

Adaptação cultural e validação da versão brasileira do questionário autopercepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar

Cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the self-perception of performance of person-centered medicine questionnaire in general and family medicine

Adaptación cultural y validación de la versión brasileña del cuestionario de autopercepción del desempeño de la medicina centrada en la persona en medicina general y de familia

Isadora Machado Valle¹ , Isabelle Faoro Glaser¹ , Jéssica Heloíse Camargo de Lima¹ ,
Camila Ament Giuliani dos Santos Franco¹ , Renato Soleiman Franco¹ , André Bisetto¹ 

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

Resumo

Introdução: O método clínico centrado na pessoa (MCCP) tem como objetivo proporcionar um atendimento humanizado e centrado no paciente. A aplicação do MCCP melhora a relação médico-paciente e tem impacto no desfecho clínico. No entanto, há desafios e realizar uma consulta centrada no paciente pode ter barreiras relacionadas com fatores que vão desde a aplicação da técnica até limitações por conta do contexto clínico. Diante da relevância do MCCP na prática clínica e do crescente estímulo para o ensino desse método, torna-se indispensável medir a autoavaliação dos médicos com relação à prática de um atendimento centrado na pessoa. Com isso é possível desenvolver estratégias pedagógicas mais adaptadas às dificuldades apontadas, especialmente para residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC). **Objetivo:** Adaptar culturalmente e validar a versão brasileira do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”. **Métodos:** O questionário é composto de 22 questões autorreflexivas relacionadas ao uso do MCCP pelos profissionais. Inicialmente foi realizada a adaptação cultural do questionário para a língua portuguesa falada no Brasil e então foi realizada a aplicação em médicos residentes de MFC, recrutados pelo método de amostragem “bola de neve”, que aplica cadeias de referência para o recrutamento. A coleta de dados foi *on-line*, tendo sido analisados médias, desvio padrão, análise de conteúdo, análise fatorial exploratória e alfa de Cronbach. Consideramos significativos valores-p menores ou iguais que 0,05 e cargas fatoriais superiores a 0,3. **Resultados:** O questionário foi respondido por 76 médicos residentes de MFC, 50% do primeiro e 50% do segundo ano. A análise fatorial sugeriu que o questionário possui um componente, todas as questões foram mantidas por alcançarem cargas fatoriais maiores que 0,3. A confiabilidade por meio do valor alfa de Cronbach do questionário foi de 0,913. Os itens em que os médicos residentes demonstraram maior dificuldade foram aqueles relacionados à perspectiva dos pacientes e as suas expectativas. **Conclusões:** A versão adaptada do português para o Brasil teve boa validade, apresentou número de dimensão diferente da escala original, mas teve uma alta confiabilidade. Assim, podemos recomendar o uso da escala, que apresenta inicialmente valores psicométricos adequados para uma dimensão. Este é um estudo inicial, todos os itens apresentaram boa compreensão segundo os participantes, no entanto outros estudos são necessários para confirmar a dimensionalidade da escala para o Brasil.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente; Inquéritos e questionários; Autoeficácia.

Como citar: Valle IM, Glaser IF, Lima JHC, Franco CAGS, Franco RS, Bisetto A. Adaptação cultural e validação da versão brasileira do questionário autopercepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;45(18):3881. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3881](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3881)

Autor correspondente:

Isadora Machado Valle
E-mail: isadora.mvalle@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 57643822.5.0000.0020.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/07/2023.

Aprovado em: 07/09/2023.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla.



Abstract

Introduction: The person-centered clinical method (PCCM) aims to provide humanized, patient-centered care. The application of PCCM improves the doctor-patient relationship and has an impact on clinical outcome. However, there are challenges and there can be barriers to carrying out a patient-centered consultation, from the application of the technique to limitations due to the clinical context. Given the relevance of PCCM in clinical practice and the growing encouragement to teach this method, it is essential to measure doctors' self-assessment of the practice of person-centered care. This makes it possible to develop teaching strategies that are better adapted to the difficulties pointed out, especially for Family Practice (FP) residents. **Objective:** To culturally adapt and validate the Brazilian version of the questionnaire "Self-perception of the Performance of Person-Centered Medicine in General Practice". **Methods:** The questionnaire consists of 22 self-reflective questions related to the use of PCCM by professionals. Initially, the questionnaire was culturally adapted into Brazilian Portuguese and then applied to FP resident doctors, recruited using the "snowball" sampling method, which applies reference chains for recruitment. Data was collected online and analyzed using means, standard deviation, content analysis, exploratory factor analysis and Cronbach's alpha. Factor loadings greater than 0.3 and p-values lower than or equal to 0.05 were considered to be significant. **Results:** The questionnaire was answered by 76 FP resident doctors, 50% from the first and 50% from the second year. Factor analysis suggested that the questionnaire had one component, and all the questions were retained as they achieved factor loadings greater than 0.3. The reliability through Cronbach's alpha value of the questionnaire was 0.913. The items that resident doctors found most difficult were those related to asking about patients' perspectives and expectations. **Conclusions:** The version adapted from Portuguese for Brazil had good validity, presented a different number of dimensions to the original scale, but had high reliability. Thus, we can recommend the use of the scale which initially presents adequate psychometric values for one dimension. This is an initial study, all the items were well understood by the participants, however, further studies are needed to confirm the dimensionality of the scale for Brazil.

Keywords: Patient-centered care; Surveys and questionnaires; Self efficacy.

Resumen

Introducción: El método clínico centrado en la persona (MCCP) tiene como objetivo proporcionar una atención humanizada y centrada en el paciente. La aplicación del MCCP mejora la relación médico-paciente y repercute en los resultados clínicos. Sin embargo, existen retos y puede haber barreras para llevar a cabo una consulta centrada en el paciente, desde la aplicación de la técnica hasta las limitaciones debidas al contexto clínico. Dada la relevancia de la MCCP en la práctica clínica y el creciente estímulo para la enseñanza de este método, es esencial medir la autoevaluación de los médicos en relación con la práctica de la atención centrada en la persona. Esto permite desarrollar estrategias de enseñanza mejor adaptadas a las dificultades identificadas, especialmente para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). **Objetivo:** Adaptar culturalmente y validar la versión brasileña del cuestionario "Autopercepción del Desempeño de la Medicina Centrada en la Persona en la Medicina General". **Métodos:** El cuestionario consta de 22 preguntas autorreflexivas relacionadas con el uso de la MCCP por los profesionales. Inicialmente, el cuestionario fue adaptado culturalmente al portugués brasileño y luego aplicado a médicos residentes de MFC reclutados mediante el método de muestreo "bola de nieve", que aplica cadenas de referencia para el reclutamiento. Los datos se recogieron en línea y se analizaron mediante medias, desviación estándar, análisis de contenido, análisis factorial exploratorio y alfa de Cronbach. Se consideraron significativos los valores p inferiores o iguales a 0,05 y las cargas factoriales superiores a 0,3. **Resultados:** El cuestionario fue respondido por 76 médicos residentes de la MFC, 50% del primer y 50% del segundo año. El análisis factorial sugirió que el cuestionario tenía un componente; se retuvieron todas las preguntas porque alcanzaron cargas factoriales superiores a 0,3. La fiabilidad mediante el valor alfa de Cronbach del cuestionario fue de 0,913. Los ítems que los médicos residentes encontraron más difíciles fueron los relacionados con las preguntas sobre las perspectivas y expectativas de los pacientes. **Conclusiones:** La versión adaptada del portugués para Brasil tuvo buena validez, presentó un número de dimensiones diferente a la escala original, pero tuvo alta confiabilidad. Así, podemos recomendar el uso de la escala que inicialmente presenta valores psicométricos adecuados para una dimensión. Se trata de un estudio inicial, todos los ítems fueron bien comprendidos por los participantes, sin embargo, son necesarios más estudios para confirmar la dimensionalidad de la escala para Brasil.

Palabras clave: Atención dirigida al paciente; Encuestas y cuestionarios; Autoeficacia.

INTRODUÇÃO

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi desenvolvido em meados da década de 1970 com a finalidade de sugerir um modelo de atendimento humanizado.^{1,2} O MCCP busca entender as reais necessidades do paciente, explorando informações a respeito dos receios do indivíduo e o entendimento do impacto funcional que a situação clínica tem sobre a vida do paciente, buscando compreender a pessoa em sua totalidade, o modo como suas relações sociais são consolidadas, sua atividade ocupacional e aspectos culturais.^{1,2} Além disso, esse método pressupõe a descentralização da noção hierárquica de que o profissional é responsável pelas tomadas de decisões de assuntos que acercam a vida do

paciente e suas afecções.^{3,4} Esse modelo propõe então um estilo de atendimento em que as decisões são compartilhadas entre o médico e o paciente, buscando objetivos comuns a respeito dos problemas e alternativas para a condução do quadro clínico.²

A aplicabilidade do MCCP na prática clínica repercute com resultados mais satisfatórios ao paciente e ao médico que o pratica, contribuindo até mesmo para a maior adesão do paciente às terapêuticas, para resultados mais satisfatórios no manejo de doenças crônicas, para a precisão ao estabelecer diagnósticos e prognósticos e para a diminuição de reclamações por negligência médica.^{1,5-7} Considerando-se os benefícios proporcionados à relação médico-paciente, a implementação de estratégias de comunicação centradas na pessoa requer programas de treinamento e organização de um sistema de saúde que não priorize somente a doença. Em vez disso, é necessário promover maior envolvimento do paciente com relação aos cuidados com sua própria saúde, utilizando linguagem compreensível e valorizando uma tomada de decisão compartilhada. Isso implica uma abordagem que prioriza o paciente como uma figura atuante no processo de cuidado, resultando em melhor comunicação entre o paciente e profissional de saúde.^{6,8}

Embora o conhecimento técnico sobre MCCP esteja cada vez mais difundido na graduação e os egressos do curso de Medicina reconheçam sua importância para a identificação e resolução dos problemas do paciente, é comum enfrentarem desafios práticos relacionados à sua autoeficácia, ou seja, à sua confiança em si mesmos. A autoeficácia, teorizada por Albert Bandura (1983), refere-se à confiança do indivíduo em sua capacidade de realizar determinadas tarefas, por meio da autocrítica sobre suas habilidades e sua capacidade de colocá-las em prática, envolvendo habilidades cognitivas, sociais e comportamentais diante de algumas situações. Não está restrita ao seu conhecimento, mas ao seu julgamento sobre ser capaz de usá-lo. Por isso, observa-se que pessoas com conhecimentos e habilidades semelhantes apresentam desempenhos diferentes, em razão da percepção da sua autoeficácia.⁵

Considerando-se a importância do MCCP, é indispensável a aplicação de instrumentos capazes de mensurar o desempenho autoavaliado (autoeficácia) do médico a respeito do exercício de um atendimento centrado na pessoa, sendo um interessante modelo de avaliação a ser abordado de forma continuada no currículo médico e residência. Assim, este estudo busca validar o questionário português de “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar” como instrumento de promoção de autoavaliação em sua prática clínica.⁹ Uma vez que a atuação médica na atenção primária é muito vinculada à comunicação centrada na pessoa, o uso de instrumentos que avaliem a autoeficácia do médico residente ou médico especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma importante ferramenta para mensurar a eficácia do ensino do método.¹ O objetivo deste estudo foi adaptar culturalmente e validar a versão brasileira do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”.

MÉTODOS

A primeira etapa do projeto consistiu na adaptação cultural do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar” para o português falado no Brasil. Nessa etapa, os pesquisadores avaliaram a necessidade de adaptar a versão de português de Portugal para português do Brasil.

Após essa adaptação, questionários de perfil sociodemográfico e versão adaptada do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar” foram aplicados em residentes de MFC.⁹

O convite para a participação da pesquisa foi feito por meio do WhatsApp, utilizando-se do método de amostragem “bola de neve”, que aplica cadeias de referência para o recrutamento.¹⁰ No convite havia um *link* (https://pucpr.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_bJYCazZzohyp4yy) que direcionava o voluntário para a plataforma Qualtrics contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários a serem respondidos.

Foram realizadas a validação e aplicação do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”,⁹ composto de 22 questões autorreflexivas relacionadas à aplicação do MCCP durante a consulta realizada pelo profissional. As opções de resposta fornecidas pelo questionário (“quase sempre”, “muitas vezes”, “poucas vezes” e “raramente”) recebem pontuação de 1 a 4, sendo as menores pontuações relacionadas à melhor aplicação dos princípios do MCCP durante o atendimento realizado. Assim, pontuações mais baixas aferem índices melhores quanto à aplicação do MCCP. Após cada questão havia um campo para que os participantes apontassem se havia algum elemento no item que não tinha ficado claro.

Os dados coletados foram exportados para o programa computacional Microsoft Excel e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. Os dados do perfil sociodemográfico dos participantes foram organizados em tabelas e gráficos. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas descritas por médias.

O questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”⁹ foi analisado por meio da análise de componentes principais. A dimensionalidade foi definida por um *scree plot*, que serviu para avaliar o número de componentes a reter em cada escala. A regra do cotovelo (ponto de maior inflexão da curva) foi utilizada para determinar o número de componentes (dimensões). Um item foi considerado como contribuindo para um componente principal quando apresentou valor de correlação superior a $|0,30|$ com esse componente. A consistência interna dos dados foi avaliada usando o alfa de Cronbach. Um instrumento é considerado com excelente consistência se o valor for acima de 0,9, considerado bom se estiver entre 0,8 e 0,9, aceitável entre 0,7 e 0,8, fraco entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se abaixo de 0,6.¹¹ As pontuações dos componentes do Questionário do MCCP foram padronizadas (*z-scores*) com média de 0, desvio padrão de 1 e intervalo típico de -3 a 3.

As correlações entre o Questionário do MCCP e a idade foram realizadas pela medida de correlação de Pearson, e as associações de média (MCCP, gênero e ano de residência) foram analisadas pela comparação de médias com o *independent samples t-test*. A comparação entre médias de variável pareada foi realizada pelo teste *t* de Student para a amostra pareada. Foi considerado como significativo o $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

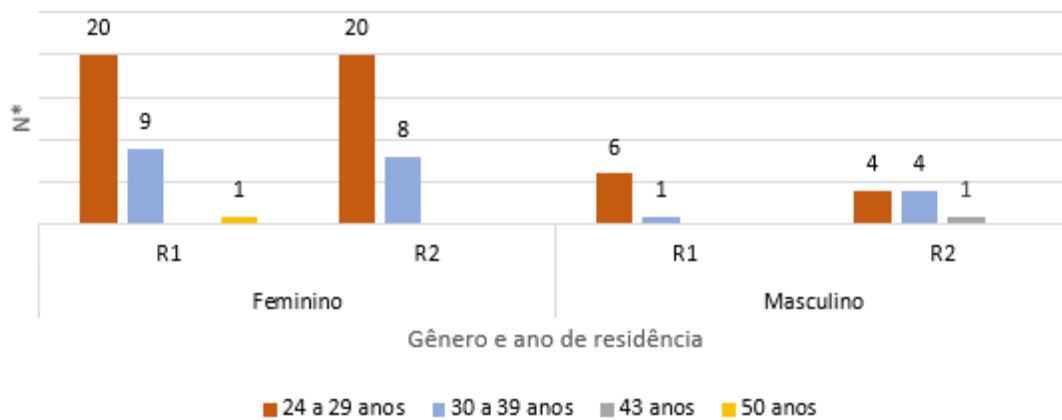
O questionário foi respondido por 76 médicos, residentes do primeiro e segundo ano, de Medicina de Família e Comunidade.

Dos participantes, 50% estavam no primeiro ano e 50% no segundo ano da residência médica. A idade média dos participantes foi de 28,96 anos, variando entre 24 e 50 anos (desvio padrão - DP 4,08). Dos participantes, 66,7% tinham idade entre 24 e 29 anos e 78,9% eram do sexo feminino (78,9%) (Gráfico 1).

Abaixo de todas as questões do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar” havia um campo em que estava escrito: “Teve dificuldades com a questão acima? Deixe sua sugestão de como esta questão ficaria melhor escrita para você”, no qual os participantes poderiam deixar comentários. Nos questionários respondidos não houve nenhum comentário. Assim, optou-se por manter a versão brasileira adaptada pelos pesquisadores.

Quanto à confiabilidade e validade dos instrumentos, considerando-se a “regra do cotovelo”, o *scree plot* sugere que o Questionário do MCCP possui um componente (Figura 1). A variância da proporção explicada por este componente foi de 36,49% e o segundo componente somou apenas 9,75%. Não houve nenhum item com carga fatorial abaixo de |0,30|, que deveria ser excluído. O valor do alfa de Cronbach do questionário de 22 itens foi de 0,913 (Tabela 1), o que representa excelente confiabilidade.¹¹

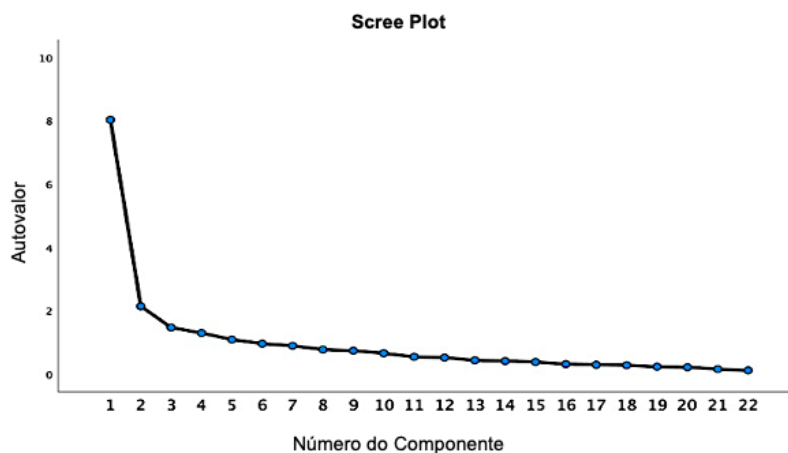
Na comparação de médias por *independent samples t-test*, verificou-se que não houve diferenças significativas entre o Questionário do MCCP com idade, gênero e ano de residência (Tabela 2).



Fonte: os autores (2023).

*n=74 — duas participantes não declararam a idade.

Gráfico 1. Distribuição dos médicos participantes, segundo a idade, gênero e ano de residência. Curitiba, 2023.



Fonte: os autores, 2023.

Figura 1: *Scree plot* do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”. Curitiba, 2023.

Tabela 1. Análise do Questionário do Método Clínico Centrado na Pessoa (“Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”), segundo os 22 itens aplicados. Curitiba, 2023.

Item*	Média	Desvio padrão	Carga fatorial	Alfa se o item for deletado
1. Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta.	1,55	0,681	0,707	0,905
2. Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem.	2,03	0,73	0,483	0,909
3. Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta.	2,36	0,919	0,425	0,910
4. Perguntar acerca da influência dos problemas na sua vida diária quer física quer emocionalmente.	1,99	0,825	0,638	0,906
5. Inquirir sobre a sua perspectiva de ter uma doença.	2,58	0,883	0,565	0,907
6. Saber da autopercepção de estado geral de saúde.	2,28	0,741	0,461	0,909
7. Analisar a sua comunicação verbal e não verbal.	1,91	0,786	0,528	0,908
8. Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas.	1,30	0,611	0,623	0,907
9. Manter atualizado o conhecimento sobre a pessoa (formação, atividades laborais e extralaborais), religiosidade, pontos de interesse, rendimentos e aspirações.	1,84	0,784	0,573	0,908
10. Manter atualizado o conhecimento sobre a sua família (relações familiares, condições de habitação e rendimentos).	1,96	0,886	0,614	0,906
11. Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política).	2,87	0,869	0,504	0,908
12. Elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta.	1,87	0,957	0,521	0,909
13. Definir em conjunto as prioridades a resolver.	1,83	0,773	0,628	0,906
14. Explicar o processo de tratamento que será realizado em conjunto e colaboração.	1,45	0,755	0,719	0,904
15. Certificar-me de que a pessoa percebeu e concorda com os objetivos a atingir.	1,47	0,757	0,691	0,905
16. Inquirir se percebeu o que deve ser feito para evitar piorar.	1,88	0,783	0,611	0,906
17. Verificar que a pessoa percebeu a importância de cumprir as indicações para que se obtenham resultados.	1,80	0,800	0,474	0,910
18. Observar os princípios da empatia médica, tendo compaixão com a pessoa.	1,36	0,706	0,751	0,904
19. Tentar que a consulta dure o tempo necessário.	1,78	0,810	0,394	0,911
20. Demonstrar confiança nos meus conhecimentos e atitudes.	1,76	0,831	0,640	0,906
21. Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa.	1,42	0,735	0,756	0,904
22. Ter comportamento que permita perceber simultaneamente o corpo e a mente do meu consulente.	1,92	0,845	0,768	0,902
Alfa do questionário	1,87		0,913	

Fonte: os autores (2023).

Tabela 2. Comparação de médias entre o Questionário do Método Clínico Centrado na Pessoa com as variáveis idade, gênero e ano de residência. Curitiba, 2023. Fonte: os autores, 2023.

MCCP		Média	Desvio padrão	t	p-valor
Sexo	Feminino	1,91	0,492	1,512	0,135
	Masculino	1,72	0,347		
Ano de residência	1º Ano	1,86	0,298	-0,187	0,920
	2º Ano	1,88	0,599		

MCCP: método clínico centrado na pessoa.

DISCUSSÃO

Não houve diferença entre as médias dos participantes quanto a sexo e ano de formação. No entanto, esses fatores podem estar relacionados com a maior centralidade da consulta clínica no paciente. Em um estudo¹² que avaliou características do médico que se associavam ao uso do MCCP (uso atribuído pelos pacientes atendidos), foi observado que o tempo de formado estava relacionado à maior orientação quanto ao uso do método. Além disso, foi observado que a participação em educação continuada sobre o tema também se associou à maior orientação. Apesar disso, neste estudo a análise não demonstrou correlação significativa entre o desempenho de residentes do primeiro e segundo ano. Isso pode se justificar pelo fato de que o questionário foi aplicado no final do ano, em um momento em que os residentes do primeiro ano estavam finalizando uma matéria sobre MCCP.¹² No entanto, reforçamos que a abordagem centrada na pessoa pode ser aprendida e aperfeiçoada e que a educação continuada em MCCP tem efeito positivo sobre a abordagem do médico em suas consultas.^{12,14-16}

Com relação ao sexo, especialmente no contexto da MFC os resultados quanto à correlação entre sexo e centralidade no paciente são heterogêneos. Há tanto estudos que reforçam essa diferença^{12,13} quanto outros que não encontram tal associação.¹⁷ A não associação entre o sexo no contexto da MFC pode acontecer pelas características de determinadas amostras (como a nossa), nas quais a escolha da especialidade pode ter maior influência e impacto do que o sexo dos participantes.

O questionário original foi elaborado com base nos quatro componentes do MCCP, permitindo ao participante fazer uma autoavaliação quanto a quatro dimensões: 1) anamnese, 2) investir na relação, 3) procurar entendimento e 4) ver a pessoa como um todo. No trabalho original o questionário apresentou a divisão dos itens em quatro componentes, no entanto, na escala original, alguns itens que parecem ser ligados a determinados componentes não fazem parte dele. Por exemplo, o item “Definir em conjunto as prioridades a resolver” está no componente “Anamnese”, mas acreditamos que conceitualmente teria mais associação com “Procurar entendimento”. Outra questão, “Deixar falar inicialmente a pessoa, sem interrupção, sobre os sinais e sintomas que motivam a sua vinda à consulta”, está em um componente diferente da questão “Pedir à pessoa que fale sobre os seus receios e ideias acerca do que tem”. Esperaríamos que ambas estivessem no mesmo componente pela forte associação entre elas. Assim, ao analisar a organização dos itens e respectivos componentes da escala portuguesa, é possível que para o Brasil outras organizações possam ser apresentadas. Isso pode acontecer não pela falta de validade no conteúdo dos itens, mas pelo sentido que culturalmente podem assumir. Em nosso estudo, o questionário demonstrou excelente confiabilidade (alfa de Cronbach de 0,913).^{9,11} Da mesma forma, pelo modelo de inflexão (cotovelo) do *scree plot*, há sugestão para somente uma dimensão.

Ao analisar o desempenho individual das questões do questionário, ressaltam-se as de três com maior pontuação, ou seja, as que receberam maior número de respostas como “raramente” aplicadas: questão 5 (“Inquirir sobre a sua perspectiva de ter uma doença”), com média de 2,58, questão 3 (“Perguntar sobre as expectativas acerca do que possa resultar da consulta”), com média de 2,36; e questão 11 (“Manter atualizado o conhecimento sobre a ligação da pessoa à sociedade (voluntariado, cultura e política”), com média de 2,87. Esses dados sugerem maior dificuldade do residente em realizar em suas consultas essas práticas, que representam pontos importantes do primeiro (“Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”), do segundo (“Entendendo a pessoa como um todo”) e do terceiro (“Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”) componente do MCCP.¹⁸

É importante salientar também as questões com menor pontuação, que sinalizam maior facilidade de aplicação pelos residentes, ou seja, questões mais respondidas como “quase sempre”: questão 8 (“Realizar exame físico e/ou analítico acerca das queixas”), com média de 1,30; questão 18 (“Observar os princípios de empatia médica”), com média de 1,36; e questão 21 (“Dar espaço e responder às dúvidas da pessoa”), com média de 1,42.

Diferentes fatores interferem na abordagem adotada pelo médico na consulta, podendo estar ligados ao paciente, ao médico e ao próprio serviço de saúde em questão. O modelo convencional de formação médica ainda é pautado no modelo biomédico, que foca em aspectos biológicos da doença e subestima a subjetividade do processo de adoecer de cada paciente. Assim, é necessário um movimento do próprio médico para desenvolver habilidades de comunicação centrada no paciente com o intuito de promover um cuidado eficaz e individualizado. No entanto, para isso é necessário conhecer o paciente como pessoa, em toda a sua subjetividade, dando tempo e espaço para que ele possa se expressar. Uma possível explicação, portanto, para a dificuldade em aplicar pontos-chaves do método clínico centrado na pessoa na prática é a necessidade de aperfeiçoamento constante da prática. Assim como é uma possível explicação para a maior aplicabilidade da questão 8 (sobre exame físico), pois é uma parte mais técnica da consulta e que, em geral, é menos compartilhada com o paciente.^{12,19,20}

A aplicação do MCCP muitas vezes é contestada por profissionais sob o argumento de que a falta de tempo nas consultas impede a abertura de espaço para a discussão de questões subjetivas do paciente. Todavia, dados da literatura revelam que o uso da técnica de comunicação centrada na pessoa não reflete no aumento da duração das consultas. No entanto, nesse mesmo estudo, grupos que haviam sido submetidos ao treinamento acerca de MCCP desempenhavam mais habilidades comunicativas quando apresentavam mais tempo de consulta. Apresentaram melhora no domínio de explicação e planejamento, verificação da compreensão dos pacientes e negociação de um plano de ação mútuo.²⁰

Os resultados encontrados nesta pesquisa vão ao encontro do relatado pela literatura, em que se observa a necessidade constante de desenvolver habilidades de comunicação para promover uma melhor relação médico-paciente e a aplicação de um atendimento centrado no paciente e não apenas na doença, além da importância da educação continuada no MCCP. Dessa forma, o questionário demonstrou excelente aplicabilidade na prática, ao promover a autoanálise da aplicação dos componentes da MCCP na prática clínica, conforme se propõe. Ademais, representa um instrumento para aplicações periódicas, auxiliando na autopercepção do profissional com relação à sua prática e permitindo seu aperfeiçoamento.^{9,12,14-16}

No entanto, temos como limitação uma amostra de 76 participantes e da mesma região do Brasil (Sul). Apesar disso, não houve dificuldades para os participantes quanto à compressão da escala, e os resultados permitiram apontar maiores dificuldades e pontos de maior autoeficácia dos médicos residentes. Além disso, houve boa confiabilidade com a organização dos itens em um só componente, o que pode corroborar a forte relação entre todos eles.

CONCLUSÃO

Esse trabalho consistiu na adaptação e validação inicial da versão brasileira do questionário “Autopercepção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar”, com dados que demonstram excelente consistência interna e validade de conteúdo. Esse instrumento consegue ser aplicado como parâmetro para a mensuração de autopercepção do uso do MCCP e aplicações consecutivas dele podem ser utilizadas para o desenvolvimento profissional contínuo.

Encorajamos futuros estudos com a escala e o aumento no número de participantes para aprofundar a validação e a dimensionalidade da escala.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão a todas as pessoas que contribuíram de maneira significativa para a realização deste estudo. Queremos agradecer à orientadora Camila Ament Giuliani dos Santos Franco sua orientação e apoio constante ao longo da execução do presente estudo, como também a toda a equipe a colaboração dedicada e as discussões que viabilizaram a realização desta pesquisa. Além disso, agradecemos aos participantes que dedicaram seu tempo para responder aos questionários e possibilitaram a obtenção de dados consistentes para o estudo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

AB: Curadoria de Dados, Obtenção de Financiamento, Recursos. CAGSF: Conceituação, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Recursos, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação e Escrita – Revisão e Edição. IFG: Obtenção de Financiamento, Recursos, Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação. IMV: Obtenção de Financiamento, Recursos, Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação. JHCL: Curadoria de Dados, Obtenção de Financiamento, Recursos, Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação. RSF: Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Recursos, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Santiago LM, Simões JA, Vale M, De Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Selfawareness of performing patient-centered medicine in general practice/family medicine: development of a measurement scale. *Acta Med Port* 2020;33(6):407-14. <https://doi.org/10.20344/amp.11742>
2. Delbanco AT, Gerteis M. A patient-centered view of the clinician-patient relationship [Internet]. In: UpToDate, Aronson MD (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [acessado em 26 out. 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship/print>
3. Ribeiro MMF, Amaral CFS. 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):90-7. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
5. Bandura A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *J Personal Soc Psychol* 1983;45(2):464-9. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.2.464>
6. Jerant A., Dimatteo R, Arnsten J, Moore-Hill M, Franks P. Self-report adherence measures in chronic illness: Retest reliability and predictive validity. *Med Care* 2008;46(11):1134-9. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817924e4>
7. Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 2012;87(9):1243-49. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
8. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
9. Santiago LM, Simões JA, Vale M, de Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. 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. <https://doi.org/10.20344/amp.11742>

10. Dewes JO. Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição do método [monografia]. Porto Alegre: UFRGS; 2013.
11. Pestana MHAPP, Gageiro JMN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6. ed. v. 1. Lisboa: Edições Sílabo; 2014. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
12. de Castro RCL, Knauth DR. Role of physicians' attributes in the production of the person-centered approach in primary health care. *Ciênc Saúde Colet* 2022;27(2):803-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.00392021>
13. Law SAT, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract* 1995;45:520-4. PMID: 7492420
14. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2012(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
15. Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Pérula De Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;8(1). <https://doi.org/10.1093/fampra/18.1.60>
16. Helitzer DL, LaNoue M, Wilson B, de 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;82(1). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.021>
17. Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18(4):539-45. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0969>
18. Stewart M. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2017.
19. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2016;26(Supl 8):S216-S222.
20. Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed PE, Gulbrandsen P, Poulsen H, Cold S, Ammentorp J. Communication skills training: a means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. *J Patient Cent Res Rev* 2021;8(4):307-14. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1782>