença”, “entendendo a pessoa como um todo” e “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”. Fazem ainda parte do método os seguintes componentes: “incorporando a prevenção e a promoção da saúde”, “intensificando a relação médico-pessoa” e “sendo realista”. O objetivo último do MCCP é a elaboração do plano conjunto de manejo dos problemas que deve ser satisfatório tanto para o profissional quanto para a pessoa que busca atendimento em saúde.

A satisfação pode ser definida em termos das expectativas e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos (ESPERIDIÃO, TRAD, 2005). A satisfação dos usuários vem sendo considerada um importante indicador de avaliação dos serviços (STARFIELD, 2005; SANS-CORRALES et al.; 2006), podendo, primeiro, ser utilizada na orientação de medidas corretivas, por meio da identificação de pontos críticos a serem melhorados, e, segundo, estar potencialmente relacionada à melhora na adesão ao tratamento, à relação médico-paciente e à maior adequação no uso do serviço (KLOETZEL et al. 1998; TRAD et al., 2001; HOWARD et al. 2007).

Existem, na literatura, estudos bem delineados que exploram a associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação do paciente com a consulta. Os estudos de Kinnersley et al. (1999), Little et al. (2001), Flocke, Miller e Crabtree (2002) e Rohrer et al. (2008) encontram associação entre a maior orientação à pessoa e a maior satisfação com a consulta. Contudo, a associação entre ambas não foi confirmada nos estudos de Stewart

(1984), Mead, Bower e Hann (2002) e Bertakis e Azari (2011), revelando, assim, resultados contraditórios.

Frente a este contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar se o grau de orientação ao MCCP, segundo a percepção do paciente, encontra-se associado à satisfação do usuário com a última consulta médica.

Metodologia

Este estudo foi realizado nas 12 unidades de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período compreendido entre novembro de 2013 e novembro de 2014.

O delineamento é transversal e a população de pesquisa é constituída pelos pacientes maiores de 18 anos inscritos no Programa de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) do referido serviço. Foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos, inscritos no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte e duas ou mais consultas realizadas nos últimos dezoito meses com o mesmo médico da consulta agendada. Esse último critério teve como finalidade assegurar um vínculo mínimo entre o médico e o paciente atendido. Foram excluídos os pacientes sem capacidade física e/ou mental para responderem o questionário e aqueles portadores de diabetes mellitus tipo I.

Foram entrevistados 34 pacientes/unidade (408 pacientes/12 unidades). Os critérios de elegibilidade foram verificados por meio da revisão dos prontuários dos pacientes, cadastrados no Hiperdia, com consulta médica marcada para a semana seguinte. Os pacientes foram entrevistados após a consulta com o médico, na unidade de saúde. Incluíram-se, no estudo, as 34 consultas consecutivas de cada unidade que preencheram os critérios de inclusão – independentemente do médico, do dia da semana ou do turno de marcação (manhã ou tarde). Ao longo das 408 entrevistas consecutivas realizadas, houve 99 faltas às consultas e 32 recusas em participar da pesquisa. As faltas dos pacientes às consultas e as recusas foram repostas em consultas consecutivas, seguindo-se o agendamento. Na análise do perfil dos pacientes que faltaram ou recusaram participar da pesquisa, conforme as informações coletadas nos prontuários, observou-se semelhança entre as duas populações: a dos que faltaram ou recusaram e a dos respondentes.

O instrumento foi dividido em três partes. Na primeira parte, para estudo do perfil dos sujeitos, aplicou-se um questionário estruturado com questões sociodemográficas, econômicas e referentes à situação de saúde e uso dos serviços, incluindo data de nascimento, sexo, cor da

pele, situação conjugal, renda individual e familiar, escolaridade, situação ocupacional, presença de doenças crônicas, tempo de vínculo com o médico e com a unidade de saúde.

Na segunda parte, foi aplicado o instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC), que mede a orientação ao MCCP atribuída, pelo paciente, à última consulta realizada com o médico. O instrumento PPCC, validado por Stewart et al. (2000), é constituído de 14 questões. As quatro primeiras são referentes à medida do primeiro componente do MCCP, “explorando a doença e a experiência da doença”; as nove seguintes (da quinta até a décima terceira questão do instrumento), ao terceiro, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, e a última questão, ao segundo componente, “entendendo a pessoa como um todo”. Para as respostas, utiliza-se uma escala Likert, graduada em quatro itens. A média aritmética das respostas atribuídas às 14 questões é igual ao escore geral do PPCC. Da mesma forma, a média aritmética das respostas atribuídas às quatro primeiras questões é igual ao escore do primeiro componente; a média aritmética das respostas conferidas às nove perguntas seguintes (da quinta até a décima terceira) é igual ao escore do terceiro componente e a resposta indicada ao décimo quarto item é igual ao escore do segundo componente. O PPCC foi validado, no Brasil, por Kolling e Harzheim (2012).

Na terceira e última parte, a satisfação dos usuários com relação à última consulta foi medida pelo instrumento validado por Kloetzel et al. (1998), que mede a satisfação com relação à facilidade de acesso a consulta, ao tempo despendido na sala de espera, à cordialidade por parte da recepção, à cordialidade do profissional, à atenção dada as queixas, à impressão do exame clínico, à confiança despertada pelo profissional, à confiança na receita, às explicações do médico com respeito à doença e quanto ao prognóstico, à satisfação com o agendamento e geral da consulta. O instrumento é constituído por escala Likert, graduada em cinco itens, do maior (letra A) ao menor (letra E) grau de satisfação, representados por figuras de faces com cinco expressões distintas de satisfação. Os entrevistados foram convidados a responder as perguntas baseando-se na experiência da última consulta. Para a análise, os resultados foram agrupados em duas classificações, sendo "satisfeito" quando referido "muito bom" ou "bom" (carinhas A ou B) e "insatisfeito" quando referido algum dos demais itens. Perguntou-se também acerca da satisfação com relação ao manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) na unidade de saúde.

O coordenador de campo revisou os prontuários, sendo o responsável pela inclusão dos pacientes no estudo. As entrevistas foram realizadas por 9 entrevistadores treinados. Para a coleta de dados, utilizaram-se *netbooks*, tendo sido usado o *software Le Sphinx Plus*. O

treinamento e o acompanhamento dos entrevistadores foram realizados pelo coordenador de campo.

As análises estatísticas foram realizadas com nível de significância de 5%, bicaudal. Os dados são apresentados por meio de médias e desvios-padrão, de medianas e intervalos interquartílicos, de proporções e de respectivos intervalos de confiança. A medida da percepção do grau de orientação ao MCCC foi calculado por meio de escores em uma escala de 1 (que equivale a mais alta orientação ao MCCC) a 4 (que equivale a mais baixa orientação ao MCCC). Utilizou-se a mediana como ponto de corte entre a mais alta e a mais baixa orientação ao MCCC. Dessa forma, o baixo escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre 1 e a respectiva mediana) corresponde à alta orientação ao MCCC e o alto escore geral do PPCC (para valores pertencentes ao intervalo entre a respectiva mediana e 4), à baixa orientação ao MCCC.

Para comparar a proporção de pacientes satisfeitos que atribuíram baixo e alto escore aos três componentes e ao escore geral do PPCC (o que corresponde à alta e à baixa orientação ao MCCC respectivamente), utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson com valor-p calculado por correção de continuidade de Yates ou por exato de Fisher. Essas análises foram realizadas no *IBM SPSS Statistics 18*.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas no estudo (número de protocolo 08147413.1.0000.5347). Somente foram realizadas entrevistas com os pacientes e médicos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil dos entrevistados. Observa-se que a maioria deles tem mais de 60 anos (61%), é do sexo feminino (72,5%) e é de cor branca (73,3%). Com relação à escolaridade, 25,7% afirmaram ter de 1 a 4 anos de estudo e 38,7%, de 5 a 8, sendo que somente 2,2% disseram ter mais de 11 anos de estudo (ensino superior), e à renda mensal, 92,7% dos entrevistados recebiam até 3 salários mínimos (SM) e 92,8% das famílias somavam até 5 SM por mês, caracterizando, assim, uma população de baixa escolaridade e de baixa renda.

Do total de 408 pacientes entrevistados, 382 eram hipertensos, sendo que destes 115 também diabéticos, e 26 eram somente diabéticos. A maioria (57,1%) não relatou diagnóstico de lesão em órgão alvo e 27,9% relatou apenas um desses diagnósticos. O tempo de

acompanhamento médio com o médico com quem o paciente realizou a consulta foi menor em comparação com o tempo médio de acompanhamento na unidade de saúde (6,0 e 13,7 anos respectivamente).

Na Tabela 2, são apresentadas as medianas, com os respectivos intervalos interquartílicos, dos escores dos três primeiros componentes do PPCC e do escore geral. Na Tabela 3, são descritas as proporções de respostas em cada uma das alternativas da escala de medida da satisfação por item perguntado. Chama atenção o fato de que os aspectos relacionados com o serviço de APS, como a facilidade de acesso, a forma de agendamento, o tempo despendido na sala de espera e a cordialidade da recepção, apresentaram os percentuais mais baixos de grau de satisfação (em comparação com os percentuais dos aspectos relacionados com o atendimento médico).

As Tabelas 4, 5, 6 e 7 mostram as proporções de pacientes satisfeitos com aspectos da última consulta e com o tratamento de HAS e/ou DM na unidade de saúde que atribuíram baixo e alto escore dos componentes 1 (“explorando a doença e a experiência da doença”), 2 (“entendendo a pessoa como um todo”), 3 (“elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) e do escore geral do PPCC respectivamente. Destaca-se que as proporções de satisfeitos com a consulta (satisfação geral) e com o tratamento da HAS e/ou DM recebido na unidade de saúde que atribuíram baixo escore geral do PPCC ao médico (o que corresponde à alta orientação ao MCCP praticada por esse) foram significativamente maiores do que as dos que referiram alto escore (o que corresponde à baixa orientação ao MCCP praticada pelo médico). Essas diferenças se estenderam para as análises envolvendo os três componentes do MCCP, com exceção da que comparou a proporção de satisfeitos com a consulta (satisfação geral) com as dos que indicaram baixo e alto escore do componente 3, pois não mostrou significância estatística.

Com relação à satisfação com a atenção dada às queixas pelo médico, o exame físico do médico, as explicações sobre o problema e o prognóstico, demonstrou-se ser maior a satisfação nos pacientes que classificaram a abordagem do médico como sendo de baixo escore para os três componentes e geral (o que significa maior orientação ao MCCP), sendo, portanto, as variáveis mais consistentemente envolvidas na relação positiva entre orientação à pessoa e satisfação com a consulta.

As outras variáveis acerca de aspectos relacionados com o médico não mostraram igual consistência. Com relação à cordialidade do médico e à confiança no médico, as proporções de satisfeitos que atribuíram baixo e alto escore do PPCC somente foram

diferentes significativamente nas análises do componente 2. Acerca da confiança na receita, nenhuma diferença entre proporções de satisfeitos foi verificada.

A respeito dos aspectos relacionados com o serviço de APS, as variáveis cordialidade da recepção e forma de agendamento foram as únicas que mostraram diferenças significativas entre as proporções de satisfeitos dos que atribuíram baixo e alto escore geral do PPCC. Todas as análises que envolveram esses aspectos da satisfação e o escore do componente 2 foram significativas, ao contrário do componente 1, que não mostrou diferença entre os percentuais de satisfeitos em qualquer desses aspectos que indicaram baixo e alto escore. As proporções de satisfeitos com a cordialidade da recepção foram as únicas que demonstraram diferenças significativas entre os que atribuíram menor e maior escore do componente 3.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam que os pacientes que atribuíram baixo escore geral do PPCC (o que significa alta orientação ao MCCP) à abordagem do médico apresentaram também maior satisfação geral com a última consulta médica, podendo-se afirmar assim que existe associação positiva entre o grau de orientação ao MCCP, vivenciado pelo paciente na consulta, e a sua satisfação com a mesma. Da mesma forma, os resultados apresentados sustentam que, nos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, a maior orientação ao MCCP conferida por eles aos seus médicos associa-se com a maior satisfação a respeito do tratamento da HAS e/ou DM recebido na unidade de saúde. Essa associação acontece, em sua maior parte, em razão do MCCP favorecer, sobretudo, a prática de uma clínica culturalmente adequada. A prática dessa clínica pode ser compreendida mediante o conceito de competência cultural, que é, segundo Beach et al. (2005), a habilidade em se estabelecer uma comunicação interpessoal efetiva e uma relação capaz de superar as diferenças culturais existentes.

As variáveis atenção dada às queixas pelo médico, exame físico do médico, explicações sobre o problema e prognóstico mantiveram a associação entre a maior orientação ao MCCP e a maior satisfação com cada uma delas ao longo das análises realizadas com os escores dos três componentes do PPCC e do escore geral, permitindo-se, com isso, afirmar que este aspectos são os mais importantes implicados na relação entre o grau de orientação ao MCCP, segundo a percepção do paciente, e a satisfação com a consulta.

Kloetzel et al. (1998), em pesquisa conduzida em uma unidade docente-assistencial de APS, em Pelotas, RS (n = 135), que validou o instrumento de medida de satisfação utilizado, encontrou, de maneira geral, proporções semelhantes de pacientes satisfeitos (A + B) com os

aspectos do serviço e dos médicos que foram avaliados. As maiores diferenças com relação aos dados deste estudo mostram-se em relação aos itens facilidade de acesso (em Kloetzel et al. [1998], 65% foram satisfeitos enquanto, neste, 80,4%) e tempo despendido na sala de espera (43% versus 79,4%), ambos aspectos relacionados com os serviços.

Os achados do presente estudo somam-se também àqueles evidenciados pelas pesquisas de Kinnersley et al. (1999), Little et al. (2001), Flocke, Miller e Crabtree (2002) e de Rohrer et al. (2008), que mostraram associação entre a maior orientação à pessoa e a satisfação com a consulta. Kinnersley et al. (1999), em estudo que teve como objetivo avaliar se a abordagem centrada no paciente, praticada por médicos generalistas em unidades de APS do País de Gales, Reino Unido, se associava com melhores resultados das consultas (n = 143 pacientes), demonstraram que a pontuação centrada no paciente foi positiva e significativamente associada com a satisfação com a consulta. Little et al. (2001), em estudo observacional, realizado em três clínicas de APS inglesas, mostraram associação entre as características da MCP, estimada pelo instrumento “Medida de Cuidado Ambulatorial”, em inglês *Consultation Care Measure*, “comunicação e parceria” (um médico simpático interessado em preocupações e expectativas dos pacientes e que discute e concorda sobre o problema e o tratamento) e “abordagem positiva” (ser positivo sobre o diagnóstico e o prognóstico) e a maior satisfação com a consulta.

Na pesquisa de Flocke, Miller e Crabtree (2002), realizada com 2881 pacientes de 138 médicos de família e comunidade de 84 unidades de APS de Ohio, Estados Unidos da América (EUA), mostrou-se que a satisfação dos pacientes foi significativamente maior com a abordagem classificada como “focada na pessoa”, em comparação com a “biomédica”, “biopsicossocial” e “alto controle médico”, e, que essa abordagem, associou-se também com maior orientação à APS, tendo em vista que os escores significativamente mais altos dos atributos “comunicação interpessoal”, “conhecimento do médico sobre o seu paciente” e “coordenação do cuidado” estiveram relacionadas com ela. Da mesma forma, Rohrer et al. (2008), em análise de 680 entrevistas realizadas com pacientes após a consulta com o médico de família e comunidade em Rochester, EUA, mostraram que estar muito satisfeito com fatores da comunicação centrada no paciente – comunicação geral, explicações do médico, escuta, uso de palavras compreensíveis e envolvimento nas decisões – foi positiva e significativamente associado com empoderamento.

Podemos reconhecer limitações no presente estudo. Inicialmente, existe a possibilidade de o tamanho amostral ter influenciado negativamente o poder de algumas análises. O instrumento PPCC, por sua vez, também apresenta limitações, sendo a maior,

talvez, a que envolve a medida do componente 2 do M CCP, pois, para isso, é usada somente uma questão geral. Por último, esta é uma pesquisa avaliativa e transversal, sujeita, assim, às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, já que os seus resultados devem ser discutidos mediante a realidade local dos serviços e outra é a impossibilidade de inferência causal em virtude de causalidade reversa. Dessa forma, não é possível afirmar se a maior orientação à pessoa faz com que o paciente fique mais satisfeito com a consulta ou se por estar mais satisfeito o paciente acabe por avaliar a abordagem do médico como sendo de maior orientação à pessoa.

Considerações finais

Aceitando-se a satisfação dos usuários como um desfecho em saúde potencialmente influenciado por muito fatores, entre eles os identificados pela revisão sistemática de Sans-Corrales et al. (2006) – o acesso, a longitudinalidade do cuidado, o tempo de consulta e a relação médico-paciente –, pode-se agora também compreender o quão fundamental é o papel desempenhado pela abordagem médica (talvez representada pelo item relação médico-paciente de Sans-Corrales et al. [2006]) na produção de satisfação com a consulta e com os serviços de saúde em pacientes acompanhados em APS por HAS e/ou DM.

Ou seja, o médico de APS deve ser mais orientado à pessoa, com mais elevada competência cultural, para que possa atingir níveis mais altos de satisfação. Nessa perspectiva, a incorporação da satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde deve se constituir em indicador de qualidade, sobretudo, da abordagem praticada pelo médico.

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis sócio-demográficas, econômicas, relativas à situação de saúde e à utilização de um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Idade		63,8 (12,1)
18-40 anos	14 (3,4)	
41-60 anos	145 (35,6)	
> 60 anos	249 (61,0)	
Sexo feminino	296 (72,5)	
Cor branca	299 (73,3)	
Situação conjugal		
Casado	201 (49,3)	
Viúvo	100 (24,5)	
Separado	59 (14,5)	
Solteiro	48 (11,8)	
Sabe ler e escrever		
Sim	375 (91,9)	
Não	33 (8,1)	
Escolaridade (anos de estudo) (dos que referiram saber ler e escrever)		
0	14 (3,4)	
1-4	105 (25,7)	
5-8	158 (38,7)	
9-11	89 (21,8)	
>11	9 (2,2)	
Situação ocupacional		
Desempregado	17 (4,2)	
Empregado com carteira	38 (9,3)	
Empregado sem carteira	8 (2,0)	
Autônomo	44 (10,8)	
Dona de casa	44 (10,8)	
Aposentado	207 (50,7)	
Pensionista	27 (6,6)	
Auxílio doença	22 (5,4)	
Seguro desemprego	1 (0,2)	
Renda individual no último mês (bruta) em números de SM		
até 1 SM	186 (48,6)	
$1 < SM \leq 3$	169 (44,1)	
$3 < SM \leq 5$	26 (6,8)	
$5 < SM \leq 7$	2 (0,5)	
Renda familiar no último mês (bruta) em números de SM		
até 1 SM	43 (11,8)	
$1 < SM \leq 3$	205 (56,5)	
$3 < SM \leq 5$	89 (24,5)	
$5 < SM \leq 7$	16 (4,4)	
$7 < SM \leq 9$	7 (1,9)	
$SM > 9$	3 (0,8)	

Presença de hipertensão e/ou diabetes		
Hipertensos somente	267 (65,4)	
Diabéticos somente	26 (6,4)	
Hipertensos e diabéticos	115 (28,2)	
Presença de LOA		
Insuficiência cardíaca	60 (14,7)	
Cardiopatia isquêmica (sem IAM)	9 (2,2)	
Cardiopatia isquêmica (com IAM)	22 (5,4)	
Acidente vascular cerebral	29 (7,1)	
Diminuição ou perda de visão	77 (18,9)	
Perda de função renal	51 (12,5)	
Amputação	1 (0,2)	
Número de LOA por pessoa		
Nenhum	233 (57,1)	
Um	114 (27,9)	
Dois	51 (12,5)	
Três ou mais	10 (2,5)	
Tempo de acompanhamento na unidade de saúde (em anos)		13,7 (9,9)
Tempo de acompanhamento com o médico (em anos)		6,0 (6,9)

DP = desvio padrão. SM = salário mínimo. LOA = lesão em órgão alvo. IAM = infarto agudo do miocárdio.

Tabela 2. Escores medidos pelo instrumento “Percepção do Paciente sobre o Centramento da Consulta” (PPCC). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Escore (1 - 4)	mediana	IIQ
Escore do primeiro componente do M CCP	1,00	1,00 - 1,50
Escore do segundo componente do M CCP	1,00	1,00 - 1,00
Escore do terceiro componente do M CCP	1,33	1,11 - 1,67
Escore total	1,29	1,07 - 1,50

IIQ = intervalo interquartílico. M CCP = método clínico centrado na pessoa.

Tabela 3. Satisfação com os serviços da unidade de saúde e com o médico. Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Variáveis (satisfação com)	A (n%)*	B (n%)*	C (n%)*	D (n%)*	E (n%)*
Aspectos relacionados com o serviço					
Facilidade de acesso	229 (56,1)	99 (24,3)	49 (12,0)	22 (5,4)	9 (2,2)
Forma de agendamento	296 (72,5)	66 (16,2)	28 (6,9)	12 (2,9)	6 (1,5)
Tempo despendido na sala de espera	186 (45,6)	138 (33,8)	62 (15,2)	13 (3,2)	9 (2,2)
Cordialidade da recepção	261 (64,0)	96 (23,5)	32 (7,8)	13 (3,2)	6 (1,5)
Aspectos relacionados com o atendimento médico					
Cordialidade do médico	353 (86,5)	52 (12,7)	1 (0,2)	-	2 (0,5)
Atenção dada às queixas pelo médico	346 (84,8)	57 (14,0)	2 (0,5)	1 (0,2)	2 (0,5)
Exame físico do médico	304 (74,5)	93 (22,8)	6 (1,5)	2 (0,5)	3 (0,7)
Confiança no médico	358 (87,7)	48 (11,8)	1 (0,2)	-	1 (0,2)
Confiança na receita	363 (89,0)	44 (10,8)	1 (0,2)	-	-
Explicações sobre problema	327 (80,1)	73 (17,9)	5 (1,2)	1 (0,2)	2 (0,5)
Explicações sobre prognóstico	306 (75,0)	83 (20,3)	12 (2,9)	3 (0,7)	4 (1,0)
Geral com consulta	296 (72,5)	97 (23,8)	11 (2,7)	1 (0,2)	3 (0,7)
Tratamento da HAS/DM na US	266 (65,2)	125 (30,6)	12 (2,9)	3 (0,7)	2 (0,5)

* A letra A corresponde ao maior grau de satisfação e a letra E, ao menor. Trata-se de uma escala do tipo Likert, graduada em cinco itens, do maior (letra A) ao menor (letra E) grau de satisfação, representados por figuras de faces com cinco expressões distintas de satisfação.

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus tipo 2. US = unidade de saúde.

Tabela 4. Proporção de pacientes satisfeitos que atribuíram baixo escore ao componente 1, “explorando a doença e a experiência da doença” (o que significa maior orientação a esse componente). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Satisfeitos (A +B) com	Escore componente 1		Valor-p*
	Menor orientação ao componente 1 (>1,01) n = 202	Maior orientação ao componente 1 (≤1,0) n = 206	
Aspectos relacionados com o serviço			
Facilidade de acesso	161	167	0,824
Forma de agendamento	175	187	0,243
Tempo despendido na sala de espera	155	169	0,229
Cordialidade da recepção	172	185	0,203
Aspectos relacionados com o atendimento médico			
Cordialidade do médico	199	206	0,120
Atenção dada às queixas pelo médico	197	206	0,029
Exame físico do médico	191	206	0,002
Confiança no médico	200	206	0,245
Confiança na receita	201	206	0,495
Explicações sobre problema	194	206	0,003
Explicações sobre prognóstico	187	202	0,017
Geral com consulta	190	203	0,032
Tratamento da HAS/DM na US	188	203	0,012

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus tipo 2. US = unidade de saúde.

* Teste χ^2 de Pearson, valor-p calculado por correção de continuidade de Yates ou por exato de Fisher.

Tabela 5. Proporção de pacientes satisfeitos que atribuíram baixo escore ao componente 2, “entendendo a pessoa como um todo” (o que significa maior orientação a esse componente). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Satisfeitos (A +B) com	Escore componente 2		Valor-p*
	Menor orientação ao componente 2 (>2,0) n = 84	Maior orientação ao componente 2 (≤1,0) n = 324	
Aspectos relacionados com o serviço			
Facilidade de acesso	58	270	0,005
Forma de agendamento	67	295	0,007
Tempo despendido na sala de espera	59	265	0,029
Cordialidade da recepção	65	292	0,003
Aspectos relacionados com o atendimento médico			
Cordialidade do médico	81	324	0,008
Atenção dada às queixas pelo médico	79	324	<0,001
Exame físico do médico	75	322	<0,001
Confiança no médico	82	324	0,042
Confiança na receita	83	324	0,206
Explicações sobre problema	77	323	<0,001
Explicações sobre prognóstico	71	318	<0,001
Geral com consulta	75	318	0,001
Tratamento da HAS/DM na US	74	317	<0,001

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus tipo 2. US = unidade de saúde.

* Teste χ^2 de Pearson, valor-p calculado por correção de continuidade de Yates ou por exato de Fisher.

Tabela 6. Proporção de pacientes satisfeitos que atribuíram baixo escore ao componente 3, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” (o que significa maior orientação a esse componente). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Satisfeitos (A +B) com	Escore componente 3		Valor-p*
	Menor orientação ao componente 3 (>1,34) n = 169	Maior orientação ao componente 3 (≤1,33) n = 239	
Aspectos relacionados com o serviço			
Facilidade de acesso	131	197	0,269
Forma de agendamento	144	218	0,084
Tempo despendido na sala de espera	133	191	0,861
Cordialidade da recepção	139	218	0,011
Aspectos relacionados com o atendimento médico			
Cordialidade do médico	166	239	0,070
Atenção dada às queixas pelo médico	164	239	0,012
Exame físico do médico	158	239	<0,001
Confiança no médico	167	239	0,171
Confiança na receita	168	239	0,414
Explicações sobre problema	161	239	0,001
Explicações sobre prognóstico	154	235	0,002
Geral com consulta	159	234	0,079
Tratamento da HAS/DM na US	156	235	0,006

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus tipo 2. US = unidade de saúde.

* Teste χ^2 de Pearson, valor-p calculado por correção de continuidade de Yates ou por exato de Fisher.

Tabela 7. Proporção de pacientes satisfeitos que atribuíram baixo escore geral do PPCC (o que significa maior orientação à pessoa). Estudo em um serviço de APS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

Satisfeitos (A +B) com	Escore geral		Valor-p*
	Menor orientação à pessoa (>1,30) n = 170	Maior orientação à pessoa (<=1,29) n = 238	
Aspectos relacionados com o serviço			
Facilidade de acesso	130	198	0,119
Forma de agendamento	141	221	0,003
Tempo despendido na sala de espera	134	190	0,901
Cordialidade da recepção	141	216	0,028
Aspectos relacionados com o atendimento médico			
Cordialidade do médico	167	238	0,072
Atenção dada às queixas pelo médico	165	238	0,012
Exame físico do médico	159	238	<0,001
Confiança no médico	168	238	0,173
Confiança na receita	169	238	0,417
Explicações sobre problema	162	238	0,001
Explicações sobre prognóstico	154	235	<0,001
Geral com consulta	159	234	0,023
Tratamento da HAS/DM na US	157	234	0,006

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus tipo 2. US = unidade de saúde.

* Teste χ^2 de Pearson, valor-p calculado por correção de continuidade de Yates ou por exato de Fisher.

Referências

- Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*. 2005; 43(4):356-73.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(3):229-39.
- Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract*. 1986 Jun; 3(2):75-9.
- Esperidião M, Trad L. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10(supl.):303-312.
- Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002 Oct; 51(10):835-40.
- Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. *Ann Fam Med*. 2007; (5):419-424.
- Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 1999 Sep; 49(446):711-6.
- Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VP, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: a satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(3):623-628.
- Kolling MG, Harzheim E. Avaliação do método clínico centrado na pessoa: tradução e validação do patient perception of patient centeredness questionnaire [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986; 3(1):24-30.
- 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.
- Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002 Jul; 55(2):283-99.
- Rohrer JE, Wilshusen L, Adamson SC, Merry S. Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? *J Eval Clin Pract*. 2008 Aug; 14(4):548-51.
- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Peréz B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*. 2006; 23:308-316.

Starfield B. Measurement of Outcome: A Proposed Scheme. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):1-11.

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 Sep; 49(9):796-804.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003.

Stewart M. What is a successful doctor patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med*. 1984; 19:167-175.

Trad L, Bastos AC, Santana EM, Nunes M. *A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos*. Salvador: PNEPG; 2001.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao reconhecermos as variáveis potencialmente influenciadoras da abordagem médica, também assumimos o entendimento de que a causa de um determinado escore atribuído pelo paciente ao seu médico é necessariamente multifatorial. Nessa teia de fatores e de suas interações, é que adentramos, nesta tese, e identificamos quais deles são os que mais contribuem para a concepção do escore que o paciente indicará a seu médico.

Além disso, buscamos evidenciar a relação entre a maior orientação à pessoa e o alcance de melhores resultados no âmbito do processo terapêutico de pacientes com HAS e DM em APS. Encontrou-se, assim, associação entre o maior centramento na pessoa e a maior prevalência de importantes abordagens clínicas e de maior satisfação com a consulta.

Com estes resultados, esperamos não só contribuir para o conhecimento acerca da abordagem médica centrada na pessoa em nível internacional, mas também, sobretudo, para a abertura, o estímulo, o incentivo à pesquisa deste tema em nosso meio. Por esse caminho, mantemos a expectativa de que o achado da não associação entre a maior prevalência de controle da pressão arterial (por meio da pressão arterial média aferida após a consulta) e da HbA1c (medida em até três meses após a consulta) e a maior orientação à pessoa venha a motivar novas pesquisas que tenham como objetivo o entendimento ainda mais aprofundado dessa relação.

Nesse sentido, a avaliação técnica dos profissionais deve ser incorporada na medida do impacto da abordagem, passando a ser fundamental conhecermos a influência da maior ou menor orientação à pessoa na produção de cuidado de profissionais com equivalente conhecimento e capacidade técnica. Em outra perspectiva, a diferença significativa evidenciada entre as medianas dos escores gerais do PPCC atribuídos a cada uma das unidades de saúde, ao indicar que o contexto em que o médico trabalha exerce influência na sua abordagem, abre (e não fecha) a questão de pesquisa. Assim, devem ser investigados quais são os fatores presentes no contexto que interferem na abordagem médica (aspectos da estrutura, do processo de cuidado, do funcionamento, tamanho e constituição da equipe, características da comunidade, etc.). De outro modo, pesquisas realizadas em outros serviços de APS, como a Estratégia Saúde da Família, podem ajudar, na comparação com os resultados deste estudo, a esclarecer essas relações.

Ao se considerar também que a amostra de médicos tenha sido constituída por profissionais com formação em MFC, pode-se investigar, em estudos posteriores, a possível

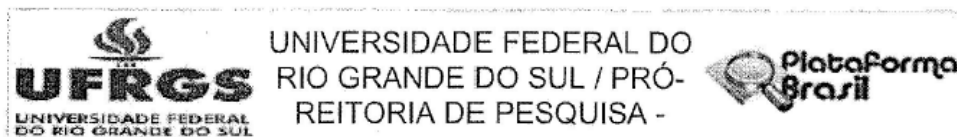
diferença de abordagem praticada por médicos de diversas especialidades e a relação dessas diferenças com o processo de cuidado. Pesquisas futuras poderão estudar também as diferenças entre a abordagem médica realizada em atenção primária e em outros níveis de atenção (ambulatórios especializados), buscando-se igualmente a relação dessas diferenças com o processo de cuidado.

Além disso, modificações metodológicas poderão ser experimentadas, como por exemplo, a questão central da qualidade da aferição, representada pela aplicação do instrumento de medida da abordagem, deve continuar sendo estudada, mantendo-se em vista o seu aperfeiçoamento. Outros delineamentos, por meio de ensaios clínicos randomizados, podem, por sua vez, ajudar a esclarecer a relação de causa e efeito entre intervenção educativa sobre médicos, abordagem médica, processo de cuidado e resultados em saúde.

Por fim, com relação à intervenção educativa sobre médicos, o resultado encontrado, neste estudo, de que a mediana dos escores gerais do PPCC atribuídos aos profissionais que referiram participação em educação continuada a respeito de abordagem centrada na pessoa ou MCCP fora do serviço estudado foi significativamente menor do que a dos que não relataram essa participação (significando isso maior orientação à pessoa), indica que são necessárias pesquisas que ajudem a definir quais os métodos pedagógicos ou educativos a serem aplicados, ou seja, quais atingem os melhores resultados nesses profissionais. Nesse âmbito, o desenvolvimento de metodologias que tenham como propósito estimular ou motivar os profissionais pouco orientados às pessoas a se interessarem pelo tema e a modificarem as suas respectivas abordagens são igualmente fundamentais.

ANEXOS

Anexo a. Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre o grau de orientação ao método clínico centrado na pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde.

Pesquisador: Daniela Riva Knauth

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 08147413.1.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 400.164

Data da Relatoria: 19/09/2013

Apresentação do Projeto:

Retorno de diligência.

Objetivo da Pesquisa:

Retorno de diligência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Retorno de diligência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Retorno de diligência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Retorno de diligência.

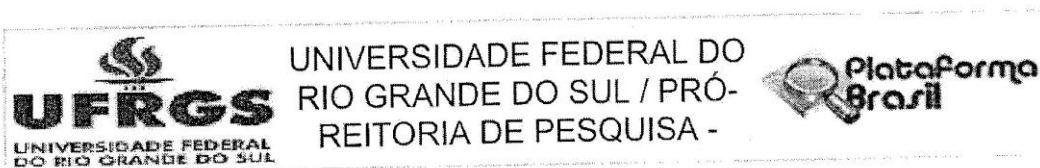
Recomendações:

Retorno de diligência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu a todas diligências, portanto o projeto pode ser aprovado pelo CEP/UFRGS.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 400.164

Situação do Parecer:

Aprovado

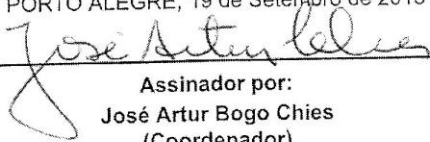
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado, encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 19 de Setembro de 2013


Assinador por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: elica@propesq.ufrgs.br



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Teles 556
CEP 91300-221 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2300
CNPJ: 02.787.118/001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senheteira da Conceição S.A. I

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Ralho 20
CEP 91249-700 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 03.787.126/001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montevideo, 17
CEP 91420-091 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 02.593.134/001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 16 de outubro de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-182

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

RODRIGO CAPRIO LEITE DE CASTRO
DANIELA RIVA KNAUTH

Título: Associação entre o grau de orientação ao método clínico centrado na pessoa e a qualidade do manejo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 16 de outubro de 2013.

Anexo b. Instrumento aplicado aos pacientes.

Informações administrativas	
1. Id (número de identificação do questionário) <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	4. Data da entrevista <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>
2. Nome da unidade amostrada_SSC <input type="radio"/> 01.1 <input type="radio"/> 02.2 <input type="radio"/> 03.3 <input type="radio"/> 04.4 <input type="radio"/> 05.5 <input type="radio"/> 06.6 <input type="radio"/> 07.7 <input type="radio"/> 08.8 <input type="radio"/> 09.9 <input type="radio"/> 10.10 <input type="radio"/> 11.11 <input type="radio"/> 12.12 <i>La réponse est obligatoire.</i>	5. Nome do entrevistador <input type="radio"/> 01.1 <input type="radio"/> 02.2 <input type="radio"/> 03.3 <input type="radio"/> 04.4 <input type="radio"/> 05.5 <input type="radio"/> 06.6 <input type="radio"/> 07.7 <input type="radio"/> 08.8 <input type="radio"/> 09.9 <input type="radio"/> 10.10 <i>La réponse est obligatoire.</i>
3. Nome do médico (com quem o paciente realizou a consulta): <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	6. Hora de início da entrevista <input type="text"/>
Identificação	
7. Nome <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	9. Número do prontuário do entrevistado <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>
8. Data de nascimento <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	10. Telefone residencial <input type="text"/>
	11. Telefone celular <input type="text"/>
Questões sociodemográficas e econômicas	
12. Sexo <input type="radio"/> 1.Masculino <input type="radio"/> 2.Feminino <i>La réponse est obligatoire.</i>	15. Com quantas pessoas você mora? <input type="text"/> <i>Registre 0 se a pessoa morar sozinha</i>
13. Qual você diria que é a cor da sua pele ou sua raça? <input type="radio"/> 1.Negra <input type="radio"/> 2.Branca <input type="radio"/> 3.Amarela <input type="radio"/> 4.Parda <input type="radio"/> 5.Indígena <i>La réponse est obligatoire.</i>	16. Você acha que recebe, em casa (por uma ou mais pessoas), ajuda para realizar o seu tratamento de saúde? <input type="radio"/> 1.Sim, o suficiente <input type="radio"/> 2.Sim, um pouco <input type="radio"/> 3.Não <input type="radio"/> 4.Não sei <i>La question n'est pertinente que si 1 <= n_mora</i>
14. Qual a sua situação conjugal atual? <input type="radio"/> 1.Casado(a) ou vive com companheira(o) <input type="radio"/> 2.Viúvo(a) <input type="radio"/> 3.Separado(a) ou divorciado(a) <input type="radio"/> 4.Solteiro(a) <i>La réponse est obligatoire.</i>	17. O Sr(a). sabe ler e escrever? <input type="radio"/> 1.Sim <input type="radio"/> 2.Não <i>La réponse est obligatoire.</i>
	18. Até que ano você completou na escola ou faculdade? <input type="text"/> <i>Número de anos completados com aprovação (some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)</i>

19. Escolha a alternativa que melhor descreve a sua atividade principal neste momento:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 01. Empregado, com carteira assinada | <input type="radio"/> 02. Empregado, sem carteira assinada |
| <input type="radio"/> 03. Dono do próprio negócio | <input type="radio"/> 04. Trabalhador autônomo |
| <input type="radio"/> 05. Fazendo biscoites | <input type="radio"/> 06. Desempregado |
| <input type="radio"/> 07. Dona de casa | <input type="radio"/> 08. Estudante |
| <input type="radio"/> 09. Aposentado | <input type="radio"/> 10. Auxílio doença (encostado por doença) |
| <input type="radio"/> 11. Pensionista | <input type="radio"/> 12. Outro |

Leia as opções e marque apenas uma. Se a resposta for "outro", especifique-a na questão seguinte.

20. Outro (atividade principal)

La question n'est pertinente que si situa_trab = "Outro"

21. Qual a sua ocupação atual (no que você está trabalhando)?

La question n'est pertinente que si situa_trab Parmi "Empregado, com carteira assinada ; Empregado, sem carteira assinada ; Dono do próprio negócio ; Trabalhador autônomo ; Fazendo biscoites"

22. No último mês, considerando todas as suas fontes de renda, quanto você ganhou (quantos salários mínimos)?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 01.0.5 | <input type="radio"/> 02.1 |
| <input type="radio"/> 03.1.5 | <input type="radio"/> 04.2 |
| <input type="radio"/> 05.2.5 | <input type="radio"/> 06.3 |
| <input type="radio"/> 07.3.5 | <input type="radio"/> 08.4 |
| <input type="radio"/> 09.4.5 | <input type="radio"/> 10.5 |
| <input type="radio"/> 11.5.5 | <input type="radio"/> 12.6 |
| <input type="radio"/> 13.6.5 | <input type="radio"/> 14.7 |
| <input type="radio"/> 15.7.5 | <input type="radio"/> 16.8 |
| <input type="radio"/> 17.8.5 | <input type="radio"/> 18.9 |
| <input type="radio"/> 19.9.5 | <input type="radio"/> 20.10 |
| <input type="radio"/> 21. mais de 10 | <input type="radio"/> 22. recusa-se a responder |

Registre a renda bruta. Salário mínimo = 678,00 reais

23. Qual foi a renda da sua família (considerando todas as pessoas que moram com você), no último mês (quantos salários mínimos)?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 01.0.5 | <input type="radio"/> 02.1 |
| <input type="radio"/> 03.1.5 | <input type="radio"/> 04.2 |
| <input type="radio"/> 05.2.5 | <input type="radio"/> 06.3 |
| <input type="radio"/> 07.3.5 | <input type="radio"/> 08.4 |
| <input type="radio"/> 09.4.5 | <input type="radio"/> 10.5 |
| <input type="radio"/> 11.5.5 | <input type="radio"/> 12.6 |
| <input type="radio"/> 13.6.5 | <input type="radio"/> 14.7 |
| <input type="radio"/> 15.7.5 | <input type="radio"/> 16.8 |
| <input type="radio"/> 17.8.5 | <input type="radio"/> 18.9 |
| <input type="radio"/> 19.9.5 | <input type="radio"/> 20.10 |
| <input type="radio"/> 21. mais de 10 | <input type="radio"/> 22. não sei |
| <input type="radio"/> 23. recusa-se a responder | |

Registre a renda bruta. Salário mínimo = 678,00 reais

24. O(A) Sr(a). tem em casa televisão?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 1.0 | <input type="radio"/> 2.1 |
| <input type="radio"/> 3.2 | <input type="radio"/> 4.3 |
| <input type="radio"/> 5.4 ou mais | |

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre os eletrodomésticos que o(a) Sr(a). tem em casa. Os eletrodomésticos considerados são os que estão em condições de uso. O(a) Sr(a). deverá dizer se possui e a quantidade dos eletrodomésticos perguntados.

25. O(A) Sr(a). tem em casa rádio?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 1.0 | <input type="radio"/> 2.1 |
| <input type="radio"/> 3.2 | <input type="radio"/> 4.3 |
| <input type="radio"/> 5.4 ou mais | |

La réponse est obligatoire.

26. O(A) Sr(a). tem em casa banheiro?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 1.0 | <input type="radio"/> 2.1 |
| <input type="radio"/> 3.2 | <input type="radio"/> 4.3 |
| <input type="radio"/> 5.4 ou mais | |

La réponse est obligatoire.

27. O(A) Sr(a). tem em casa automóvel (carro)?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 1.0 | <input type="radio"/> 2.1 |
| <input type="radio"/> 3.2 | <input type="radio"/> 4.3 |
| <input type="radio"/> 5.4 ou mais | |

La réponse est obligatoire.

28. O(A) Sr(a). tem em casa empregada mensalista?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 1.0 | <input type="radio"/> 2.1 |
| <input type="radio"/> 3.2 | <input type="radio"/> 4.3 |
| <input type="radio"/> 5.4 ou mais | |

La réponse est obligatoire.

29. O(A) Sr(a), tem em casa máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho)?

- 1.0 2.1
 3.2 4.3
 5.4 ou mais

La réponse est obligatoire.

30. O(A) Sr(a), tem em casa DVD?

- 1.0 2.1
 3.2 4.3
 5.4 ou mais

La réponse est obligatoire.

31. O(A) Sr(a), tem em casa geladeira?

- 1.0 2.1
 3.2 4.3
 5.4 ou mais

La réponse est obligatoire.

32. O(A) Sr(a), tem em casa freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)?

- 1.0 2.1
 3.2 4.3
 5.4 ou mais

La réponse est obligatoire.

Questões relativas à caracterização da situação de saúde

33. Agora gostaria que o Sr(a), me dissesse todos os problemas de saúde ou doenças para os quais o Sr(a), realiza acompanhamento ou tratamento

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01.HAS | <input type="checkbox"/> 02.DM |
| <input type="checkbox"/> 03.Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> 04.Cardiopatia isquêmica |
| <input type="checkbox"/> 05.Cardiopatia isquêmica (infarto agudo do miocárdio) | <input type="checkbox"/> 06.Acidente vascular cerebral |
| <input type="checkbox"/> 07.Retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> 08.Nefropatia diabética |
| <input type="checkbox"/> 09.Neuropatia diabética | <input type="checkbox"/> 10.Insuficiência arterial periférica (claudicação intermitente) |
| <input type="checkbox"/> 11.Dislipidemia | <input type="checkbox"/> 12.Obesidade |
| <input type="checkbox"/> 13.Sedentarismo | <input type="checkbox"/> 14.Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> 15.Alcoolismo | <input type="checkbox"/> 16.Depressão |
| <input type="checkbox"/> 17.Ansiedade | <input type="checkbox"/> 18.Outros |

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.
 La réponse est obligatoire.*

34. Quais?

La question n'est pertinente que si probl_sauvé = "Outros"

35. Há quanto tempo você consulta nesta unidade de saúde?

Registre em meses

36. Há quanto tempo você consulta com <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta>?

Registre em meses

37. Com base nas suas consultas com <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta>, responda a alternativa que melhor represente o que você pensa a respeito dele:

- | | |
|--|--|
| <p>1.É um médico interessado somente nas doenças dos seus pacientes, atende a doença da pessoa, mas não a pessoa que está doente, não parece se importar ve</p> <p><input type="radio"/></p> | <p>2.É um médico que se interessa não somente pelas doenças, mas também pelas pessoas, porém o seu interesse pelas pessoas não é suficiente, ele deveria se</p> <p><input type="radio"/></p> |
| <p>3.É um médico interessado nas pessoas, quem consulta com ele se sente atendido como pessoa, é um médico que se importa verdadeiramente com o paciente</p> <p><input type="radio"/></p> | |

Leia as alternativas

38. Sobre o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> ainda, responda a alternativa que contenha o melhor entendimento da sua relação com ele:

- | | |
|---|--|
| <p>1.Não o considero como sendo o meu médico,</p> <p><input type="radio"/> consulto com ele porque não consigo marcar hora com o meu médico mesmo</p> | <p>2.Só consulto com ele porque não tenho outra opção</p> <p><input type="radio"/></p> |
| <p>3.O considero como sendo o meu médico</p> <p><input type="radio"/></p> | |

Leia as alternativas

39. O(A) Sr(a), tem acompanhamento regular com a enfermeira ou enfermeiro da <unidade de saúde> através de consultas agendadas para o tratamento da pressão alta e/ou da diabetes?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não tem certeza/não sabe

La réponse est obligatoire.

40. Há quanto tempo você consulta com esta enfermeira?

Registre em meses

41. Além do seu tratamento nesta unidade de saúde, você realiza também acompanhamento com cardiologista?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não tem certeza/não sabe

La réponse est obligatoire.

42. Há quanto tempo?

Registre em meses

43. Nos últimos 12 meses, quantas consultas você realizou com o cardiologista?

La question n'est pertinente que si cardio = "Sim"

44. Além do seu tratamento nesta unidade de saúde, você realiza também acompanhamento com endocrinologista?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não tem certeza/não sabe

La réponse est obligatoire.

45. Há quanto tempo?

Registre em meses

46. Nos últimos 12 meses, quantas consultas você realizou com o endocrinologista?

La question n'est pertinente que si endoc = "Sim"

47. Com o o(a) Sr(a) considera sua saúde?

- 1.Muito boa 2.Boa
 3.Regular 4.Ruim
 5.Muito Ruim

La réponse est obligatoire.

Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC)

48. Quanto você acha que o seu principal problema foi discutido nesta consulta?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

49. Você acha que o médico sabe o principal problema que o trouxe à consulta hoje?

- 1.Sim 2.Provavelmente sim
 3.Provavelmente não 4.Não

La réponse est obligatoire.

50. Quanto você acha que o médico valorizou o motivo da sua consulta hoje?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

51. Quanto você acha que o médico entendeu você hoje?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

52. Você considera que a discussão a respeito do seu problema foi:

- 1.Muito boa 2.Boa
 3.Regular 4.Ruim

La réponse est obligatoire.

53. Quanto você acha que o médico lhe explicou o seu problema?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

54. Você concordou com a opinião do médico sobre o seu problema?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

55. Você pode fazer perguntas ao médico?

- 1.Muita 2.Suficiente
 3.Pouca 4.Não, não fiz nenhuma

La réponse est obligatoire.

56. Quanto o médico lhe perguntou sobre os seus objetivos com o tratamento?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Não perguntou

La réponse est obligatoire.

57. Quanto você acha que o médico lhe explicou o tratamento?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

58. Quanto você acha que o médico avaliou se você tem condições de fazer o tratamento sugerido?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

59. Quanto você e seu médico conversaram sobre quais as responsabilidades que ele tem e quais as responsabilidades que o Sr(a). tem com o seu tratamento?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

60. Quanto você acha que o médico lhe encorajou a assumir a função que você gostaria de exercer no seu próprio cuidado?

- 1.Completamente 2.Em grande parte
 3.Um pouco 4.Nem um pouco

La réponse est obligatoire.

61. Quanto você acha que o médico que lhe atendeu se preocupou com você enquanto uma pessoa?

- 1.Muito 2.Suficiente
 3.Pouco 4.Nada

La réponse est obligatoire.

Questões relativas à satisfação com a última consulta

62. Qual a sua satisfação com o tratamento da pressão alta e/ou da diabetes recebido nesta unidade de saúde?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

As perguntas seguintes se referem à consulta que você acabou de fazer com o médico <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta>

63. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

Aponte para a "carinha" que melhor expressa a sua opinião sobre os seguintes itens (entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado)

64. Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

65. Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

66. Qual sua opinião sobre a cordialidade do médico que lhe atendeu (o médico foi cordial, educado, simpático)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

67. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo médico que lhe atendeu (o médico ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

68. Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico lhe examinou)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

69. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico (você confiou no médico)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

70. Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

71. Qual sua opinião sobre as explicações do médico com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico lhe deu na consulta)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

72. Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico sobre a duração, a evolução e as consequências do seu problema/doença)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

73. Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

74. Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?

- 1.A 2.B
 3.C 4.D
 5.E

La réponse est obligatoire.

Questões relativas ao manejo da hipertensão arterial e diabetes mellitus

75. O(A) Sr(a). fum a ou já fumou?

- 1.Não, nunca fumei 2.Já fumei, mas parei de fumar
 3.Sim, fumo (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês)

La réponse est obligatoire.

76. Nas últimas três consultas, o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> lhe aconselhou a parar de fumar?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei/não me lembro

La question n'est pertinente que si fumo = "Sim, fumo (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês)"

77. O(A) Sr(a) toma bebida alcoólica? (Ex: cerveja, chopp, vinho, aperitivo, licor, cachaça, pinga, caipirinha, sidra, cham pagne, whisky, vodka)

- 1.Não 2.Sim

La réponse est obligatoire.

78. Alguma vez, o(a) Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

- 1.Não 2.Sim

La question n'est pertinente que si bebida = "Sim"

79. As pessoas o(a) aborrecem por que criticam o seu modo de beber?

- 1.Não 2.Sim

La question n'est pertinente que si bebida = "Sim"

80. O Sr (a) sente-se culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

- 1.Não 2.Sim

La question n'est pertinente que si bebida = "Sim"

81. O Sr (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

- 1.Não 2.Sim

La question n'est pertinente que si bebida = "Sim"

82. Nas últimas três consultas, o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> lhe aconselhou a parar de beber?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei/não me lembro

La question n'est pertinente que si bebida = "Sim"

83. Nas últimas três consultas, o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> lhe aconselhou sobre a prática de atividade física?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei/não me lembro

La réponse est obligatoire.

84. Nas últimas três consultas, o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> lhe aconselhou sobre a alimentação?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei/não me lembro

La réponse est obligatoire.

85. Qual o seu peso

Registre em Kg

86. Qual a sua altura

Registre em m

87. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta?

- 1.Sim 2.Não

La réponse est obligatoire.

88. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?

- 1.Sim 2.Não

La réponse est obligatoire.

89. Medida de PA (1), sistólica

Em mmHg

90. Medida de PA (1), diastólica

Em mmHg

Questionário para as pessoas com hipertensão arterial somente

91. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta?

Registre em anos

92. De quanto em quanto tempo, em média, você vem consultando com o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> devido à pressão alta?

1. De mês em mês 2. De dois em dois meses
 3. De três em três meses 4. De quatro em quatro meses
 5. De seis em seis meses 6. Outra periodicidade

Leia as alternativas

93. Qual?

La question n'est pertinente que si h_perio_con = "Outra periodicidade"

94. Você participa de grupo de hipertensos no Posto de Saúde?

1. Sim 2. Não
 3. Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Não"

95. De quanto em quanto tempo você participa?

1. Semanalmente 2. Quinzenalmente
 3. Mensalmente 4. Vou ao grupo de vez em quando, sem periodicidade definida

La question n'est pertinente que si h_grupo = "Sim"

96. Mal funcionamento dos rins

1. Sim 2. Não

Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes da pressão alta?

97. Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande)

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Não"

98. Infarto agudo do miocárdio

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Não"

99. Derrame cerebral

1. Sim 2. Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Não"

Questionário para as pessoas com diabetes mellitus somente

100. Há quanto tempo você sabe ter diabetes?

Registre em anos

101. De quanto em quanto tempo, em média, você vem consultando com o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> devido à diabetes?

1. De mês em mês 2. De dois em dois meses
 3. De três em três meses 4. De quatro em quatro meses
 5. De seis em seis meses 6. Outra periodicidade

Leia as alternativas

102. Qual?

La question n'est pertinente que si d_perio_con = "Outra periodicidade"

103. Nos últimos 12 meses o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> orientou você sobre cuidados com os pés: olhá-los regularmente, evitar cortar calos e usar sapatos que não machuquem?

1. Sim 2. Não
 3. Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

104. Nos últimos 12 meses foi realizado pelo <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> exame nos seus pés para ver se tinha feridas ou, com uma agulha, para testar se você sentia?

1. Sim 2. Não
 3. Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

105. Nos últimos 12 meses você foi encaminhado pelo <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> a consultar com oftalmologista?

1. Sim 2. Não
 3. Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

106. Você participa de grupo de diabéticos no Posto de Saúde?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

107. De quanto em quanto tempo você participa?

- 1.Semanalmente 2.Quinzenalmente
 3.Mensalmente 4.Vou ao grupo de vez em quando, sem periodicidade definida

La question n'est pertinente que si d_grupo = "Sim"

108. Mal funcionamento dos rins

- 1.Sim 2.Não

Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes da diabetes?

109. Diminuição e/ou perda de visão

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

110. Amputação de membro ou de parte de um membro

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

111. Infarto agudo do miocárdio

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

112. Derrame cerebral

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Não" et dm = "Sim"

Questionário para as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus

113. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta?

Registre em anos

114. Há quanto tempo você sabe ter diabetes?

Registre em anos

115. De quanto em quanto tempo, em média, você vem consultando com o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> devido à pressão alta e à diabetes?

- 1.De mês em mês 2.De dois em dois meses
 3.De três em três meses 4.De quatro em quatro meses
 5.De seis em seis meses 6.Outra periodicidade

Leia as alternativas

116. Qual?

La question n'est pertinente que si hd_perio_con = "Outra periodicidade"

117. Nos últimos 12 meses o <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> orientou você sobre cuidados com os pés: olhá-los regularmente, evitar cortar calos e usar sapatos que não machuquem?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

118. Nos últimos 12 meses foi realizado pelo <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> exame nos seus pés para ver se tinha feridas ou, com uma agulha, para testar se você sentia?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

119. Nos últimos 12 meses você foi encaminhado pelo <nome do médico com quem o entrevistado realizou a consulta> a consultar com oftalmologista?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

120. Você participa de grupos de hipertensos e diabéticos no Posto de Saúde?

- 1.Sim 2.Não
 3.Não sei

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

121. De quanto em quanto tempo você participa?

- 1.Semanalmente 2.Quinzenalmente
 3.Mensalmente 4.Vou ao grupo de vez em quando, sem periodicidade definida

La question n'est pertinente que si hd_grupo = "Sim"

122. Mal funcionamento dos rins

- 1.Sim 2.Não

Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes da diabetes?

123. Diminuição e/ou perda de visão

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

124. Amputação de membro ou de parte de um membro

1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

126. Infarto agudo do miocárdio

1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

125. Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande)

1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

127. Derrame cerebral

1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si has = "Sim" et dm = "Sim"

Registros finais

128. Medida de PA (2), sistólica

Em mmHg

129. Medida de PA (2), diastólica

Em mmHg

130. Endereço para coleta de hemoglobina glicosilada

La question n'est pertinente que si dm = "Sim"

131. Hemoglobina glicada: data da coleta

La question n'est pertinente que si dm = "Sim"

132. Hemoglobina glicada: resultado

Em %

133. Hora de término da entrevista

Muito obrigado por haver disponibilizado seu tempo para responder este questionário.

(Não esqueça de combinar a coleta de sangue para os pacientes identificados com diabetes!)

134. Comentários

Anexo c. Instrumento aplicado aos profissionais médicos.

Informações administrativas

1. Identificação

La réponse est obligatoire.

2. Nome da unidade amostrada_SSC

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 01.Jardim Itu | <input type="radio"/> 02.Coimma |
| <input type="radio"/> 03.Barão de Bagé | <input type="radio"/> 04.Sesc |
| <input type="radio"/> 05.Floresta | <input type="radio"/> 06.Conceição |
| <input type="radio"/> 07.Divina Providência | <input type="radio"/> 08.Leopoldina |
| <input type="radio"/> 09.Costa e Silva | <input type="radio"/> 10.Parque dos Maias |
| <input type="radio"/> 11.NSA | <input type="radio"/> 12.Santíssima Trindade |

3. Data da entrevista

4. Hora de início da entrevista

5. Nome do médico

La réponse est obligatoire.

Identificação e questões sociodemográficas

6. Data de nascimento

La réponse est obligatoire.

8. Qual a data da sua formatura

Se o entrevistado não souber informar o dia, coloque 15

7. Sexo

- 1.M 2.F

La réponse est obligatoire.

Questões sobre a formação acadêmica

9. Você possui alguma especialidade (residência, prova de título ou especialização)?

- 1.Sim 2.Não

La réponse est obligatoire.

10. Qual especialidade?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.Medicina de Família e Comunidade (residência ou prova de título) | <input type="checkbox"/> 2.Clínica Médica ou Medicina Interna (residência ou prova de título) |
| <input type="checkbox"/> 3.Pediatria (residência ou prova de título) | <input type="checkbox"/> 4.Ginecologia e Obstetrícia (residência ou prova de título) |
| <input type="checkbox"/> 5.Medicina Preventiva e Social (residência) | <input type="checkbox"/> 6.Saúde da Família e Comunidade (especialização) |
| <input type="checkbox"/> 7.Saúde Pública (especialização) | <input type="checkbox"/> 8.Outras |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si espec = "Medicina de Família e Comunidade (residência ou prova de título)"

11. Quais?

La question n'est pertinente que si espec_outra = <Pas de réponse>

12. Desde quando você trabalha neste serviço de saúde (data em que foi contratado)?

Se o entrevistado não souber informar o dia, coloque 15

Questões sobre o trabalho e educação continuada

13. Desde quando você trabalha nesta unidade de saúde (data de início)?

Se o entrevistado não souber informar o dia, coloque 15

14. Este serviço de saúde oferece educação continuada em abordagem centrada na pessoa ou método clínico centrado na pessoa?

- 1.Sim 2.Não

La réponse est obligatoire.

15. Você já participou de alguma?

- 1.Sim 2.Não

La question n'est pertinente que si educ_cont_part = "Sim"

16. Você já participou de educação continuada ou treinamento em abordagem centrada na pessoa ou método clínico centrado na pessoa fora deste serviço de saúde em que você trabalha?

- 1.Sim 2.Não

La réponse est obligatoire.

17. Em que local?

- 1.Na Residência médica 2.Em curso de especialização
 3.Em congresso 4.Em outro

Leia as alternativas

18. Registre em que residência e/ou em que curso de especialização e/ou em que congresso e/ou em que outro local o entrevistado fez a educação continuada

La question n'est pertinente que si educ_cont_fora_local = "Na Residência médica"

19. Hora de término da entrevista

Muito obrigado por haver disponibilizado seu tempo para responder este questionário

20. Comentários

Anexo d. Instrumento aplicado na revisão dos prontuários.

Informações administrativas	
1. Id (número de identificação do questionário) <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	3. Nome do médico (com quem o paciente tem a consulta marcada) <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>
2. Nome da unidade amostrada_SSC <input type="radio"/> 01.1 <input type="radio"/> 02.2 <input type="radio"/> 03.3 <input type="radio"/> 04.4 <input type="radio"/> 05.5 <input type="radio"/> 06.6 <input type="radio"/> 07.7 <input type="radio"/> 08.8 <input type="radio"/> 09.9 <input type="radio"/> 10.10 <input type="radio"/> 11.11 <input type="radio"/> 12.12	4. Data da revisão do prontuário <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>
	5. Hora de início da revisão <input type="text"/>
Identificação	
6. Nome do paciente <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	9. Endereço <input type="text"/>
7. Data de nascimento <input type="text"/>	10. Telefone residencial <input type="text"/>
8. Prontuário <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	11. Telefone celular <input type="text"/>
Número de consultas nos últimos 18 meses	
12. Quantas consultas o paciente realizou com o(a) médico(a) (com quem o paciente tem a consulta marcada) nos últimos 18 meses? <input type="text"/> <i>La réponse est obligatoire.</i>	

Lista de problemas

13. Liste os problemas de saúde do paciente

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01.HAS | <input type="checkbox"/> 02.DM |
| <input type="checkbox"/> 03.Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> 04.Cardiopatia isquêmica |
| <input type="checkbox"/> 05.Cardiopatia isquêmica (infarto agudo do miocárdio) | <input type="checkbox"/> 06.Acidente vascular cerebral |
| <input type="checkbox"/> 07.Retinopatia diabética | <input type="checkbox"/> 08.Nefropatia diabética |
| <input type="checkbox"/> 09.Neuropatia diabética | <input type="checkbox"/> 10.Insuficiência arterial periférica (claudicação intermitente) |
| <input type="checkbox"/> 11.Dislipidemia | <input type="checkbox"/> 12.Obesidade |
| <input type="checkbox"/> 13.Sedentarismo | <input type="checkbox"/> 14.Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> 15.Alcoolismo | <input type="checkbox"/> 16.Depressão |
| <input type="checkbox"/> 17.Ansiedade | <input type="checkbox"/> 18.Outros |

*Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La réponse est obligatoire.*

14. Quais?

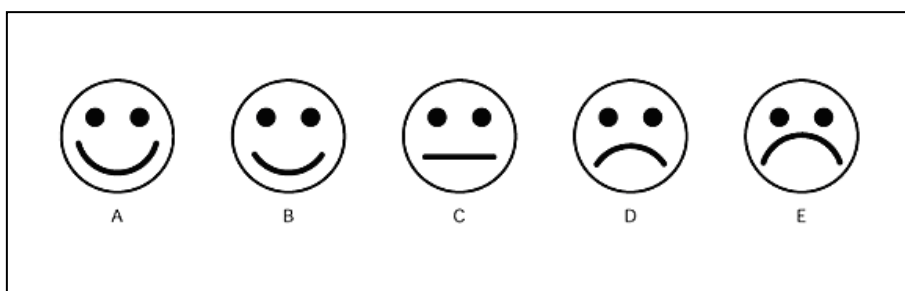
La question n'est pertinente que si lista_probl = "Outros"

Registros finais

15. Hora de término da revisão

16. Comentários

Anexo e. Instrumento de medida da satisfação.



Anexo f. Preparação para o trabalho de campo.

A preparação para o trabalho de campo foi realizada em seis encontros semanais, como a seguir:

1° encontro) Apresentação dos participantes e das expectativas, esclarecimentos e dúvidas iniciais;

2° encontro) Apresentação do tema “Método Clínico Centrado na Pessoa”. Leitura obrigatória para este encontro: Brown J, Stewart M, Weston W, Freeman T. Introdução. In: Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010;

3° encontro) Apresentação do tema “Delineamentos de Pesquisa Clínica-Epidemiológica”. Leitura obrigatória para este encontro: Schmidt M, Duncan B. Delineamentos de pesquisa clínica-epidemiológica;

4° encontro) Apresentação do projeto de pesquisa e entrega dos questionários (em papel) para serem aplicados (de 2 a 4 entrevistas por participante). Leitura obrigatória para este encontro: projeto de pesquisa;

5° encontro) Revisão da aplicação do questionário e esclarecimento de dúvidas. Treinamento de medida da circunferência braquial e da pressão arterial por meio de monitores automáticos, com visor digital, da marca Omron®, modelo HEM-7200;

6° encontro) Apresentação do *software Le Sphinx Plus* e do questionário no netbook. Entrega dos netbooks para cada um dos participantes e orientação acerca da aplicação (de 2 a 4 entrevistas por participante). Entrega dos crachás de identificação. Estudo piloto.

Anexo g. Tabela com o total de faltas, recusas, perdas e exclusões por unidade de saúde.

Nº	Posto	Falta a consulta	Recusa	Perdas*	Exclusão			
					Sem vínculo	Não é HAS/DM	Sem condições físicas/mentais	DM tipo I
1	Jardim Itu	10	4	3	9	2	2	0
2	Coinma	4	4	5	27	1	0	1
3	Barão de Bagé	7	0	0	15	6	2	1
4	Sesc	25	3	3	14	3	0	2
5	Conceição	13	6	2	47	10	0	0
6	Vila Floresta	0	4	0	38	1	0	0
7	Parque dos Maias	10	4	4	51	1	0	0
8	Divina Providência	19	7	4	24	3	0	1
9	Jardim Leopoldina	4	0	2	32	2	0	1
10	Costa e Silva	0	0	0	24	2	0	0
11	N. Sra. Aparecida	0	0	0	10	4	0	0
12	Santíssima Trindade	7	0	0	13	3	1	0
	Totais (%)	99 (24,3)	32 (7,8)	23 (5,6)	304 (74,5)	38 (9,3)	5 (1,2)	6 (1,5)

HAS = hipertensão arterial sistêmica. DM = diabetes mellitus.

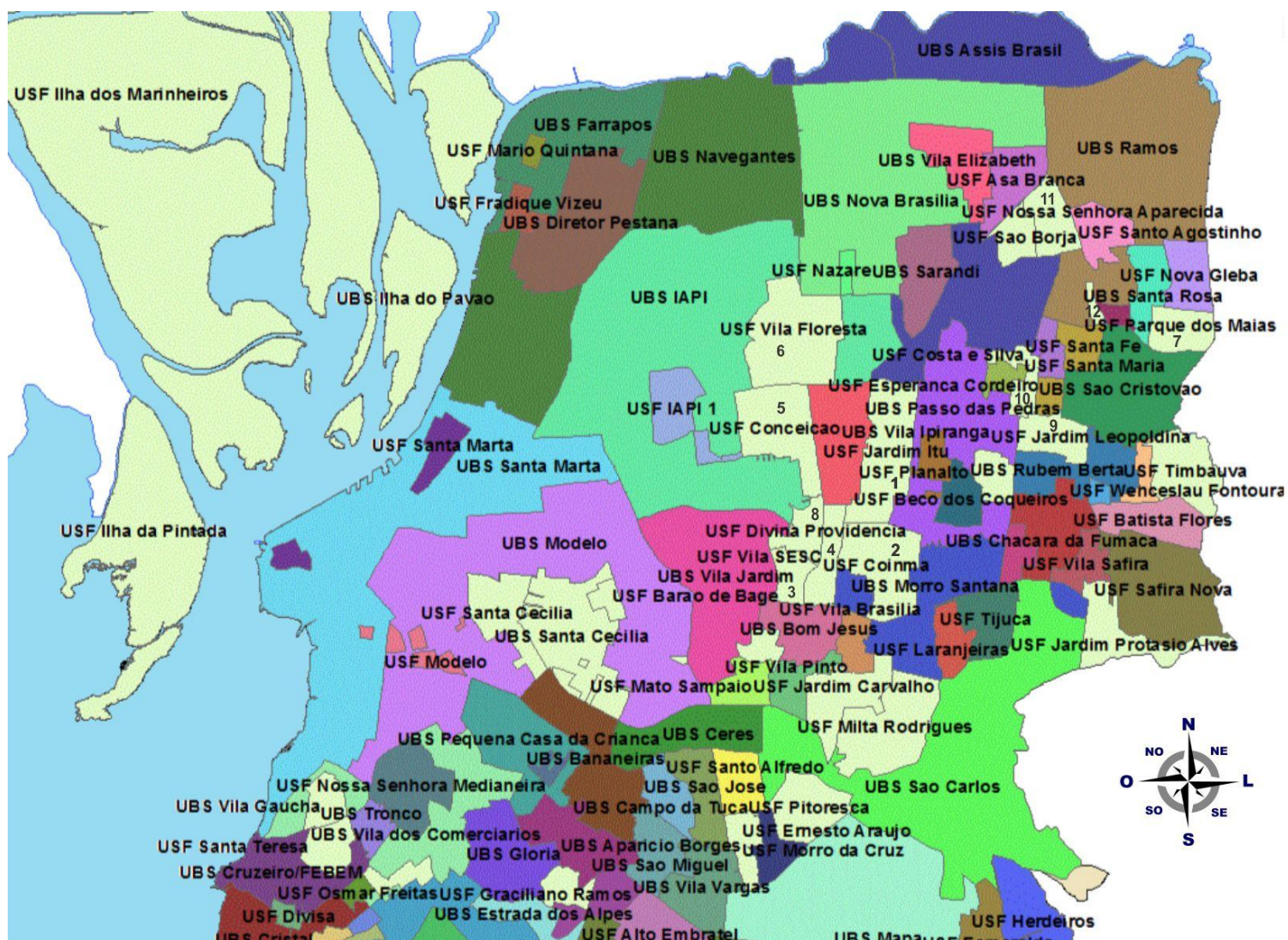
* Considerou-se “perda” a entrevista não realizada com paciente que preenchia os critérios de participação na pesquisa e que compareceu à consulta médica.

Anexo h. Tabela descritiva das faltas e recusas.

Variáveis	n (%)	média (DP)
Idade		63,6 (12,2)
18-40 anos	4 (3,1)	
41-60 anos	45 (34,4)	
> 60 anos	82 (62,6)	
Sexo feminino	104 (79,4)	
Cor branca	98 (74,8)	
Presença de hipertensão e/ou diabetes		
Hipertensos somente	86 (65,6)	
Diabéticos somente	2 (1,5)	
Hipertensos e diabéticos	43 (32,8)	
Presença de LOA		
Insuficiência cardíaca	7 (5,3)	
Cardiopatia isquêmica (sem IAM prévio)	5 (3,8)	
Cardiopatia isquêmica (com IAM prévio)	6 (4,6)	
Acidente vascular cerebral	3 (2,3)	
Neuropatia diabética	2 (1,5)	
Perda de função renal	3 (2,3)	
Amputação de membro ou parte de membro	1 (0,8)	
Número de LOA por pessoa		
Nenhum	111 (84,7)	
Um	15 (11,5)	
Dois ou mais	5 (3,8)	
Presença de outros problemas de saúde/doenças		
Tabagismo	21 (16,0)	
Alcoolismo	3 (2,3)	
Obesidade	25 (19,1)	
Arritmia cardíaca	1 (0,8)	
Asma	9 (6,9)	
DBPOC	5 (3,8)	
Em acompanhamento por câncer	3 (2,3)	
Depressão	26 (19,8)	
Ansiedade	5 (3,8)	
Esquizofrenia	2 (1,5)	
Transtorno afetivo bipolar	1 (0,8)	
Problemas de tireoide	13 (9,9)	
Problemas osteomusculares	8 (6,1)	
Artrite reumatóide	3 (2,3)	
Problemas gastrointestinais	3 (2,3)	
Problemas de próstata	3 (2,3)	
Número de LOA e de outros problemas de saúde/ doenças por pessoa		
Nenhum	33 (25,2)	
Um	45 (34,4)	
Dois	28 (21,4)	
Três	14 (10,7)	
Quatro ou mais	11 (8,4)	

DP = desvio padrão. LOA = lesão em órgão alvo. IAM = infarto agudo do miocárdio. DBPOC = doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica.

Anexo i. Localização das áreas de abrangência das doze unidades de atenção primária à saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



Legenda:

- 1 Jardim Itu
- 2 Coinma
- 3 Barão de Bagé
- 4 Sesc
- 5 Conceição
- 6 Vila Floresta
- 7 Parque dos Maias
- 8 Divina Providência
- 9 Jardim Leopoldina
- 10 Costa e Silva
- 11 N. Sra. Aparecida
- 12 Santíssima Trindade