



Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa

Beatriz Margarida Coelho,¹ Luiz Miguel Santiago^{2,3}

RESUMO

Objetivos: Adaptar e validar culturalmente para a língua portuguesa (de Portugal) o Questionário Percepção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP), de Moira Stewart, com uma consistência interna descrita de 0,8 (alfa de Cronbach).

Métodos: Foram realizadas a tradução do PCCP para a língua portuguesa, a análise por especialistas médicos, a retro-tradução e a medição do grau de legibilidade. Um estudo observacional multicêntrico foi realizado em quasi-aleatorização numa amostra de conveniência de pessoas que compareceram a consultas de medicina geral e familiar, a quem foi aplicado o Questionário PCCP, bem como a avaliação epidemiológica (género, idade e formação académica). A consistência interna, pelo alfa de Cronbach, e a análise estatística descritiva e inferencial foram feitas para o nível de significância $p < 0,01$.

Resultados: O Questionário PCCP demonstrou uma consistência interna aceitável, sendo o alfa de Cronbach global de 0,72, variando entre 0,69 e 0,72. As correlações item-total variaram entre 0,32 e 0,65. O teste F foi de 32343,09, $p < 0,001$ e a fiabilidade de $\rho = 0,96$; $p < 0,001$. O Índice de Flesch revelou que o questionário é de fácil legibilidade. Em $n = 570$, 36,8% eram mulheres, 17,0% menores de 35 anos e 48,9% apresentavam o sexto ano de formação académica. A média \pm dp do total da pontuação foi de $32,7 \pm 3,7$ e a mediana 33, num mínimo de 13 e máximo de 36 pontos. Não foram encontradas diferenças na análise por género ($p = 0,73$), idade ($p = 0,57$) e formação académica ($p = 0,44$) para a pontuação total média do PCCP.

Conclusão: O Questionário PCCP foi adaptado transculturalmente e revelou ser de fácil compreensão. Apresentou um valor adequado de alfa de Cronbach ($\alpha = 0,72$), apesar de ligeiramente inferior ao da versão inglesa ($\alpha = 0,80$). É agora possível estudar a percepção pela pessoa da prática de uma medicina centrada na pessoa.

Palavras-chave: Medicina centrada na pessoa; Adaptação transcultural; Validação; Questionário; Consulta médica.

INTRODUÇÃO

Há cada vez mais evidência da relevância da pessoa como membro ativo e central nos cuidados de saúde. O paciente sempre foi o objeto da medicina. No entanto, durante muitos anos, o modelo foi centrado no médico: o ênfase permanecia na avaliação e tratamento somente da doença e a relação médico-doente baseava-se numa visão paternalista e autoritária.¹

A medicina centrada na pessoa surgiu da necessidade de uma medicina personalizada, que fosse ao encontro das preocupações, expectativas e vivências² de quem procura os cuidados de saúde e que privilegiasse a autonomia da pessoa. Esta ideia de «subjeficação» do paciente levou a uma transformação do encontro clínico.³

De salientar que, embora na maioria da literatura internacional se utilize a designação *Patient-centered medicine*, nas traduções para português é mais consensual o termo *Medicina Centrada na Pessoa* pois, embora seja o paciente quem procura os cuidados, é a pessoa, em todo o seu contexto e dimensões para além da doença, que devemos abordar.

1. Médica Interna de Formação Geral. Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Aveiro, Portugal.

2. Professor Associado com Agregação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

3. Consultor. Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar. USF Topázio, ACeS Baixo Mondego. Coimbra, Portugal.



Este conceito de medicina centrada na pessoa, introduzido por Balint em 1970,⁴ surgiu em contraposição ao modelo biomédico que, apesar do contributo para o progresso da ciência médica, tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente.⁵ A medicina centrada na pessoa defende a partilha do poder entre o médico e a pessoa, de forma a alcançar uma aliança terapêutica em que esta assume um papel ativo nas decisões clínicas e nas inerentes responsabilidades.⁴

Em 1995, Stewart e colaboradores propuseram a medicina centrada na pessoa como uma transformação do método clínico, composto por quatro componentes interativos: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; compreender a pessoa como um todo; procurar entendimento e melhorar a relação médico-doente.⁶

As vantagens da medicina centrada na pessoa são muitas, incluindo maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica, redução da ansiedade e melhoria da saúde mental, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado com menor necessidade de exames complementares, resultando em menores custos para o sistema de saúde e para o paciente.^{2,5}

Vários estudos têm sido realizados com o propósito de determinar se a prática clínica atual está a ser orientada segundo este método.⁴ De facto, numa revisão sistemática de 2013 foi estabelecida uma relação positiva entre a prática de um cuidado centrado na pessoa e a satisfação e bem-estar do paciente.⁷ Vários instrumentos têm sido desenvolvidos para medir a medicina centrada na pessoa, seja a partir da observação direta do encontro clínico ou da autoavaliação da experiência do paciente ou do médico na consulta.⁸ Os dois principais descritos são:

- O Questionário *Patient Perception of Patient-Centeredness* (PPPC), desenvolvido por Moira Stewart e apresentado no livro *MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: TRANSFORMANDO O MÉTODO CLÍNICO*. O PPPC apresenta a versão para o médico e para o paciente.⁶ Avalia três das quatro dimensões da medicina centrada na pessoa, descritas anteriormente.⁸
- A *Medida de Comunicação Centrada na Pessoa*, baseada em entrevistas áudio-gravadas.⁴ Esta avalia todas as dimensões da medicina centrada na pessoa,

acrescentando ao PPPC a análise da relação médico-doente.⁸

Ambos os instrumentos mostraram que níveis mais elevados de cuidados centrados no paciente estão associados a melhores resultados de saúde a curto prazo.⁸

Em Portugal, o estudo da aplicação da medicina centrada na pessoa tem sido mais recente. Em 2015 foi criado o Questionário da Medicina Centrada no Doente em Portugal (MCP-PT), destinado ao paciente e que abrange os seis componentes de medicina centrada na pessoa, descritos inicialmente por Moira Stewart, previamente à revisão para os quatro componentes.^{6,9} No entanto, embora verificada uma correlação positiva entre a medicina centrada na pessoa e a capacitação, era necessária uma maior amostra para ser representativa da população portuguesa.⁹

Numa outra perspetiva, em 2019 foi criado e validado um instrumento capaz de medir a autoperceção do desempenho da medicina centrada na pessoa destinado aos médicos especialistas em medicina geral e familiar (MGF).⁴

Com este trabalho pretende-se dar continuidade aos estudos realizados em Portugal que percecionam e impulsionam a prática de uma medicina centrada na pessoa. Os principais objetivos são adaptar e validar culturalmente o questionário PPPC de nove itens dirigido ao paciente para o português falado em Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

Em duas fases distintas procedeu-se à adaptação transcultural do Questionário Perceção do Cuidado Centrado na Pessoa (PCCP) para o português falado em Portugal e, seguidamente, à sua validação populacional.

Adaptação transcultural¹⁰⁻¹²

A primeira etapa do processo de adaptação transcultural consistiu na tradução do Questionário PCCP original, desenvolvido por Moira Stewart,⁶ para o português falado em Portugal por dois peritos nativos de língua portuguesa com fluência em inglês. Posteriormente, este questionário foi analisado por quatro especialistas médicos, que compararam as duas versões, procurando ambiguidades e discrepâncias de palavras, frases e significados.¹³



A terceira etapa consistiu na retro tradução: tradução do questionário novamente para a língua original (inglês), com o objetivo de verificar se a versão traduzida refletia o mesmo conteúdo da versão original. Esta etapa foi realizada por dois outros peritos nativos de língua inglesa e fluentes em língua portuguesa.

Foi avaliado o nível de legibilidade do questionário, através do Índice de Flesch. Por fim, foi realizado o trabalho de verificação de compreensibilidade e tempo de resposta.

Validação

Após o processo de adaptação do Questionário PCCP para o português falado em Portugal realizou-se um estudo observacional transversal multicêntrico, com recolha de dados em dez Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde em MGF da Região Centro.

O questionário foi aplicado no período compreendido entre julho de 2018 e janeiro de 2020.

Em amostra quasi-aleatória, definida pela escolha dos dias de aplicação pelos intervenientes entrevistadores, os participantes foram selecionados considerando os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, após consulta presencial com o seu médico de família, aceitação em responder ao questionário expressa pela assinatura do consentimento informado e capacidade de compreensão e resposta ao questionário.

Não foram incluídos os utentes com consulta de risco particular (e.g., diabetes, hipertensão arterial, saúde materna e planeamento familiar), nas quais o motivo de consulta já é conhecido previamente à mesma.

O questionário foi aplicado com garantia de confidencialidade e anonimato dos participantes. Os médicos de família, em consulta, não tinham conhecimento dos dias de recolha.

Foi aplicado o Questionário PCCP composto por nove itens, com quatro hipóteses de resposta. As opções foram cotadas de 1 a 4 pontos para efeitos de quantificação dos dados, sendo a pontuação máxima do questionário de 36 pontos.

Paralelamente, foi também colhida informação epidemiológica relevante, que incluiu: género (feminino/masculino), grupo etário (até 35 anos/entre 36 e 64 anos/igual ou superior a 65 anos) e formação académica (até à 4.ª classe antiga ou 6.º ano/até ao 7.º ano

antigo ou 12.º ano/superior ao 7.º ano antigo ou 12.º ano). Foram utilizadas estas duas definições relativas à formação académica para evitar erros de interpretação, uma vez que a designação dos anos letivos em Portugal sofreu uma reforma na década de 1980. De modo a simplificar a interpretação dos resultados foi utilizada, neste estudo, apenas a designação atual.

O tratamento e análise dos dados foi feito com recurso ao *software* estatístico SPSS, v. 25.

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. A consistência interna foi determinada recorrendo ao indicador estatístico alfa de Cronbach, sendo aceites valores entre 0,7 e 0,9.¹⁴

As diferenças entre as variáveis do grupo (idade, género e formação académica) para cada item do questionário foram analisadas recorrendo a testes não paramétricos: U de *Mann-Whitney Kruskal-Wallis*, dado tratar-se de variáveis ordinais ou nominais e também de variáveis numéricas sem distribuição normal.

Foi assumido um erro de tipo I associado a uma probabilidade de 0,01.

Para a realização deste estudo foi obtido o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, das unidades onde o questionário foi aplicado e aprovação da autora do PCCP, Moira Stewart.

RESULTADOS

Adaptação transcultural

A versão em português culturalmente adaptada do PCCP encontra-se no Anexo 1. O questionário apresentou um Índice de Flesch que o classifica como de fácil legibilidade. A confiabilidade pelo método revelou uma confiabilidade total de $\alpha=0,851$, variando entre 0,81 (item 1) a 0,87 (item 9), com teste F entre itens de 11,37 ($p<0,001$). Na segunda etapa de aplicação, média de 15 minutos entre aplicações, foi obtido um $\alpha=0,87$, variando entre 0,81 (item 1) a 0,88 (item 7), com teste F entre itens de 12,76 ($p<0,001$). Entre ambos os tempos de aplicação não foi encontrada diferença, com Wilcoxon Significância Assintótica Bilateral variando entre 0,16 (itens 2 e 9) e 1,00 para os restantes. Quanto ao somatório global em ambos os tempos verificou-se serem variáveis numéricas de normal distribuição, tendo o teste ANOVA verificado $F=153,25$, $p<0,001$.

TABELA 1. Caracterização da amostra

Variável		Género Feminino N (%)	Género Masculino N (%)	Total N (%)	U de Mann Whitney	p
Grupo etário	Até 35 anos	31 (14,8)	66 (18,3)	97 (17,0)	35110,50	0,12
	36-64 anos	95 (45,2)	171 (47,5)	266 (46,7)		
	Igual ou superior a 65 anos	84 (40,0)	123 (34,2)	207 (36,3)		
Formação académica	Até ao 6.º ano	111 (52,9)	168 (46,7)	279 (48,9)	34494,00	0,06
	Até ao 12.º ano	74 (35,2)	124 (34,4)	198 (34,7)		
	Superior ao 12.º ano	25 (11,9)	68 (18,9)	93 (16,3)		

TABELA 2. Análise descritiva da pontuação final para as variáveis (género, grupo etário e formação académica)

	Género		Grupo etário			Formação académica		
	Feminino	Masculino	≤ 35 anos	36-64 anos	≥ 65 anos	Até 6.º ano	Até 12.º ano	> 12.º ano
Média	32,73	32,62	32,92	32,52	32,72	32,80	32,36	32,87
Mediana	33	33	33	33	33	33	33	33
Moda	36	33	36	33	36	36	36	33
Desvio-padrão	3,99	3,55	2,93	3,76	3,98	3,46	4,09	3,60
Mínimo	13	14	22	14	13	14	13	15
Máximo	36	36	36	36	36	36	36	36

Validação

O Questionário PCCP foi aplicado a uma amostra de conveniência de 570 pessoas que compareceram a consultas de MGF, das quais 360 (63,1%) eram do género masculino, 97 (17,0%) com menos de 35 anos e 207 (36,3%) com mais de 65 anos. No que concerne à formação académica, 279 (48,9%) dos inquiridos apresentavam nível de escolaridade até ao 6.º ano de formação académica e 93 (16,3%) superior ao 12.º ano. Foi comprovado que o grupo etário e o grau de formação académica não são estatisticamente diferentes consoante o género (Tabela 1).

A média da pontuação final do questionário foi de $32,7 \pm 3,7$ pontos e a mediana de 33 pontos, sendo o mínimo obtido 13 e o máximo 36 pontos. Na Tabela 2 encontra-se a análise descritiva da pontuação final para cada uma das variáveis.

Não se verificou diferença significativa na pontuação final média por géneros (masculino $32,6 \pm 3,5$ vs femini-

no $32,7 \pm 4,0$, $p=0,73$). Do mesmo modo, não foram encontradas diferenças em função do grupo etário e formação académica na pontuação média, com $p=0,57$ e $p=0,44$, respetivamente.

O questionário revelou ter uma boa consistência interna, apresentando um coeficiente alfa Cronbach global de $\alpha=0,72$. Todas as correlações item-total corrigidas apresentaram valores superiores a 0,3. Analisando o alfa de Cronbach quando cada item foi removido, este apresentou uma variação entre 0,69 e 0,72, concluindo que nenhum item levou ao aumento do valor do alfa global. Deste modo, nenhum item foi excluído (Tabela 3). A estatística F foi de 32343,09, com $p<0,001$.

Verificou-se que a distribuição dos dados numéricos de somatório do questionário seguia uma distribuição normal, através do teste Kolmogorov-Smirnov, com $p<0,001$. No entanto, e dado as várias questões terem resposta em escala ordinal, optou-se pela utilização de


TABELA 3. Consistência interna dos 9 itens do Questionário PCCP

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Alfa de Cronbach Global
Item 1	0,32	0,72	0,72
Item 2	0,56	0,71	
Item 3	0,58	0,72	
Item 4	0,63	0,69	
Item 5	0,56	0,69	
Item 6	0,58	0,69	
Item 7	0,65	0,68	
Item 8	0,51	0,71	
Item 9	0,38	0,70	

Legenda:

Item 1. Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?

Item 2. Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?

Item 3. Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?

Item 4. Até que ponto o médico explicou o seu problema?

Item 5. Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?

Item 6. Até que ponto o médico explicou o tratamento?

Item 7. Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?

Item 8. Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?

Item 9. Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?

TABELA 4. Teste U de Mann-Whitney: análise da variável género por item

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significância Assint. (Bilateral)
Item 1	37457,00	59612,00	-0,34	0,73
Item 2	37616,50	59771,50	-0,20	0,84
Item 3	37484,50	59639,50	-0,45	0,65
Item 4	36081,00	58236,00	-1,38	0,17
Item 5	37111,50	59266,50	-0,53	0,59
Item 6	36788,00	58943,00	-0,90	0,37
Item 7	35875,50	58030,50	-1,36	0,17
Item 8	37491,00	59646,00	-0,32	0,75
Item 9	32227,00	97207,00	-3,16	0,002

estatística não paramétrica para análise em função das variáveis: género, grupo etário e formação académica.

Em relação à variável género não se comprovaram diferenças significativas na maioria dos itens, com exceção

do item 9 «Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?», no qual se verificou que a resposta é significativamente diferente entre géneros feminino e masculino (Tabela 4).



TABELA 5. Diferenças por género para a questão 9

		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Item 9*	<i>Nada</i> N (%)	63 (30,0)	149 (41,4)	212 (37,2)
	<i>Um pouco</i> N (%)	11 (5,2)	33 (9,2)	44 (7,7)
	<i>Parcialmente</i> N (%)	29 (13,8)	38 (10,6)	67 (11,8)
	<i>Completamente</i> N (%)	107 (51,0)	140 (38,9)	247 (3,3)

* "Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?"

TABELA 6. Teste de Kruskal Wallis: análise das variáveis grupo etário e formação académica por item

	Grupo etário			Formação académica		
	Qui-quadrado	gl	Significância Assint.	Qui-quadrado	gl	Significância Assint.
Item 1	3,20	2	0,20	0,65	2	0,72
Item 2	1,62	2	0,45	1,80	2	0,41
Item 3	0,91	2	0,63	2,35	2	0,31
Item 4	3,02	2	0,22	0,86	2	0,65
Item 5	8,14	2	0,02	0,73	2	0,69
Item 6	1,65	2	0,44	1,27	2	0,53
Item 7	5,16	2	0,08	3,55	2	0,17
Item 8	3,70	2	0,16	0,23	2	0,89
Item 9	1,16	2	0,56	1,16	2	0,56
Total	1,38	2	0,50	1,66	2	0,44

Legenda:

Item 1. Até que ponto o(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?

Item 2. Até que ponto ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?

Item 3. Até que ponto o médico ouviu o que tinha a dizer?

Item 4. Até que ponto o médico explicou o seu problema?

Item 5. Até que ponto falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?

Item 6. Até que ponto o médico explicou o tratamento?

Item 7. Até que ponto o médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?

Item 8. Até que ponto sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?

Item 9. Até que ponto o médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?

Apresenta-se, na Tabela 5, a distribuição das respostas ao item 9 para variável género, verificando-se que é mais satisfatória a resposta no género feminino.

Relativamente às variáveis «Grupo Etário» e «Formação Académica», não se evidenciam diferenças estatísticas

significativas em cada um dos itens (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Assiste-se a uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, em que o modelo centrado no médico



tem vindo a ser substituído pela prática de uma medicina centrada na pessoa.¹ A finalidade da medicina centrada na pessoa é a promoção da saúde em todas as suas vertentes no contexto da prática clínica quotidiana, privilegiando a comunicação e a autonomia do paciente.

Este estudo teve como principal objetivo adaptar e validar um instrumento de medida da perceção pela pessoa de uma medicina centrada na pessoa para a população portuguesa.

Este não é o primeiro instrumento estudado em Portugal para avaliar a prática de uma medicina centrada na pessoa, do ponto de vista da Pessoa: o Questionário da Medicina Centrada no Doente em Portugal (MCP-PT) abrange seis componentes de medicina centrada na pessoa, descritos inicialmente por Moira Stewart. Embora se tenha revelado um instrumento adequado, era necessária a sua avaliação numa amostra maior e mais representativa da população portuguesa.⁹

Para esta investigação foi utilizado o Questionário PCCP, criado por Moira Stewart mais recentemente e que avalia as quatro dimensões da medicina centrada na pessoa.⁶ Esta ferramenta apresenta um suporte teórico consolidado.

Não foram enfrentadas dificuldades significativas no processo de adaptação cultural. Foi obtida uma tradução o mais próxima possível ao original, não tendo sido necessárias alterações de semântica. O questionário também revelou ser de fácil compreensão.

A análise dos dados demográficos revelou uma amostra maioritariamente do género masculino, na qual apenas 17% tinham menos de 35 anos. Poder-se-á também verificar que grande parte dos inquiridos (48,9%) apresenta um nível de escolaridade mais baixo (até à 4.^a classe antiga ou 6.^o ano), o que vai ao encontro da realidade nacional: em 2019, 47,6% da população ativa portuguesa não tinha ido além do ensino básico.¹⁵

Tendo presente que a pontuação total do questionário podia oscilar entre 9 e 36 pontos, o facto de a média ser de $32,7 \pm 3,7$ pontos e a mediana de 33 pontos parecem indicativas da tendência para a medicina centrada na pessoa nas consultas em ambiente de cuidados de saúde primários.

O Questionário PCCP mostrou um valor adequado de alfa de Cronbach ($\alpha=0,724$), indicando a confiabilidade do instrumento através da consistência interna dos seus itens. No entanto, este resultado foi inferior ao

descrito originalmente pela autora ($\alpha=0,8$). Todas as correlações item-total corrigidas apresentaram valores superiores a 0,3 e a exclusão de qualquer item não levou a uma variação significativa do alfa de Cronbach. Deste modo, poder-se-á afirmar que todos os itens têm qualidade e contribuem positivamente para o questionário, pelo que nenhum foi excluído.

Também o elevado resultado do Teste *F* de 32343,09, $p<0,001$, corrobora a validade deste instrumento.

Não se registou uma diferença estatisticamente significativa entre a média da pontuação final e o género, mostrando assim que não é uma escala que seja influenciável por esta variável.

A idade ($p=0,57$) e grau de formação académica ($p=0,44$) também não demonstraram possuir uma correlação estatisticamente significativa com a pontuação total média do PCCP.

Analisando cada item do questionário individualmente, verificou-se que nenhum apresentou variação em relação ao género, grupo etário e formação académica com a exceção do item 9, cuja resposta se revelou significativamente diferente entre o género feminino e masculino. De facto, à questão «Até que ponto o médico discutiu questões pessoais ou familiares que podem afetar sua saúde?» verificou-se que o género feminino obteve pontuações mais elevadas do que o masculino. Existe uma vasta literatura que tenta analisar a influência do género do paciente na abordagem de diferentes assuntos em ambiente de consulta. Vários resultados discordantes têm sido demonstrados.¹⁶⁻¹⁸

Alguns trabalhos nesta área têm sido desenvolvidos ao longo dos anos. Em 2009, num estudo realizado com pacientes estandardizados, objetivou-se que os médicos parecem ter a expectativa social de que os pacientes do género feminino valorizam mais, ou sentem-se mais confortáveis, com a abordagem de assuntos de índole pessoal, como família e trabalho.¹⁶

Contrariamente, em estudos realizados em 2007 e 2012, com amostras aleatórias, não foi demonstrado que a interação médico-paciente do género feminino se foque mais em aspetos psicossociais.¹⁷⁻¹⁸

Estas discrepâncias devem-se, sobretudo, às diferentes metodologias aplicadas, como, por exemplo, o instrumento utilizado e o tipo de amostra.¹⁸ Também é importante considerar, como fonte de viés, as características comunicacionais individuais de cada clínico.



Assim sendo, há necessidade de uma investigação mais aprofundada desta questão.

Em suma, o presente questionário demonstrou ser uma ferramenta válida para a avaliação da prática de uma medicina centrada na pessoa. Poderá ser aplicado em ambiente de consulta, não se restringindo o seu uso aos cuidados de saúde primários.

Através da implementação desta escala poderá ser possível averiguar se a perceção pela pessoa de uma medicina centrada na pessoa se traduz em melhores indicadores de saúde e ganhos com consequências em saúde. Os profissionais poderão perceber se a sua prática de cuidados centrados na pessoa é captada pelo paciente e, assim, melhorar o seu desempenho. Também será possível comparar se a perceção da pessoa sobre a abordagem tomada na consulta é congruente com a autoperceção do clínico, utilizando em simultâneo as duas escalas dirigidas à pessoa e ao médico.⁴

Na medicina atual, sendo maioritário o trabalho preventivo e a gestão de doença crónica, as capacidades comunicacionais do clínico são cada vez mais importantes e determinantes no sucesso da gestão da saúde e doença. É, assim, importante o crescente investimento na aprendizagem destas competências nas várias escolas médicas. Todavia, se efetuada de forma mecanicista e ritualista, a medicina centrada na pessoa redundará numa prática esvaziada de significado e de utilidade clínica. É fundamental que a abordagem à pessoa se centre no princípio fundador da empatia e da preocupação genuína, bem como numa liderança adaptativa, que requer uma elevada abertura a novas situações, muitas vezes pautadas pela incerteza, e uma afinada capacidade de adaptação.¹⁹

Assim, a medicina centrada na pessoa vai além do cumprimento de um conjunto de diretrizes, implicando uma mudança ontológica do ser médico.

CONCLUSÃO

O Questionário PCCP foi adaptado transculturalmente e demonstrou ser um instrumento fiável e válido da medida da perceção pela pessoa de uma medicina centrada na pessoa para a população portuguesa, embora com consistência interna inferior à originalmente descrita.

A realização de estudos em Portugal dirigidos à medicina centrada na pessoa serão relevantes e devem

continuar a ser impulsionados para que a prática da medicina seja cada vez mais um encontro humano, com enfoque na singularidade da pessoa que está por detrás da doença.

AGRADECIMENTOS

A Helena Donato, diretora do Serviço de Documentação e Informação Científica, pelo seu importante contributo na pesquisa bibliográfica. A todas as Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários, que permitiram a aplicação deste questionário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:6.
2. Fuzikawa AK. O método clínico centrado na pessoa: um resumo [Internet]. Belo Horizonte: [s.n.]; 2013. Available from: <https://www.nesc-con.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>
3. Armstrong D. The invention of patient-centred medicine. *Soc Theory Health*. 2011;9(4):410-8.
4. Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Auto perceção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar: criação de um instrumento de medição [Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice/family medicine: development of a measurement scale]. *Acta Med Port*. 2020;33(6):407-14. Portuguese
5. Ribeiro MM, Amaral CF. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico [Patient-centered care and medical teaching: the importance of caring and sharing]. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):90-7. Portuguese
6. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3a ed. São Paulo: Artmed; 2017. ISBN 9788582714249
7. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013;70(4):351-79.
8. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):155-64.
9. Santiago LM, Reis AF, Botas PC, Pereira CD. Medicina centrada no paciente e capacitação do consultante medicina geral e familiar [Patient-centered medicine and enablement in the general practice/family medicine setting]. *Rev ADSO*. 2015;3(5):19-32. Portuguese
10. Rodrigues TF. *Medicina centrada na pessoa: validação concorrente com capacitação [dissertation]*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/89638>
11. Teixeira JP. *Medicina centrada na pessoa: validação concorrente com qualidade de vida [dissertation]*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/89577>
12. Rodrigues TJ. *Medicina centrada na pessoa: validação concorrente com empatia [dissertation]*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universi-



- dade de Coimbra; 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/89895>
13. Sousa VD, Rojjanasirath W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74.
 14. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53-5.
 15. EUROSTAT. Population by educational attainment level, sex and age (%): main indicators [homepage]. Luxembourg: Data.Europe.eu; 2021 [updated 2021 Oct 18; cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://data.europa.eu/euodp/pt/data/dataset/HA5UsYsTAfaaAzvTpow>
 16. Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health.* 2009;18(4):539-45.
 17. Bertakis KD, Azari R. Patient gender and physician practice style. *J Womens Health.* 2007;16(6):859-68.
 18. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care: the influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health.* 2012;21(3):326-33.
 19. Kuluski K, Reid RJ, Baker GR. Applying the principles of adaptive leadership to person-centred care for people with complex care needs: considerations for care providers, patients, caregivers and organizations. *Health Expect.* 2021;24(2):175-81.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, BC e LMS; metodologia, BC e LMS; validação, BC e LMS; análise formal, BC e LMS; investigação, BC e LMS; gestão de dados, BC e LMS; redação do draft original, BC e LMS; redação, revisão e validação do texto final, BC e LMS. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Beatriz Margarida Coelho
E-mail: bmmcoelho@sapo.pt
<https://orcid.org/0000-0001-7693-1715>

Recebido em 01-04-2021

Aceite para publicação em 22-11-2021

ABSTRACT

PERSON-CENTERED MEDICINE: VALIDATION OF A PERSON PERCEPTION INSTRUMENT

Aims: Culturally adapt and validate for the European spoken Portuguese the Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC) questionnaire, created by Moira Stewart with an internal consistency of 0.80 (Cronbach's alpha).

Methods: PPPC translation to Portuguese (PCCP), medical experts' analysis, back-translation, and degree of readability measurement were performed. A cross-sectional multicentric observational quasi-randomised study was performed in a convenience sample of patients attending their family medicine appointments, who accepted applying the PCCP and answering sample characterization parameters such as gender, age, and academic background. Internal consistency by Cronbach's alpha as well as the descriptive and inferential statistical analysis was performed to a threshold of significance of $p < 0.01$.

Results: PCCP has demonstrated an acceptable internal consistency with Cronbach's alpha=0.72, ranging from 0.691 to 0.72, being the item-total correlations between 0.32-0.65, F-test of $F=32343.09$, $p < 0.001$, and reliability of $\rho=0.96$; $p < 0.001$. The Flesch Reading Ease found an easy-to-read level of readability. For an $n=570$, 36.8% were women, 17.0% were under 35 years old and 48.9% had a six-year educational level, minimum 13 and maximum 36 points. No differences were found by gender ($p=0.73$), age ($p=0.57$), or educational level ($p=0.44$) for the mean score of the PCCP.

Conclusions: The PCCP questionnaire was able to be cross-culturally adapted and proved to be easy to read. It revealed an adequate internal consistency ($\alpha=0.72$), though smaller than the original one ($\alpha=0.80$). It is now possible to study the patient's perception of the practice of a PCM.

Keywords: Person-centered medicine; Cross-cultural adaptation; Validation; Questionnaire; Medical appointment.



ANEXO 1

Versão final do Questionário PCCP

Até que ponto:	Resposta			
1. O(s) motivo(s) para a consulta de hoje foram falados?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
2. Ficou satisfeito/a com a conversa sobre o(s) seu(s) problema(s)?	Muito satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>	Pouco satisfeito <input type="checkbox"/>	Não satisfeito <input type="checkbox"/>
3. O médico ouviu o que tinha a dizer?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
4. O médico explicou o seu problema?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
5. Falaram sobre o que cada um (médico e doente) deve fazer?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
6. O médico explicou o tratamento?	Muito bem <input type="checkbox"/>	Bem <input type="checkbox"/>	Algo bem <input type="checkbox"/>	Nada bem <input type="checkbox"/>
7. O médico falou consigo sobre a sua facilidade em realizar o tratamento?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
8. Sentiu que o seu médico o/a compreendeu hoje?	Muito bem <input type="checkbox"/>	Bem <input type="checkbox"/>	Algo bem <input type="checkbox"/>	Nada bem <input type="checkbox"/>
9. O médico falou consigo sobre questões pessoais ou familiares que possam afetar a sua saúde?	Completamente <input type="checkbox"/>	Quase completamente <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>