

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Avaliação da relação médico-paciente: tradução e validação do  
Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil**

Lucas Wollmann

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, abril de 2017

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Avaliação da relação médico-paciente: tradução e validação do  
Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil**

Lucas Wollmann

**Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim**

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

Porto Alegre, Brasil.  
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Wollmann, Lucas  
Avaliação da relação médico-paciente: tradução e  
validação do Patient-Doctor Relationship  
Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil / Lucas Wollmann. --  
2017.  
76 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-  
RS, 2017.

1. Relações médico-paciente. 2. Estudos de  
Validação. 3. Psicometria. I. Harzheim, Erno, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. José Roberto Goldim, Programa de Pós-graduação em Medicina:  
Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Patricia Klarmann Ziegelmann, Programa de Pós-graduação em  
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Daniela Riva Knauth, Programa de Pós-graduação em  
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

"O paciente, embora consciente de que sua condição é perigosa, pode recuperar sua saúde simplesmente por meio do seu contentamento com a bondade do médico."

Hipócrates de Cós

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, um exemplo em acesso democrático ao ensino público de qualidade, por tudo que aprendi nesses dois anos.

Ao TelessaúdeRS e à Unidade de Saúde SESC, por acreditarem que investir nos profissionais é investir no serviço.

Aos queridos Maurício, Gabriel, Clarissa, Thaís, Cássia e Paola, pelo comprometimento com essa pesquisa.

À Lisiane Hauser, sempre disponível, ajudando a transformar informação em conhecimento.

À Diani, que torna tudo mais fácil estando por perto.

Ao meu orientador Erno Harzheim, pelo incentivo na escolha desse tema e pelo apredizado, que se estende para muito além desse mestrado.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas.....	8
Resumo.....	9
Abstract.....	10
1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	12
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1 Histórico da relação médico-paciente.....	15
3.2 Definições em relação médico-paciente.....	20
2.2.1 O que é a relação médico-paciente?.....	20
3.2.2 Modelos de relação médico-paciente.....	21
3.3 Fatores que influenciam a relação médico-paciente.....	25
3.4 Como a relação médico-paciente afeta a saúde das pessoas.....	28
3.4.1 Desfechos clínicos.....	29
3.4.2 Adesão.....	32
3.4.3 Satisfação.....	33
3.5 Como medir a relação médico-paciente?.....	34
3.6 Descrição do PDRQ-9.....	36
3.7 Relação médico-paciente e Atenção Primária à Saúde.....	38
4. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
6. ARTIGO.....	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
8. ANEXOS.....	67
Anexo 1 – Documentos relativos à aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa .....	67
Anexo 2 – Patient-Doctor Relationship Questionnaire ( PDRQ-9) – versão original e versão adaptada e traduzida.....	76

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

RMP – Relação médico-paciente

APS – Atenção Primária à Saúde

PDRQ-9 – Patient-Doctor Relationship Questionnaire

ESF – Estratégia Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

EVP – Estudo de Validação Principal

PAPMM – Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos

ECR – Ensaio clínico randomizado



## RESUMO

A relação médico-paciente (RMP) é um fator fundamental no contexto de atendimento em saúde. Uma RMP desenvolvida de maneira satisfatória está associada com melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento e maior satisfação com o atendimento, fatores importantes no manejo de condições agudas e crônicas. No Brasil, não existem instrumentos validados de avaliação da RMP. O objetivo deste artigo é descrever o processo de tradução e adaptação do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9), avaliando sua validade e fidedignidade, além de comparar a concordância entre duas diferentes formas de aplicação. O instrumento foi traduzido e adaptado de acordo com as diretrizes do *COSMIN Initiative*. Em um estudo transversal com 133 usuários adultos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, o PDRQ-9 foi respondido pelos participantes de maneira autoaplicada e através de entrevista. O instrumento também foi validado através de entrevista utilizando os dados dos participantes da Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos, um estudo transversal com uma amostra sistemática de UBS em todas as regiões de todo o Brasil. Uma subamostra aleatória de 628 entrevistados dessa pesquisa foi selecionada para a validação nesse estudo. Na análise fatorial, todos os itens apresentaram carga fatorial considerada satisfatória, em todos os diferentes métodos de aplicação e populações. Na utilização do método autoaplicado, foi encontrado alfa de Cronbach de 0,94. A aplicação através de entrevista encontrou alfa de Cronbach de 0,95 e 0,94 nas duas diferentes amostras. A variância explicada pelo instrumento variou entre 68,8% e 73,1%. A utilização do PDRQ-9 através de entrevista ou de maneira autoaplicada foi considerada equivalente. A validação brasileira do PDRQ-9 replicou a estrutura fatorial encontrada no estudo original, com alta consistência interna e equivalência entre dois diferentes métodos de aplicação. Com essa validação, torna-se disponível um instrumento conciso de avaliação da RMP, permitindo a inclusão de uma nova dimensão da qualidade do cuidado em saúde em pesquisas clínicas e de avaliação de serviços e em saúde pública, gestão em saúde e *pay for performance* e na formação profissional.

Palavras chave: Relações médico-paciente; Estudos de Validação; Psicometria.

## ABSTRACT

The patient-doctor relationship (PDR) is a fundamental aspect of health care. A satisfactory PDR is associated with more favorable health outcomes, greater treatment adherence, and higher satisfaction with the care provided, important factors in the management of acute and chronic conditions. In Brazil, no validated instruments are available to evaluate PDR. The aim of the present study was to translate and culturally adapt the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), evaluating the validity and reliability of the Brazilian Portuguese version, as well as to compare the agreement between two modes of administration. The instrument was translated and adapted in accordance with the guidelines of the COSMIN Initiative. After that, the PDRQ-9 was self-administered or administered through interviews in a cross-sectional study performed with 133 adult users of a Basic Health Unit (BHU) in the city of Porto Alegre. The instrument was also validated through interviews using data from the participants of the More Doctors Program (Programa Mais Médicos) Evaluation Survey, a cross-sectional study including a systematic sample from BHUs across all the regions of Brazil. A random subsample of 628 respondents from this study was selected for validation in that study. Factorial analysis revealed satisfactory factor loading for all items with both modes of administration and populations. For the self-administration mode, Cronbach's alpha was 0.94. Administration using interviews revealed a Cronbach alpha of 0.95 and 0.94 for the two samples. The variance explained by the instrument ranged from 68.8% to 73.1%. Administration of the PDRQ-9 through interviews or self-administration was considered to be equivalent. Validation of the Portuguese Brazilian version of the PDRQ-9 showed that the factorial structure of the original instrument was maintained, with high internal consistency and equivalence between the two modes of application. The present work has thus produced a concise instrument for assessment of PDR in Portuguese, allowing assessment of an additional dimension of quality in health care in clinical research and evaluation of services and public health, health administration and pay for performance and in professional training.

Key-words: Physician-patient relations; Validation studies; Psychometrics.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da relação médico-paciente: tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 20 de abril de 2017. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

Tanto médicos quanto pacientes atribuem grande valor à construção de um bom relacionamento terapêutico (KEARLEY et al., 2001). Contudo, os desejos e expectativas de cada parte não são muitas vezes conhecidos ou correspondidos pela outra, além de não ser possível estabelecer um modelo relacional que sirva para todas as pessoas, relações e circunstâncias (BUETOW, 1995).

A percepção de que a relação médico-paciente tem impacto na saúde das pessoas é amplamente reconhecida (KEARLEY et al., 2001). Tal percepção já foi confirmada através de estudos que demonstraram o benefício de uma boa interação médico-paciente em desfechos em saúde (KELLEY et al., 2014), adesão ao tratamento (GARRITY, 1981) e satisfação com o atendimento (WILLIAMS et al., 1998). Especificamente no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), a relação médico-paciente é considerada um dos pilares na construção da longitudinalidade, uns dos atributos essenciais da APS, definidos pela pesquisadora Barbara Starfield. Segundo a autora, as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade da APS (STARFIELD, 2002).

Contudo, também foi verificado que 50% dos problemas relacionados à sofrimento psicológico das pessoas não são identificados pelo médico, que médicos interrompem o paciente em média 18 segundos após ele começar a falar, que 54% dos problemas e 45% das preocupações dos pacientes não são elucidados pelo médico ou revelados pelo paciente, que pacientes e médicos não concordam com o principal problema em 50% das consultas e que os pacientes estão insatisfeitos com

as informações fornecidas pelos médicos (KELLEY et al., 2014), o que demonstra o potencial adverso da relação médico-paciente, bem como suas dificuldades.

Além de questões relacionadas à competência clínica e longitudinalidade, também estão associados com uma relação médico-paciente de alta qualidade elementos como amizade, respeito, compromisso, afirmação, reconhecimento, responsividade, consideração positiva, empatia, confiança, receptividade, alinhamento entre a agenda do médico e do paciente, honestidade, reflexividade e um foco contínuo no cuidado que abrange a prevenção e reabilitação (GREENHALGH; HEATH, 2010). Muitos desses elementos atravessam naturalmente qualquer tipo de relação humana.

Atualmente, a influência das expectativas dos pacientes e o impacto da atuação pessoal do médico tendem a ser controlados ao invés de investigados. Em grande medida, essa situação é devida à dificuldade de mensuração dos elementos envolvidos na relação médico-paciente, dado o elevado grau de subjetividade no seu entendimento. Embora diversas pesquisas tenham avaliado os efeitos do treinamento em habilidades de comunicação, estes estudos pouco esclarecem em relação aos mecanismos pelos quais os profissionais de saúde podem influenciar a saúde dos pacientes. As intervenções tendem a ser complexas, e os pesquisadores tem pouco controle sobre o que ocorre durante as consultas. Portanto, é difícil estabelecer qualquer relação de causa-efeito entre os componentes da intervenção e as mudanças no estado fisiológico do paciente (BLASI et al., 2001).

Mas ainda que seja difícil uma avaliação objetiva de muitos elementos da relação médico-paciente, é possível tentar defini-los, valorá-los, preservá-los e reproduzi-los (GREENHALGH; HEATH, 2010). Além disso, cada vez mais e de maneira irreversível, a qualidade dos serviços de saúde vem sendo padronizada e avaliada através de indicadores de saúde (MCGLYNN; BROOK, 2001). Contudo, parâmetros como mortalidade ou desfechos clínicos de controle de doença mostram apenas uma parte da qualidade do cuidado. As pessoas estão preocupadas tanto com os aspectos do processo de cuidado, como com seus resultados. Indicadores relacionados à comunicação com profissionais de saúde, fornecimento de informações, envolvimento em decisões, conforto físico, suporte emocional e

transição do cuidado são cada vez mais desejados (COULTER, 2017). Contudo, enquanto não forem desenvolvidos instrumentos de avaliação que permitam a inclusão das dimensões “soft” e menos tangíveis do cuidado em saúde, os parâmetros de qualidade estarão sempre ancorados em indicadores que não dão conta da complexidade dos problemas das pessoas nem do trabalho dos profissionais. Independentemente disso, esses indicadores acabam direcionando o foco de atuação dos serviços de saúde (GREENHALGH; HEATH, 2010).

No Brasil existem instrumentos validados de avaliação do atendimento centrado na pessoa (KOLLING, 2012; PEREIRA, 2012). Contudo, não foram encontrados instrumentos validados de avaliação da relação médico-paciente. O objetivo desse trabalho é contribuir com o processo de qualificação do cuidado médico no contexto brasileiro, validando um instrumento de avaliação da relação médico-paciente e assim possibilitando a inserção dessa dimensão do cuidado na avaliação de políticas e serviços de saúde, em pesquisas clínicas ou populacionais, como ferramenta de gestão e na avaliação e qualificação profissional.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HISTÓRICO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE<sup>1</sup>

A relação médico-paciente é tão antiga quanto a própria medicina (HELLIN, 2002). Ao longo dos séculos a maneira como médicos e pacientes relacionam-se mudou. Em cada momento histórico o contexto social, bem como a própria situação da medicina, devem ser observadas para compreender essas mudanças (SZASZ et al., 1958).

Nas civilizações antigas (p. ex. Egito 4000 a.C – 1000 a.C), a relação médico-paciente evoluiu da relação sacerdote-suplicante (KABA; SOORIAKUMARAN, 2007). O conhecimento da natureza e das enfermidades era em essência místico e o papel de cura tornou-se institucionalizado através do médico/curandeiro/feiticeiro/shaman, que é uma figura parental, com a habilidade de manipular ou direcionar à natureza em favor do homem (SZASZ et al., 1958).

Por volta do quinto século a.C, a civilização grega desenvolveu uma abordagem empírico-racional dos problemas de saúde (SZASZ et al., 1958). Dessa forma, houve uma separação entre a ciência e a religião e a atuação do médico se separa do sacerdote (LÁZARO, J.; GRACIA, 2006).

Através dos escritos de Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), considerado o pai da medicina moderna, é possível observar uma recomendação em relação a como o médico deve relacionar-se com o seu paciente.

---

<sup>1</sup> Este histórico atem-se apenas a evolução na medicina ocidental, reconhecendo a riqueza da medicina oriental e mesmo a sua influência na medicina ocidental, especialmente nas últimas décadas.

Tenha, em relação às doenças, duas coisas em vista: seja útil ou, ao menos, não prejudique (HIPOCRATES).

Observa-se a prática da medicina orientada por princípios de beneficência e não-maleficência. Há um elevado grau de humanismo, bem como uma ética que se coloca acima do interesse pessoal do médico (SZASZ et al., 1958). Contudo, apesar da redução da influência da religião na medicina grega, é possível observar que nesse modelo o paciente ainda ocupa um papel passivo na relação, sendo o médico responsável pelas decisões sobre o que é bom ou mau para a pessoa.

Com o avanço da Idade Média e do poder da Igreja, há o retorno de uma visão mística do mundo. Ciência e religião estão novamente imbricadas. O papel sacerdotal do médico e a extrema passividade do paciente mais uma vez se estabelecem (SZASZ et al., 1958). A tradição da medicina clássica grega é mantida em mosteiros, orientada por uma ética humanista, observada na regra beneditina “deve ser antes de tudo praticada como se, dispensando o cuidado aos enfermos, ao próprio Cristo se dispensasse” (LÁZARO, J.; GRACIA, 2006).

Com o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna há um novo avanço no sentido da secularização da medicina. Dentre outros fatores, destaca-se o avanço do ensino nas universidades, a Reforma Protestante e a Revolução Francesa, questionando os dogmas da Igreja Católica e defendendo ideias de igualdade, dignidade, liberalismo e ciência laica (SZASZ et al., 1958; LÁZARO, J.; GRACIA, 2006).

Cabe destacar o trabalho de alguns autores que contribuíram para a construção do ideário re relação médico-paciente. No século XIV, na França, Henri de Mondeville afirmou em seu livro de Cirurgia, no capítulo sobre Moral Médica, que a base da relação médico-paciente é a confiança. Destacou que o humor, como virtude, é fundamental para uma boma relação médico-paciente (MONDEVILLE, 1314). Friedrich Hoffmann, na Alemanha, no século XVIII, escreveu um livro sobre a Vida Diária dos Médicos, onde o subtítulo propunha: regras prudenciais segundo as quais os jovens médicos, em seus estudos e na vida racional, devem dirigir a sua vida prática, se desejam rapidamente ser felizes e adquirirem e preservarem a alegria (HOFFMANNI, 1746). John Gregory e Thomas Percival, da Escócia, no século



XVIII e XIX, estabeleceram as bases para a Ética Médica, por meio de palestras e de textos sobre a adequação da relação do médico com seus pacientes, especialmente em termos de confidencialidade (GREGORY, 1772) e do comportamento honrado por parte do médico (PERCIVAL, 1803).

Durante os séculos XVIII e XIX a medicina se estabelece como uma profissão liberal. Nessa época surgem as primeiras instituições profissionais e com elas os primeiros códigos deontológicos. Muito inspirados na ética hipocrática, colocam a medicina como uma profissão especial, de caráter altruísta, exercendo uma missão nobre e por isso devendo ser submetida a rígido controle. O avanço em ciências como a microbiologia e cirurgia ajudam a aumentar a autoridade dos médicos perante a sociedade. Dessa forma, a relação dos profissionais com os pacientes continua sendo de necessária submissão destes em relação àqueles (LÁZARO, J.; GRACIA, 2006).

A relação médico-paciente mudou de maneira profunda ao longo do século XX, no sentido de uma menor passividade dos pacientes. Alguns fatores relacionados a essa mudança pode ser elencados (SZASZ et al., 1958; HELLIN, 2002; LÁZARO, J.; GRACIA, 2006):

- a) O avanço dos conhecimentos em psicologia e psicanálise, identificando a importância de pensamentos conscientes e inconscientes no desenvolvimento de doenças;
- b) O avanço das doenças crônicas, nas quais não é possível controle sem a participação ativa da pessoa;
- c) O avanço das sociedades democráticas, com maior percepção dos direitos e liberdades individuais e um maior desejo pela participação em decisões relacionadas a si próprio;
- d) O aparecimento de sistemas de serviços de saúde, públicos e privados, com maior burocratização do atendimento, inserindo um terceiro elemento na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas;
- e) A proliferação de especialidades em saúde, com o trabalho em equipe passando a ser a rotina no cuidado;

- f) O avanço científico, multiplicando possibilidades diagnósticas e terapêuticas para o mesmo problema de saúde;
- g) Mais recentemente, o uso da internet por médicos e pacientes, transformando mais uma vez o cenário da busca de informação e tomada de decisão.

Em 1957, o psiquiatra inglês Michael Balint publicou o livro intitulado “O Médico, o Paciente e sua Doença”, resultado de seminários de discussão de casos clínicos realizados com médicos de família ingleses ao longo de anos. No livro o autor afirma que a droga mais prescrita na clínica geral é o próprio médico, e que como tal, sua apresentação, dose e efeitos adversos deveriam ser estudados e conhecidos. Através dos seminários conduzidos por Balint emergem conceitos a partir das situações comuns da relação médico-paciente como “as ofertas dos pacientes e as repostas do médico”, “a perpetuação da relação professor-aluno”, “a eliminação de problemas pelos exames físicos apropriados”, “a função apostólica” e “o conluio do anonimato”.

O teólogo Paul Ramsey publicou em 1973 o livro “The Patient as Person”, estabelecendo as bases éticas para uma relação médico paciente adequada (RAMSEY, 1973).

Em 1976, os médicos de família ingleses Byrne e Long lançaram o livro “Doctor Talking to Patients”, no qual, após análise de milhares de consultas, desenvolvem um modelo a partir do qual a consulta médica desenvolve ao longo de seis fases:

- a) O médico estabelece uma relação com o paciente;
- b) O médico tenta descobrir a(s) razão(ões) para o atendimento do paciente;
- c) O médico realiza um exame verbal ou físico ou ambos;
- d) O médico e/ou o paciente consideram a condição;
- e) O médico e o paciente concordam e decidem pelo tratamento ou pela investigação, se necessário;
- f) A consulta é encerrada (geralmente pelo médico).

Eles analisam também o comportamento dos médicos ao longo da consulta e descrevem um espectro que varia entre forte dominância do médico com quase nenhuma participação do paciente até o extremo oposto, com total liberdade discursiva para o paciente e quase nenhuma intervenção verbal do médico.

O avanço da discussão acerca da consulta centrada da pessoa ganhou espaço nas últimas décadas e nesse contexto destaca-se o trabalho do grupo da Universidade de Western Ontario. Iniciado pelo médico Ian McWhinney e seguido pela médica Moira Stewart, é proposto um modelo de quatro componentes interativos:

- a) Explorar a experiência da pessoa com a doença e o adoecimento;
- b) Entender a pessoa como um todo, em seu contexto próximo e distante;
- c) Encontrar um lugar comum a respeito de problemas, objetivos e papéis de médico e paciente na decisão mútua;
- d) Fortalecer a relação entre médico e paciente.

Na Tabela 1, são expostas as mudanças da relação médico-paciente entre os séculos XX e XXI.

Tabela 1 – Mudanças na relação médico-paciente entre os séculos XX e XXI

	Metade do século XX	Início do século XXI
Pessoa que procura o cuidado	Paciente	Cliente
Profissional que oferece o cuidado	Médico	Provedor de serviço
Característica da relação	Bilateral (médico, paciente)	Multilateral (médico, paciente, convênio, governo)
Autoridade em tratamento da condição do paciente	Médico	Pagador (paciente, convênio, governo)
Avaliação do médico	Cuidado oferecido	Produtividade
Categoria profissional	Autônomo	Assalariado
Necessidade de segunda opinião	Paciente é encaminhado ao especialista	Médico discute caso com especialista
Padrão da doença	Aguda	Crônica
Atendimento fora de horário	No domicílio	Virtual
Confiança na relação	Irrestrita	Medicina defensiva

FONTE: POTTER; MCKINLAY, 2005.

A visão apresentada na tabela acima sobre a relação médico-paciente no século XXI pode ser bastante questionada, especialmente pela caracterização de cliente, de prestação de serviço e medicina defensiva. John Naisbitt, em 1984, já antevia a necessidade de conjugar alta sensibilidade à alta tecnologia que estava sendo incorporada à medicina (NAISBITT, 1984).

## 3.2 DEFINIÇÕES EM RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

### 3.2.1 *O que é relação médico-paciente?*

A percepção da relação médico-paciente como um fator importante no contexto de atendimento em saúde é um conceito culturalmente consolidado (STARFIELD, 1994; KEARLEY et al., 2001). Ela apresenta componentes relacionados a troca verbal de informações associados a fatores socioemocionais (ROTER; HALL, 1989). Contudo, o significado da relação médico-paciente é diverso. As dimensões consideradas, de maneira isolada ou em conjunto, como constituintes do relacionamento entre médicos e pacientes são (EVELEIGH et al., 2012):

- a) Confiança (englobando recursos subsidiários como satisfação, competência e privacidade);
- b) Aliança terapêutica, composta por concordância em relação aos objetivos, definição de responsabilidades e desenvolvimento de vínculo;
- c) Empatia.

Ela também pode ser percebida como (RIDD et al., 2009; GREENHALGH; HEATH, 2010):

- a) Habilidades de comunicação e interação do médico;
- b) A relação de continuidade do atendimento entre médico e paciente.

A despeito da falta de um conceito único, impossível, devido à complexidade e subjetividade inerentes ao conteúdo, a relação médico-paciente pode ser entendida de maneira operativa como um tipo especial de relação humana que, seja em termos de função ou estrutura, é um componente do cuidado com potencial de afetar desfechos em saúde (KABA; SOORIAKUMARAN, 2007; RIDD et al., 2009).

### 3.2.2 Modelos de relação médico-paciente

Em 1956, o trabalho de Szasz e Hollender é o primeiro com objetivo de delinear diferentes modelos de relação médico-paciente. Segundo os autores, podem ser identificados três modelos básicos:

- a) *Atividade-Passividade*: Nesse cenário, não há participação alguma do paciente. De fato, a interação psicológica é inexistente. O paciente é considerado como um ser inanimado e cabe ao médico toda a ação. São exemplos atuais desse tipo de relação o atendimento a pacientes inconscientes (emergência, unidades de tratamento intensivo, anestesia), bem como pacientes sob efeito de hipnose;
- b) *Orientação-Cooperação*: Nesse modelo, o paciente existe e expressa seu sofrimento e aspirações, mas cabe ao médico definir qual o melhor caminho a ser tomado de acordo com essas informações. É esperado que o paciente aceite a determinação do médico sem perguntas ou discordâncias. Apesar de o paciente contribuir ativamente com a relação, o poder de decisão concentra-se no médico, sem espaço para negociação;
- c) *Participação mútua*: Aqui, o poder é dividido de maneira aproximadamente igual entre médico e paciente. Há a necessidade de empatia, especialmente por parte do médico, no sentido de reconhecer a interdependência dos atores no processo decisório. É esperado que as duas partes contribuam em todas as fases do atendimento clínico e que entrem em consenso sobre qual a melhor alternativa de tratamento.

Em 1972, Robert Veatch publica artigo sugerindo quatro modelos de relação médico-paciente:

- a) *Modelo engenheiro*: o médico atua de maneira estritamente técnica. É sua tarefa apresentar ao paciente todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas de maneira isenta, cabendo ao paciente a decisão sobre qual caminho tomar. O médico não compartilha os seus próprios valores nem ajuda o paciente a decidir de acordo com os dele. Nessa situação, o médico mantém a sua figura de autoridade mas abdica de todo o poder de decisão;
- b) *Modelo sacerdotal*: tanto a autoridade quanto o poder estão concentrados no médico nesse modelo. Ele deve atuar orientado pelos princípios de beneficência e não-maleficência (de acordo com sua própria instrução). Há o envolvimento moral do médico na relação, mas não o do paciente, que é um mero espectador de sua própria situação, pois está implícito que o médico é capaz de decidir pelo seu melhor interesse. Espera-se que o paciente haja com gratidão, mesmo quando discordar da decisão do médico;
- c) *Modelo colegial*: nesse modelo médico e paciente atuam como colegas. Desse forma, poder e autoridade estão divididos igualmente. Pode ser considerado como um “trabalho em equipe”, com contribuições igualmente relevantes, através das quais são tomadas as decisões;
- d) *Modelo contratualista*: Nesse cenário é entendido que médico e paciente possuem obrigações e benefícios que advem da relação. Cada um contribui com aquilo que tem condições de apresentar com mais valor: o médico com seu conhecimento técnico e expertise clínica e o paciente com seus valores e preferências. A partir de uma troca de informação ativa pelas partes, estabelece-se um contrato, que deve ser entendido no sentido de pacto. A responsabilidade é compartilhada, de acordo com a contribuição de cada um.

Esses modelos foram revisitados por Ezekiel e Linda Emanuel em 1992. Mantiveram as características de dois modelos, sugerindo uma mudança de nome: chamam o modelo sacerdotal de paternalístico e o modelo engenheiro de

informativo. Também dividem o modelo contratualista em interpretativo e deliberativo. Não há referência ao modelo colegial.

- a) *Modelo paternalístico:* Preserva as características do modelo sacerdotal (VEATCH, 1972). Os autores aceitam que esse modelo é justificado em situação de emergência e risco de vida iminente. Mas salientam que em outras situações nem mesmo os médicos tensionam a relação nesse sentido, por entenderem que é divergente o que é considerado benéfico para cada um dos entes envolvidos;
- b) *Modelo informativo:* aqui existem as características do modelo engenheiro (VEATCH, 1972). É considerado um problema desse modelo a impessoalidade, a falta de sentido de uma relação de cuidado. Além disso, há a imposição de uma autonomia adulterada, visto que os valores de médico e paciente não são expostos nem discutidos, apesar de serem peças fundamentais no processo de tomada de decisão;
- c) *Modelo interpretativo:* esse modelo adiciona os valores do paciente ao processo decisório. Assim como no modelo informativo, o médico deve ser capaz de expor as diversas possibilidades do caso, mas também deve ser capaz de elucidar os valores do paciente e ajudar que este tome a decisão mais coerente de acordo com eles. Um problema desse modelo é a possível falta de capacidade dos médicos em realizar uma interpretação adequada dos valores de seus pacientes, acabando por impor seus próprios valores e escorregar para o modelo paternalístico. Mesmo quando a interpretação dos valores for feita de maneira adequada, podem existir problemas, tendo em vista que os valores do paciente nem sempre atuam no sentido do que é melhor para si, especialmente no contexto de mercantilização da saúde e de danos desnecessários causados por intervenção médica (CAMACHO et al., 2012);
- d) *Modelo deliberativo:* nesse modelo é esperado que o médico, através de sua expertise, consiga dialogar no sentido de discutir as opções de tratamento à luz dos valores do paciente, mas discriminando quais opções tem maior valor em saúde agregado. O médico deve atuar persuadindo o paciente a considerar

determinadas opções de maior valor em saúde, sugerindo ao paciente questionar suas decisões, se necessário. A persuasão não deve ser aplicada de maneira manipulativa, pois os valores do paciente devem ser respeitados. Contudo, abre-se espaço para o desenvolvimento moral do paciente. Os problemas desse modelo são a possibilidade de escorregar para o modelo paternalístico, com o médico impondo seus valores; não existe consenso em relação ao que possui maior valor em saúde e médicos podem não ser capazes de hierarquizar as opções de maneira adequada; e o impasse em relação às pessoas que procuram ajuda para um problema de saúde e são instigadas a discutir e repensar suas preferências, sem o interesse e desejo para tal.

Apesar de reconhecer que cada modelo podem ser o mais adequado em situações específicas, os autores advogam que o modelo deliberativo é o ideal de relação médico-paciente. Eles justificam essa defesa a partir de alguns argumentos:

- a) É o modelo que assume uma ideia mais adequada de autonomia, ao permitir que a pessoa decida após analisar de maneira crítica seus valores e preferências;
- b) Integra a figura do médico tecnicamente competente e moralmente engajado com o cuidado, guiando o paciente sem desrespeitar seus valores;
- c) Preservando a autonomia do paciente, incorpora os valores do médico na relação, o que é normalmente desejado pelos pacientes;
- d) Insere a possibilidade de desenvolvimento moral dos pacientes, na medida da ação do médico em discutir os valores das decisões em saúde;
- e) Tensiona serviços de assistência e ensino médicos a implementar mudanças que favoreçam a formação e atuação de profissionais capazes de desenvolver sua prática alinhada com os princípios do modelo.

Contudo, alguns autores apontam alguns problemas relacionados à supervalorização da autonomia dos pacientes, especialmente em questões relacionadas à medicina preventiva (JOHANSSON et al., 2016), além da preocupação dos serviços de saúde em priorizar a satisfação ao invés do benefício (ROBBINS, 2015).



### 3.3 FATORES QUE INFLUENCIAM A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE<sup>2</sup>

A comunicação efetiva entre médico e paciente é uma função clínica central na construção da relação terapêutica (HA et al., 2010; MOORE et al., 2010). Em revisão sobre o tema, Ha e colegas afirmam que as habilidades interpessoais e de comunicação do médico facilitam uma boa coleta de informações, levando a um diagnóstico mais acurado, aconselhamento apropriado, instruções terapêuticas e estabelecimento de uma relação de cuidado. Os autores continuam, reforçando que uma boa comunicação ajuda o paciente a trabalhar suas emoções, facilita a compreensão das informações médicas e permite uma melhor identificação das necessidades, percepções e expectativas durante a consulta. A percepção de uma boa comunicação aumenta a satisfação com o médico e a adesão às recomendações e prescrições terapêuticas. Além disso, a concordância entre médico e paciente acerca no tratamento e necessidade de seguimento está fortemente associada com melhor recuperação. Contudo, os autores ressaltam que os médicos tendem a superestimar suas habilidades de comunicação.

A relação de continuidade do atendimento entre médico e paciente está positivamente associada a diversos desfechos em saúde. Em revisão sistemática sobre o tema, foram selecionados 18 artigos (12 estudos transversais, 5 estudos de coorte e 1 ensaio clínico randomizado). Nenhum dos estudos incluídos encontrou alguma relação negativa da longitudinalidade com as diferentes medidas de qualidade do cuidado. Em quatro estudos foi identificada uma relação consistente entre longitudinalidade e maior satisfação do paciente. No ensaio clínico incluído (cuja população eram doentes crônicos), no grupo randomizado para continuidade no atendimento foi encontrada menor média de dias de hospitalização (5,7 vs 9,1,  $p=0,02$ ) e menor proporção de idas à emergência (20% vs 39%,  $p=0,002$ ), em um período de 18 meses (CABANA; JEE, 2004).

Em relação às características dos pacientes que influenciam a percepção da RMP, estudo dinamarquês com 28.260 avaliações de pacientes atendidos por

---

2 Todos os estudos descritos nesse item devem ser interpretados dentro de seu contexto e não como fatores universais, uma vez que os fatores aqui apresentados podem sofrer importantes influências culturais.

médicos de família evidenciou que uma avaliação positiva da relação médico-paciente esteve associada com maior idade dos pacientes, maior quantidade de consultas e pacientes portadores de condições crônicas. Já pacientes com pior auto-avaliação de saúde avaliaram de maneira menos positiva a relação médico-paciente (HEJE et al., 2008). Em estudo americano com objetivo de avaliar o valor que os pacientes dão para alguns atributos da consulta com médicos, o atributo mais importante foi “ser capaz de conversar com o médico”, enquanto “quem escolhe o tratamento” foi o menos importante (VICK; SCOTT, 1998). Já estudo que avaliou fatores relacionados à satisfação do paciente, lealdade ao médico e recomendação deste a outras pessoas encontrou que os principais preditores desses desfechos foram confiança no médico e boa relação interpessoal (PLATONOVA et al., 2008).

O sexo do médico parece estar implicado na interação entre médicos e pacientes, como pode ser visto em revisão meta-analítica de 26 estudos observacionais. Houve associação significativa com sexo feminino os seguintes comportamentos: construção de parceria, conversa positiva, questionamento e aconselhamento psicossocial, conversa focada em emoções. Não houve diferença em relação à quantidade, qualidade ou maneira de oferta de informações biomédicas ou conversa social. As consultas das médicas foram, em média, 2 minutos mais longas (ROTER et al., 2002). A implicação do sexo de médicos e pacientes na relação médico-paciente também pode ser vista em estudo interessante que avaliou a satisfação do paciente após demonstração de incerteza do médico. A satisfação do paciente reduziu apenas com demonstração de incerteza de médicas, especialmente quando o paciente era homem (COUSIN et al., 2013).

A cor da pele de médicos e pacientes também influencia a relação médico-paciente. Em estudo de 1816 adultos atendidos em 32 clínicas de atenção primária, pacientes negros avaliaram suas consultas como menos participativas, quando comparados com pacientes brancos, após ajuste para confundidores. Pacientes com cor concordante com a do médico avaliaram as consultas como mais participativas quando comparados com relações entre pessoas de cores discordantes (COOPER-PATRICK et al., 1999).

Outros comportamentos que interferem na relação médico-paciente podem ser observados em estudo paquistanês com 600 pacientes atendidos em 18 clínicas. Os três comportamentos mais apreciados nos médicos foram escuta adequada, profundidade na abordagem dos problemas e exame físico adequado. Já os comportamentos menos apreciados foram espera para ser atendido e médico não acessível pelo telefone (ALI et al., 2012).

Foi encontrada associação entre vestuário e diferentes avaliações dos pacientes em relação aos médicos em estudo coreano com 143 pacientes. Médicos vestidos com jaleco branco receberam maiores escores em relação à competência, confiabilidade e preferência dos pacientes enquanto médicos vestidos de maneira tradicional receberam escores mais altos relacionados a conforto e contentamento com a consulta. Os outros estilos de vestuário comparados no estudo foram casual e terno (CHUNG et al., 2012).

Em estudo canadense, 299 pacientes com doenças crônicas adscritos a 5 médicos rurais foram acompanhados por 3 meses, com objetivo de avaliar o conhecimento que médicos tinham dos seus problemas. Para isso, os pacientes responderam um questionário a respeito de suas queixas, desconfortos, preocupações, distúrbios diários e problemas sociais. As características associadas com maior conhecimento pelo médico dos problemas dos pacientes foram: pequeno número de problemas, maior número de consultas e o paciente, e não o médico, iniciar a consulta. Idade e escolaridade do paciente, bem como tempo de acompanhamento não foram associados a maior conhecimento dos problemas. Maior conhecimento não esteve associado com maior satisfação do paciente mas esteve associado com maior autopercepção de melhora dos problemas apresentados (STEWART et al., 1979).

Outro fator que parece influenciar a relação médico-paciente é o status socioeconômico dos pacientes. Em estudo escocês, 629 moradores de áreas de alto ou baixo status socioeconômico e adscritos a 47 médicos de família foram avaliados em relação a expectativas, características da consulta e desfechos. Pacientes moradores de áreas com pior status socioeconômico tinham menos desejo de decisão compartilhada ( $p < 0,001$ ) e perceberam seus médicos como menos empáticos ( $p = 0,02$ ). Nessa população os médicos, por sua vez, forneceram um atendimento

menos centrado no paciente através de comportamentos verbais e não-verbais. A percepção de maior empatia foi um preditor de melhores desfechos após um mês nos dois grupos, em escala de autoavaliação de severidade de sintomas, após análise multinível com regressão múltipla (MERCER et al., 2016).

Por fim, o papel da internet no contexto da relação médico-paciente pode apresentar efeito paradoxal. Pode aumentar o empoderamento e a percepção de controle dos pacientes sobre a sua doença, tornando-os mais capacitados no processo de tomada de decisão e aumentando sua satisfação com o tratamento. Contudo, médicos podem enxergar essa situação como um desafio ao seu poder, tornando o ambiente da consulta hostil, com piora da comunicação, e utilizando estratégias implícitas e explícitas de desacreditação da informação trazida pelo paciente, com objetivo de reestabelecer uma dinâmica paternalista na consulta (BROOM, 2005).

#### 3.4 COMO A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE AFETA A SAÚDE DAS PESSOAS.

As intervenções relacionadas à relação médico-paciente tendem a ser complexas e os pesquisadores tem pouco controle sobre o que acontece durante a consulta. Sendo assim, o estabelecimento de relações de causa-efeito entre os componentes da intervenção e mudanças fisiológicas nos pacientes é difícil (BLASI et al., 2001).

Estudos em sociofisiologia – o estudo da resposta fisiológica às emoções desencadeadas pelas interações sociais – demonstram que a experiência de sentir-se cuidado em uma relação reduz a secreção de hormônios estressores e ativa o sistema neuroendócrino no sentido da homeostase (ADLER, 2002).

Uma maneira de compreender como a relação médico-paciente pode interferir na saúde das pessoas é através da teoria de auto-regulação desenvolvida por Leventhal (BLASI et al., 2001). De acordo com esse modelo, quando indivíduos sentem-se ameaçados por sinais e/ou sintomas, eles respondem com reações cognitivas e emocionais. As reações cognitivas caracterizam-se como pensamentos

sobre identidade, causa, duração e consequências do problema, além de expectativas em relação a cura e controle. As reações emocionais podem ser manifestadas como medo, ansiedade, raiva, depressão, negação.

De maneira semelhante, médicos podem modelar essas reações oferecendo cuidado cognitivo e emocional. O cuidado cognitivo é descrito como a maneira que médicos influenciam crenças e expectativas do paciente acerca do problema ou do tratamento. Já o cuidado emotivo refere-se a como o profissional reduz sentimentos negativos (medo, raiva, ansiedade), oferecendo suporte através de empatia, segurança e afetuosidade. Cuidado cognitivo e emocional atuam de maneira sinérgica, aumentando a efetividade terapêutica.

### 3.4.1 Desfechos Clínicos

Uma revisão sistemática foi realizada com objetivo de avaliar o efeito da qualidade da comunicação entre médicos e pacientes em desfechos em saúde (STEWART, 1995). Foram incluídos 21 estudos – 11 ensaios clínicos randomizados (ECR) e 10 estudos observacionais. Os elementos da comunicação que foram associados a desfechos em saúde positivamente afetados podem ser sumarizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Elementos da relação médico-paciente e desfechos em saúde afetados

Elemento	Desfecho afetado no paciente
Encorajar paciente a perguntar mais	Ansiedade, limitação funcional e física
Sucesso do paciente em obter informação	Status funcional e psicológico
Fornecer ao paciente programas e materiais de informação/apoio	Dor, status funcional, humor e ansiedade
Médico fornecer informações claras em conjunto com suporte emocional	Estresse psicológico, resolução de sintomas, pressão arterial
Médico disposto a realizar decisão compartilhada	Ansiedade
Médico e paciente concordam sobre a natureza do problema e necessidade de seguimento	Resolução de problema e de sintoma

FONTE: STEWART, 1995

Outra revisão sistemática avaliou desfechos em saúde (medidas objetivas, escalas subjetivas, satisfação, adesão, etc) após manipulação da interação entre médicos e pacientes. Foram incluídos 35 ECRs (a maioria na atenção primária e na América do Norte), em pacientes com doenças crônicas, num total de 13500 participantes. Os estudos eram heterogêneos em relação às intervenções e desfechos e apenas 4 estudos alcançaram os critérios de qualidade que haviam sido preestabelecidos. Em 74% dos estudos o desfecho principal favoreceu a intervenção, mas com significância estatística em apenas 40% dos estudos. Os autores chamam a atenção para a baixa qualidade metodológica dos estudos a fazendo um chamado para mais ECRs sobre o tema (GRIFFIN et al., 2004).

Em meta-análise de 13 ECRs, avaliou-se o efeito da relação médico-paciente em adultos. Os estudos incluídos eram publicados em inglês onde a relação foi sistematicamente manipulada e os desfechos avaliados eram objetivos (ex, pressão arterial, perda de peso) ou escalas subjetivas validadas (ex. dor, qualidade de vida). Foram excluídos estudos com: desfechos intermediários (ex. satisfação ou adesão ao tratamento); se a intervenção na relação ocorreu apenas sobre paciente e não sobre o comportamento dos médicos; paciente com doenças mentais ou abuso de substâncias; o tempo da consulta foi desigual entre as condições. No total, a análise incluiu 11514 participantes. Cada estudo incluído tinha em mediana 279 pacientes e 39 médicos. O risco de viés foi considerado baixo e também foi verificada uma baixa heterogeneidade ( $I^2=19,77\%$ ). Utilizando um modelo com efeitos aleatórios - *Cohen's d* - a estimativa de tamanho de efeito agrupado foi favorável à intervenção ( $d=0,11$  IC 95% 0,02-0,20), com pequena magnitude. Os autores lembram que outras intervenções em saúde também possuem pequena magnitude de efeito, como por exemplo o uso de aspirina para redução de infarto do miocárdio em 5 anos ( $d=0,06$ ) (KELLEY et al., 2014).

Em revisão sistemática de 11 bases de dados, foram incluídos 25 ECRs (3611 pacientes) onde ao menos uma intervenção foi realizada no contexto de relação médico-paciente. Foram excluídos estudos de psicoterapia, aconselhamento, educação em saúde ou em pacientes com doenças psíquicas, dependentes químicos ou voluntários saudáveis. As patologias mais presentes nos estudos incluídos foram hipertensão e dor. A maioria dos estudos foi classificado com qualidade aceitável,

boa ou muito boa. Em aproximadamente metade dos estudos foi encontrado efeito positivo sobre a saúde dos pacientes, após manipulação da relação médico-paciente. Estudos que combinaram intervenção cognitiva (fornecer diagnóstico claro, prognóstico positivo ou aumentando as expectativas em relação ao tratamento) com intervenção emocional (atendimento afetivo e amigável ou seguro e tranquilizador) atingiram resultados mais consistentes em relação à melhora em desfechos de saúde (redução da dor e do tempo de recuperação) (BLASI et al., 2001).

A relação entre atributos da medicina de família com satisfação do paciente, desfechos em saúde e custo foi avaliada em revisão sistemática, que incluiu 20 estudos (uma revisão sistemática de ECRs, 1 ECR, 4 revisões sistemáticas de estudos observacionais, 2 estudos de coorte e 12 estudos observacionais). Satisfação do paciente esteve positivamente associada com acessibilidade, longitudinalidade, maior tempo de consulta e melhor relação médico-paciente (caracterizada como um comportamento médico afetuoso, amigável, tranquilizador, confiante, interessado e/ou paciente-centrado). Desfechos em saúde (dor, controle de doenças crônicas, redução do consumo de álcool/tabaco e/ou tempo de recuperação de doença) foram positivamente afetados por longitudinalidade, tempo de consulta e relação médico-paciente. Longitudinalidade, maior tempo de consulta e melhor relação médico-paciente foram consideradas custo-efetivas (SANS-CORRALES et al., 2006).

Foi realizado estudo norte-americano com objetivo de analisar o valor econômico do cuidado, traduzido através de sete comportamentos por parte dos profissionais de saúde: comunicação, ajuda, empatia, respeito, informação, conforto e ser visto. Em análise de custo realizada em cenário hipotético de uma clínica de atenção primária com 5 mil pacientes, foi estimada uma economia de US\$186.550,00 em um ano, através de redução de gastos com medicações, exames, procedimentos e ações judiciais, além de ganhos através da propaganda positiva realizada pelos pacientes (ISSEL; KAHN, 1998).

### 3.4.2 Adesão

Em revisão sobre o tema, identificou-se que a interação entre paciente e médico pode influenciar de maneira positiva a adesão às recomendações de quatro diferentes formas: técnicas pedagógicas, oferecendo instruções claras e concisas; maior alinhamento entre expectativas de médico e paciente em relação aos objetivos da consulta e do tratamento; “ativação” da responsabilidade do paciente em relação ao tratamento e interação afetiva, traduzida através da percepção de um atendimento amigável, atento e compassivo (GARRITY, 1981).

Foi realizado estudo longitudinal que acompanhou 1.828 pessoas atendidas por 186 médicos. Os médicos eram predominantemente homens brancos de meia idade e os participantes, quando comparados aos pacientes ineleáveis, eram mais jovens e apresentavam melhor status educacional, econômico e empregatício. Após dois anos, as seguintes variáveis estiveram relacionadas a maior adesão às recomendações médicas: maior satisfação do médico com o trabalho, maior número de pacientes vistos por semana, marcar consulta de seguimento, tendência a responder às perguntas dos pacientes, maior número de exames solicitados, maior gravidade da doença e, sobretudo, maior adesão na linha de base. Não houve associação de sexo, idade e cor do médico com adesão (DIMATTEO et al., 1993).

Em estudo neozelandês sobre características da relação médico-paciente associadas à adesão, foram selecionados 370 pacientes consecutivos (75% de resposta), atendidos por 14 médicos selecionados de maneira aleatória. A avaliação da adesão foi feita quatro dias após a consulta, por contato telefônico (78,6% de resposta). Na análise ajustada dos dados, apenas concordância entre médico e paciente esteve positivamente associada com adesão (OR 1,21 – IC 95% 1,04-1,72). Confiança no médico foi positivamente associada na análise bruta (OR 1,07 - IC 95% 1,02-1,12), mas não na análise ajustada (OR 1,04 – IC 95% 0,99-1,10). Longitudinalidade não esteve relacionada com adesão, a despeito de a maioria dos pacientes considerá-la muito importante. Também não houve associação com apoio ao auto-cuidado (KERSE et al., 2004).



### 3.4.3 Satisfação

Em estudo de 1761 episódios de problemas agudos atendidos em dois ambulatorios de atenção primária, foi avaliada a satisfação do paciente com o cuidado recebido pelo médico e com o desfecho de seu problema agudo. O desfecho foi avaliado através de uma escala funcional de sete pontos que varia de funcionalidade plena sem sintomas num extremo e morte no outro. Foram associados de maneira significativa com a satisfação com o cuidado os seguintes preditores: satisfação com o desfecho, acompanhamento com o mesmo médico, expectativa de melhora após a consulta e concordância de expectativas de médico e pacientes após a consulta. Em relação à satisfação com o desfecho, os preditores associados de maneira significativa foram o desfecho obtido e a satisfação com o cuidado. Mais de 90% dos pacientes demonstraram satisfação com o cuidado, independentemente do desfecho obtido. Não houve associação significativa entre satisfação e desfecho obtido (WOOLLEY et al., 1978).

Foi realizada revisão sistemática do impacto da comunicação entre médico e paciente na satisfação do paciente com o atendimento. A pesquisa restringiu-se a estudos em inglês, em cenário ambulatorial não psiquiátrico, avaliando apenas as interações verbais. De maneira geral, o fornecimento de informações pelo médico foi positivamente associado com satisfação do paciente, bem como o fornecimento de informações pelo paciente, além de comportamentos de procura de informação (perguntas), seja de médicos ou de pacientes. Expressões de afeto positivo (amigável, cortês, empático, encorajador, construção de parceria e conversação social) também foram positivamente associados com satisfação do paciente. Expressões de raiva e discordância por parte do médico tiveram associação negativa. Contudo, um tom de voz negativo expressado com um afeto positivo através de palavras foi interpretado positivamente pelos pacientes. Em relação ao estilo do médico, uma atuação empática ou centrada no paciente também teve associação positiva com satisfação. Em pacientes com problemas físicos, um estilo “direto” foi melhor avaliado em termos de satisfação quando comparado a um cuidado compartilhado (WILLIAMS et al., 1998).

### 3.5 COMO MEDIR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE?

Como já foi exposto previamente, a conceitualização da relação médico-paciente não está completamente articulada (STARFIELD, 1994; KEARLEY et al., 2001; EVELEIGH et al., 2012). Diferentes entendimentos existem acerca na mensuração da relação médico-paciente, em relação a ter um construto único ou ser composto por diversas dimensões independentes (MARTIN et al., 2000).

Métodos qualitativos de avaliação da interação médico-paciente tem sido utilizados, especialmente através de técnicas como entrevista semiestruturada com médicos e pacientes, além da observação de participante através de consultas gravadas em vídeo ou áudio (LOURDES et al., 2010; MENESES et al., 2012). A metodologia qualitativa oferece a possibilidade da compreensão mais ampla dos fenômenos estudados (KNAUTH; LEAL, 2014), sendo usada no contexto da relação médico-paciente especialmente como ferramenta no desenvolvimento da estrutura conceitual e dos fatores que definem as relações médico-paciente (RIDD et al., 2009). Os métodos quantitativos apresentam vantagens em termos de validade externa e comparabilidade dos resultados, visto que as análises qualitativas são de natureza fundamentalmente interpretativa (MALTERUD, 2001; GREENHALGH; HEATH, 2010). A estratégia mais comumente utilizada com objetivo de aferição dos processos de interação médico-paciente é o uso de escalas validadas (EVELEIGH et al., 2012).

É comum na área das ciências da saúde o uso de escalas com o objetivo de medir variáveis, conceitos ou constructos teóricos não diretamente observáveis. É fundamental que os instrumentos utilizados na aferição de tais constructos teóricos estejam medindo realmente o que querem medir (validade) e que sejam precisos nessa mensuração (fidedignidade) (FACHEL; CAMEY, 2007).

A avaliação da validade de um instrumento é realizada através da análise de diferentes categorias (FACHEL; CAMEY, 2007):

- a) Validade relacionada ao conteúdo: tem o objetivo de determinar se os itens utilizados no instrumento representam o comportamento a ser medido, sendo considerados apropriados e relevantes.

- b) Validade relacionada ao critério: avalia a qualidade da escala como um preditor presente ou futuro de outra variável independente.
- c) Validade relacionada ao constructo: avalia o grau pelo qual um teste mede o constructo teórico ou traço para o qual ele foi designado a medir.

A validade de constructo pode, por sua vez, ser classificada em três tipos: convergente, discriminante e fatorial. A validade convergente verifica se a medida em questão está substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo constructo. A validade discriminante verifica se a medida em questão não está relacionada indevidamente com indicadores de constructos distintos. A validade fatorial, por sua vez, define a validade relacionada ao constructo e pode ser útil para verificar a dimensionalidade do constructo que está sendo medido. A partir da análise fatorial, determina-se o número de fatores (variáveis ou constructos latentes) e os pesos (cargas fatoriais) de cada variável ou item sobre o fator (FACHEL; CAMEY, 2007).

A fidedignidade avalia o grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável. Os conceitos principais de fidedignidade dizem respeito à estabilidade no tempo e à consistência interna da escala. A estabilidade no tempo pode ser verificada por meio de duas medidas dos mesmos indivíduos em momentos diferentes. A consistência interna da escala é observada na aplicação do instrumento uma única vez em uma única forma, avaliando então o quanto os itens que compõem a escala estão correlacionados entre si e com o escore total, medindo o mesmo constructo (FACHEL; CAMEY, 2007; STREINER; NORMAN, 2008).

Foi realizada revisão sistemática com objetivo de encontrar diferentes escalas de avaliação da relação médico-paciente e avaliar suas características psicométricas (EVELEIGH et al., 2012). Estudos com dezenove diferentes instrumentos foram incluídos. Destes, oito instrumentos eram focados em saúde mental, nove instrumentos em atenção primária e outros dois em tratamento paliativo e comunitário. A maioria dos instrumentos (n=16) era respondido apenas pelos pacientes. A dimensão mais frequentemente mencionada relacionava-se com alguma forma de aliança, com descrições como vínculo, objetivos, tarefas e colaboração. Outras dimensões frequentemente avaliadas eram confiança, empatia e comunicação

relacional. Os autores concluem que não há um instrumento melhor que outro, mas que a escolha deve estar adequada ao objetivo e cenário da aplicação. Na atenção primária, sugerem o uso do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9), por ser conciso, fácil de aplicar e com excelente consistência interna.

A despeito dos diferentes instrumentos de mensuração da relação médico-paciente, uma revisão meta-analítica de 79 estudos de avaliação de aliança terapêutica e desfechos clínicos e individuais em psicoterapia não encontrou diferença na capacidade de predição de desfechos após análise de diferentes métodos de medição (elaborados a partir de diferentes entendimentos de aliança terapêutica). Além disso, os resultados não foram influenciados por moderadores como método de avaliação de desfecho, momento de avaliação da aliança, tipo de tratamento oferecido ou status da publicação (publicado ou não), sendo a aliança terapêutica e desfecho associados de maneira independente (MARTIN et al., 2000).

### 3.6 DESCRIÇÃO DO PDRQ-9

O *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9) foi desenvolvido em 2004 por pesquisadores da *Vrije Universiteit*, em Amsterdam, a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia, o *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ), composto por 11 itens. Foi escolhida essa escala como base para a construção de um instrumento de avaliação da relação médico-paciente, considerando que a relação médico-paciente apresenta muitos pontos de convergência com a aliança psicoterapêutica (altos níveis de confiança, cooperação, compreensão empática e pessoalidade). O objetivo era criar um instrumento quantitativo curto, focado em avaliar o quanto o paciente considera seu médico como um profissional de saúde competente e prestativo. Durante o processo de desenvolvimento da versão pré validação do PDRQ-9, alguns itens do HAQ foram modificados e também foram adicionados outros seis itens, com objetivo adaptar a escala ao cenário da APS.

O PDRQ-9 é respondido pelo paciente, de maneira autoaplicada. Cada item do instrumento é uma afirmação sobre a relação terapêutica. O paciente deve responder o quanto concorda com cada afirmação do instrumento através de uma escala Likert de cinco pontos(FELTZ-CORNELIS, VAN DER et al., 2004) (Anexo 2).

Após análise fatorial foram extraídos dois fatores. O primeiro fator foca no estilo empático e a disponibilidade do médico, sendo responsável por 58% da variância explicada. O segundo fator foca nos sintomas dos pacientes, sendo responsável por apenas 9% da variância explicada. Os itens integrantes desse fator foram eliminados, sendo considerados como específicos do cenário de psicoterapia, uma vez que assumiam uma mudança no sintoma provocada pelo esforço do profissional. Essa expectativa não ocorre da mesma forma no atendimento médico, especialmente no contexto das doenças crônicas. Ao final, foi validada uma escala unidimensional de nove itens, que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente.

Cada item do instrumento final examina diferentes aspectos da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade), avaliando aspectos relacionais e de satisfação (EVELEIGH et al., 2012). Aspectos relacionados à qualidade do cuidado, competência técnica ou padrões de comunicação não são avaliados pelo instrumento. Em uma população, o escore de cada item é calculado através de média aritmética das respostas daquele item e um escore geral pode ser calculado com a média aritmética das repostas dos nove itens.

O PDRQ-9 já foi traduzido e sua aplicação validada nos Estados Unidos, Alemanha, Espanha, Turquia e Bangladesh. Nas validações realizadas apresentou alta confiabilidade e consistência interna.

A Tabela 3 exibe as características gerais dos estudos de validação do PDRQ-9 em diferentes países.

TABELA 3 – Sumário dos estudos de validação do PDRQ-9 em diferentes países

Autor	País	Ano	n	Cenário	Média (DP)	Variância explicada	Alfa de Crombach
Van der Feltz-Cornelis	Holanda	2004	165	3 clínicas de APS e 5 ambulatórios em neurologia	4,06 (0,77)	58%	0,94
Martín-Fernández	Espanha	2009	451	6 clínicas de APS	4,41 (0,77)	75,3%	0,95
Mergen	Turquia	2012	405	1 clínica de APS	4,5 (0,50)	44%	0,91
Porcerelli	Estados Unidos	2014	180	1 clínica de APS	4,07(0,65)	78,2%	0,96
Zenger	Alemanha	2014	2275	Amostra nacional - coleta domiciliar	4,12(0,70)	73,4%	0,95
Arafat	Bangladesh	2016	50	Ambulatório de Psiquiatria	-	-	0,97

APS: Atenção Primária à saúde; DP: desvio-padrão

### 3.7 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS, como uma estratégia populacional, é o comprometimento dos governos em atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços – e/ou políticas – sociais (STARFIELD, 1992). A APS vista como o nível de atenção é estruturada através de atributos essenciais, quais sejam: o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), longitudinalidade, integralidade (abrangência) da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde. Pode contar com atributos derivados como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

Países com APS forte apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em relação a países com APS fraca (MACINKO et al., 2003). Estudos realizados no Brasil mostram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população (MACINKO et al., 2006).

Longitudinalidade, no contexto da APS, é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. Ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam a fonte de atenção como “sua” (STARFIELD, 2002).

Segundo a autora Bárbara Starfield:

“As interações entre profissionais e pacientes são os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Tais interações contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade da atenção primária”.

É possível compreender através desse fragmento que a relação médico-paciente exerce papel importante como modulador de impacto da qualidade do atendimento e desfechos em saúde. Dessa forma, a disponibilização de instrumentos capazes de realizar a avaliação da relação médico-paciente tornam-se importante com ferramentas de qualificação do atendimento em saúde.

## 4. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

### **Justificativa**

A relação médico-paciente é um fator fundamental no contexto do atendimento em saúde. Uma relação médico-paciente desenvolvida de maneira satisfatória está associada com melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento e maior satisfação com o atendimento, fatores importantes no manejo de condições agudas e crônicas. No Brasil, não foram encontrados instrumentos validados de avaliação da relação médico-paciente. A disponibilização de um instrumento válido e fidedigno na avaliação da relação médico-paciente no contexto brasileiro permitirá a qualificação do atendimento médico através da inclusão dessa dimensão do cuidado na avaliação de políticas e serviços de saúde, em pesquisas clínicas, como ferramenta de gestão e na avaliação e qualificação profissional.

### **Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

Traduzir e adaptar o instrumento *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9) ao contexto brasileiro, avaliando sua validade e fidedignidade.

#### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar a validade e fidedignidade do instrumento ao ser utilizado de forma autoaplicada.
2. Avaliar a validade e fidedignidade do instrumento ao ser aplicado através de entrevista, analisando a sua concordância com o método autoaplicado.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):874–81.
2. Ali NS, Khuwaja AK, Kausar S, Nanji K, N.S. A, A.K. K, et al. Patients' evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. *Qual Prim Care.* 2012;20(5):375–83.
3. Arafat SMY. Psychometric Validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). *Psychiatry J.* 2016;2016.
4. Balint M. *O Médico, seu paciente e a doença.* 2nd ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
5. Blasi Z Di, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;357:757–62.
6. Broom A. Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qual Health Res.* 2005;15(3):325–45.
7. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med.* 1995;40(2):213–21.
8. Byrne P, Long B. *Doctors Talking to Patients.* Londres: HMSO; 1976.
9. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve outcomes? *J Fam Pract.* 2004;53(12):974–80.
10. Camacho JG, Moral EG, Gracia LJ De. Prevención cuaternaria : es posible ( y deseable ) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF.* 2012;8(6):312–7.
11. Chung H, Lee H, Chang D-S, Kim H-S, Lee H, Park H-J, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient–doctor relationship. *Patient Educ Couns.* 2012;89(3):387–91.

12. Cooper-Patrick L, J. Gallo J, J. Gonzales J, Thi Vu H, R. Powe N, Nelson C, et al. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 1999;282(6):583–9.
13. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;356:j816.
14. Cousin G, Schmid Mast M, Jaunin-Stalder N. When physician-expressed uncertainty leads to patient dissatisfaction: a gender study. *Med Educ*. 2013;47(9):923–31.
15. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn E a, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*. 1993;12(2):93–102.
16. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221–6.
17. Eveleigh RM, Muskens E, Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:10–5.
18. Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha JA, editor. *Psicodiagnóstico*. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 158–70.
19. Garrity TF. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Soc Sci Med*. 1981;15(3):215–22.
20. Greenhalgh T, Heath I. *Measuring quality in the therapeutic relationship*. The Kings Fund. 2010.
21. Gregory J. *Lectures on the duties and qualifications of a physician*. London: W. Strahan and T. Cadell; 1772.
22. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):595–608.
23. Ha JF, Hons M, Anat DS, Longnecker N, Charles S, Hospital G. Doctor-patient communication : a review. *Ochsner J*. 2010;10:38–43.
24. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(178).

25. Hellin T. The physician patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia*. 2002;8:450–4.
26. Hippocrate. *Oevres completes d'Hippocrate*. Vol II. *Épidémies premier livre*. Paris: Bailliéré, 1840:635.
27. Hoffmanni F. *Medicus politicus. Lugduni Batavorum (Leiden/Holanda): Philippum Bonk; 1746*.
28. Issel LM, Kahn D. The economic value of caring. *Heal Care Manag Rev*. 1998;23(4):43–53.
29. Johansson M, Jørgensen KJ, Getz L, Moynihan R. “Informed choice” in a time of too much medicine - no panacea for ethical difficulties. *BMJ*.
30. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57–65.
31. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51:712–8.
32. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.
33. Kerse N, Buetow S, Mainous III AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*. 2004;49(2):455–61.
34. Knauth, DR, Leal, AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50): 457-67.
35. Kolling MG. Patient perception of patient centeredness questionnaire. 2012.
36. Lázaro, J.; Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7–17.
37. Lourdes M De, Botta M, Aparecida M, Moraes A De, Marques M, Marvulo L, et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl 1):1715–24.
38. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831–65.

39. Macinko J, Guanais FC, Souza M de FM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-19.
40. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
41. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438-50.
42. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria*. 2010;42(4):196-203.
43. McGlynn EA, Brook RH. Keeping quality on the policy agenda. *Health Aff*. 2001;20(3):82-90.
44. Meneses A, Gomes DA, Caprara A. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;1101-19.
45. Mercer SW, Mcconnachie A, Lloyd SM. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):117-24.
46. Mergen H, van der Feltz-Cornelis CM, Karaoğlu N, Mergen BE, Öngel K. Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in comparison with the europep instrument in a family medicine center. *HealthMED*. 2012;6(5):1763-70.
47. Mondeville H. *La Chirurgie*. Paris: Firmin Didot; 1314.
48. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chil*. 2010;138:1047-54.
49. Naisbitt J. *Megatrends: ten new directions transforming our lives*. New York: Warner; 1984.
50. Percival T. *Medical Ethics*. Manchester: Russell; 1803.
51. Pereira CMA da S. Tradução, adaptação cultural e validação da Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) para a língua portuguesa do Brasil. 2012.

51. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Med Care Res Rev.* 2008;65(6):696–712.
52. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient–Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. *J Clin Psychol Med Settings.* 2014;21(3):291–6.
53. Potter SJ, McKinlay JB. From a relationship to encounter: An examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Soc Sci Med.* 2005;61:465–79.
54. Ramsey P. *The Patient as Person.* New Haven: Yale U Press; 1973.
55. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *Br J Gen Pr.* 2009;59(561):116–33.
56. Robbins A. The Problem With Satisfied Patients. *The Atlantic* [Internet]. 2015; Available from: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/04/the-problem-with-satisfied-patients/390684/>
57. Roter DL, Hall J a, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 2002;288(6):756–64.
58. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Heal* 1989;10:163-80. 1989;10:163–80.
59. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006;23(3):308–16.
60. Starfield B. *Primary Care: concept, evaluation and policy.* 1992.
61. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
62. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344:1129–33.
63. Stewart M a, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 1979;29(199):77–81.
64. Stewart M a. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423–33.
65. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* 3rd ed. London: Radcliffe Medical Press; 2014. 442 p.

66. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 4th ed. Oxford University Press; 2008. 450 p.
67. Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. The doctor-patient relationship and its historical context. *Am J Psychiatry*. 1958;115(6):522–8.
68. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1956;97(5):585–92.
69. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480–92.
70. Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med*. 1978;12(2A):123–8.
71. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(2):115–20.
72. Vick S, Scott A. Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *J Health Econ*. 1998;17(5):587–605.
73. Veatch RM. Models for Ethical Medicine. *Hastings Cent Rep*. 1972;2(3):5–7.
74. Zenger M, Schaefer R, van der Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. *PLoS One*. 2014;9(3):e91964.

## **6. ARTIGO**

### **Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), no Brasil**

Lucas Wollmann<sup>1</sup>

Lisiane Hauser<sup>1</sup>

Christina M. Van Der Feltz-Cornelis<sup>2</sup>

Erno Harzheim<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Tilburg University, Holanda

Correspondência

Lucas Wollmann

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

lucasw.bm@gmail.com

**A ser enviado à Revista de Saúde Pública**

## RESUMO

**Introdução:** A relação médico-paciente (RMP) é um fator fundamental no contexto de atendimento em saúde. Uma RMP desenvolvida de maneira satisfatória está associada com melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento e maior satisfação com o atendimento, fatores importantes no manejo de condições agudas e crônicas. No Brasil, não existem instrumentos validados de avaliação da RMP. O objetivo deste artigo é descrever o processo de tradução e adaptação do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9), avaliando sua validade e fidedignidade, além de comparar a concordância entre duas diferentes formas de aplicação.

**Método:** O instrumento foi traduzido e adaptado de acordo com as diretrizes do *COSMIN Initiative*. Em um estudo transversal com 133 usuários adultos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, o PDRQ-9 foi respondido pelos participantes de maneira autoaplicada e através de entrevista. O instrumento também foi validado através de entrevista utilizando os dados dos participantes da Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos, um estudo transversal com uma amostra sistemática de UBS em todas as regiões de todo o Brasil. Uma subamostra aleatória de 628 entrevistados dessa pesquisa foi selecionada para a validação nesse estudo.

**Resultados:** Na análise fatorial, todos os itens apresentaram carga fatorial considerada satisfatória, em todos os diferentes métodos de aplicação e populações. Na utilização do método autoaplicado, foi encontrado alfa de Cronbach de 0,94. A aplicação através de entrevista encontrou alfa de Cronbach de 0,95 e 0,94 nas duas diferentes amostras. A variância explicada pelo instrumento variou entre 68,8% e 73,1%. A utilização do PDRQ-9 através de entrevista ou de maneira autoaplicada foi considerada equivalente. **Discussão:** A validação brasileira do PDRQ-9 replicou a estrutura fatorial encontrada no estudo original, com alta consistência interna e equivalência entre dois diferentes métodos de aplicação. Com essa validação, torna-se disponível um instrumento conciso de avaliação da RMP, permitindo a inclusão de uma nova dimensão da qualidade do cuidado em saúde em pesquisas clínicas e de avaliação de serviços e em saúde pública, gestão em saúde e *pay for performance* e na formação profissional.

Palavras chave: Relações médico-paciente; Estudos de validação; Psicometria.



## ABSTRACT

**Introduction:** The patient-doctor relationship (PDR) is a fundamental aspect of health care. A satisfactory PDR is associated with more favorable health outcomes, greater treatment adherence, and higher satisfaction with the care provided, important factors in the management of acute and chronic conditions. In Brazil, no validated instruments are available to evaluate PDR. The aim of the present study was to translate and culturally adapt the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), evaluating the validity and reliability of the Brazilian Portuguese version, as well as to compare the agreement between two modes of administration.

**Methods:** The instrument was translated and adapted in accordance with the guidelines of the COSMIN Initiative. After that, the PDRQ-9 was self-administered or administered through interviews in a cross-sectional study performed with 133 adult users of a Basic Health Unit (BHU) in the city of Porto Alegre. The instrument was also validated through interviews using data from the participants of the More Doctors Program (Programa Mais Médicos) Evaluation Survey, a cross-sectional study including a systematic sample from BHUs across all the regions of Brazil. A random subsample of 628 respondents from this study was selected for validation in that study.

**Results:** Factorial analysis revealed satisfactory factor loading for all items with both modes of administration and populations. For the self-administration mode, Cronbach's alpha was 0.94. Administration using interviews revealed a Cronbach alpha of 0.95 and 0.94 for the two samples. The variance explained by the instrument ranged from 68.8% to 73.1%. Administration of the PDRQ-9 through interviews or self-administration was considered to be equivalent.

**Discussion:** Validation of the Portuguese Brazilian version of the PDRQ-9 showed that the factorial structure of the original instrument was maintained, with high internal consistency and equivalence between the two modes of application. The present work has thus produced a concise instrument for assessment of PDR in Portuguese, allowing assessment of an additional dimension of quality in health care in clinical research and evaluation of services and public health, health administration and pay for performance and in professional training

Key-words: Physician-patient relations; Validation studies; Psychometrics.

## INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é tão antiga quanto a própria medicina<sup>1</sup>. A percepção da relação médico-paciente como um fator importante no contexto de atendimento em saúde é um conceito culturalmente consolidado<sup>2</sup>. É sabido que a relação médico-paciente envolve componentes de transferência verbal de informações associados a aspectos socioemocionais<sup>3</sup>. Apesar disso, não existe consenso em relação a uma definição universalmente aceita, impossível, devido à complexidade e subjetividade inerentes ao processo. De maneira operativa, a relação médico-paciente pode ser entendida como um tipo especial de relação humana que, seja em termos de função ou estrutura, é um componente do cuidado com potencial de afetar desfechos em saúde<sup>4,5</sup>. Uma relação médico-paciente desenvolvida de maneira satisfatória está associada com melhor controle de sintomas como dor, limitação funcional, ansiedade<sup>6</sup>, perda de peso e controle da pressão arterial<sup>7</sup>. Além disso, melhora a adesão ao tratamento<sup>8</sup> e aumenta a satisfação com o atendimento<sup>9</sup>, fatores com impacto direto no manejo de problemas de saúde agudos e crônicos<sup>6</sup>.

A relação médico-paciente pode ser abordada de diferentes maneiras. Pode ser vista como a relação de confiança, aliança terapêutica ou empatia, desenvolvida entre médico e paciente<sup>10</sup>. Também pode ser tratada como as habilidades de comunicação e interação do médico ou a relação de continuidade do atendimento<sup>5,11</sup>. São identificados como fatores com potencial de afetar a relação médico-paciente características pessoais como cor da pele, sexo, status socioeconômico e idade, além das habilidades interpessoais e de comunicação do médico e seu vestuário<sup>12-17</sup>.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a relação médico-paciente está inserida no contexto da longitudinalidade, uns dos atributos essenciais da APS definidos por Starfield<sup>18</sup>. Segundo a autora, as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade da APS<sup>18</sup>.

A mensuração da relação médico-paciente no contexto clínico é na maioria das vezes obtida através da percepção dos pacientes<sup>10</sup>. A dimensão mais frequentemente avaliada refere-se a alguma forma de aliança, com descrições como

vínculo, objetivos, tarefas e colaboração. Outras dimensões frequentemente avaliadas são confiança, empatia e comunicação relacional<sup>10</sup>. Metodologias qualitativas vem sendo usadas especialmente como ferramenta no desenvolvimento da estrutura conceitual dos fatores que definem as relações entre médico e paciente<sup>5</sup>. Os métodos quantitativos, usualmente escalas validadas, são a estratégia mais comumente utilizada com objetivo de aferição dos processos de interação médico-paciente, em função de suas vantagens em termos de validade externa e comparabilidade dos resultados<sup>11</sup>. A praticidade das escalas em relação à aplicação e análise de resultados também favorece o seu uso em estudos clínicos ou populacionais, bem como na avaliação de profissionais e serviços de saúde.

Não foram encontrados instrumentos de avaliação da relação médico-paciente validados no Brasil, adaptados ao cenário da prática médica ambulatorial. Além disso, no Brasil, grande parte dos usuários de serviços de saúde são analfabetos literais ou funcionais, sendo necessário um recurso que possa ser utilizado por essa população. O *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9)<sup>19</sup> é um questionário desenvolvido na Holanda em 2004. Já foi traduzido e validado nos Estados Unidos<sup>20</sup>, Alemanha<sup>21</sup>, Espanha<sup>22</sup>, Turquia<sup>23</sup> e Bangladesh<sup>24</sup>. É considerado adequado ao cenário da APS, por ser conciso, fácil de aplicar e com excelente confiabilidade e consistência interna<sup>10</sup>. O objetivo deste artigo é descrever o processo de tradução e adaptação do PDRQ-9 ao contexto brasileiro, avaliando sua validade e fidedignidade, e comparar a concordância entre a aplicação do instrumento de modo autoaplicado e através de entrevista.

## MÉTODOS

Todos os procedimentos de adaptação transcultural e validação foram realizados de acordo com as recomendações do *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN initiative)*<sup>25</sup>, uma diretriz internacional de avaliação da qualidade metodológica de estudos sobre propriedades de instrumentos de mensuração em saúde.

### *O PDRQ-9*

É um instrumento<sup>19</sup> que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente, com foco na percepção da disponibilidade para ajuda e empatia do médico. Ele foi desenvolvido a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia. Durante o processo de validação alguns itens foram adicionados ou modificados e os itens específicos do cenário da psicoterapia foram excluídos, finalizando uma escala composta por nove itens.

Cada item do instrumento é uma afirmação acerca de diferentes aspectos da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade), avaliando aspectos relacionais e de satisfação. Originalmente o instrumento foi desenvolvido para ser utilizado de maneira autoaplicada, no qual o paciente deve responder o quanto concorda com cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos (1=Não concordo até 5=Concordo totalmente). Em uma população, o escore de cada item é calculado através de média aritmética das respostas daquele item e um escore geral pode ser calculado com a média aritmética das respostas dos nove itens.

### *Delineamento e amostra*

Duas amostras foram utilizadas no processo de validação do PDRQ-9. A amostra do estudo de validação principal (EVP) teve por objetivo validar o instrumento para ser respondido de maneira autoplicada e também através de entrevista. O EVP foi um estudo com delineamento transversal, composto por 133 usuários, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Porto Alegre. Foi realizada uma amostragem por conveniência, estratificada por sexo e duas faixas etárias (18 a 59 anos e  $\geq 60$  anos). Os estratos foram realizados utilizando com referência os dados de um grande serviço de APS da cidade de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a dezembro de 2016. Os usuários eram abordados por entrevistadores treinados após a consulta médica. Deveriam ter escolaridade  $\geq 4$  anos e ao menos duas consultas com aquele médico.

Respondiam o PDRQ-9 de maneira autoaplicada, depositavam sua resposta em uma urna e então respondiam o mesmo instrumento através de entrevista. O paciente não sabia que teria que responder novamente o instrumento por meio de entrevista quando era convidado a responder de maneira autoaplicada. Para avaliação da estabilidade da escala no tempo, os participantes recebiam novamente o instrumento por carta ou e-mail, para que respondessem em seu domicílio após duas semanas.

Para avaliar a concordância da aplicação do PDRQ-9 de modo autoaplicado e através de entrevista, foi realizado cálculo de tamanho da amostra do EVP para realização de teste de equivalência entre duas médias pareadas, de acordo com o procedimento de Bland Altman<sup>27</sup>. Foi considerada uma média do escore geral do instrumento=4,06 e um desvio-padrão=0,77<sup>19</sup>. Como referência para comparação entre métodos de aplicação, foi utilizado estudo espanhol que aplicou o PDRQ-9 como entrevista<sup>22</sup>. Foi estipulada uma diferença esperada=0,2, uma diferença negligenciável=0,35, correlação=0,8, poder=0,8 e significância estatística=0,05.

O instrumento também foi validado utilizando uma amostra dos participantes da Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos (PAPMM), um estudo transversal com uma amostra sistemática de Unidades de Saúde da Família (USF) de todo o Brasil. O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de todo o Brasil, comparando médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) com médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM. Em cada USF amostrada eram abordados, por meio de seleção consecutiva após consulta com médico previamente selecionado, cerca de 12 usuários adultos ( $\geq 18$  anos), com ao menos duas consultas com aquele médico. Esses usuários respondiam a diversos instrumentos, através de entrevista com pesquisadores previamente treinados, dentre eles o PDRQ-9. De um total de 6200 usuários entrevistados na PAPMM, foram selecionados de maneira aleatória 10% (628) dos participantes, para a validação do PDRQ-9. Essa subamostra foi estratificada por região da federação, porte do município, número de equipes de ESF e categoria de vínculo do médico (integrante ou não do Programa Mais Médicos). Para a validação do PDRQ-9 não foram incluídos os dados dos pacientes atendidos por médicos cubanos, a fim de evitar viés de confusão relacionado a diferença de idioma.

### *Tradução e adaptação*

Foram realizadas duas traduções do inglês para o português, por dois tradutores independentes e nativos na língua inglesa. Então foi realizada a *backtranslation* para o inglês por outra dupla de tradutores independentes, brasileiros com fluência na língua inglesa. As traduções foram comparadas entre si e com a versão original e os ajustes foram feitos pela equipe de pesquisa, com objetivo de tornar o instrumento claro e culturalmente adaptado, mantendo fidelidade semântica ao original. Foram realizados quatro pré-testes com 10 questionários, em usuários adultos, na mesma UBS onde foi realizada o EVP. O objetivo do questionário foi explicado aos participantes, que foram perguntados se consideravam as afirmações compreensíveis e relevantes. Após cada pré-teste os resultados eram discutidos com a equipe de pesquisa. Diferentes palavras foram testadas com objetivo de verificar qual palavra era melhor compreendida, mantendo o sentido original da escala. As dúvidas foram discutidas com a autora do instrumento e os ajustes considerados necessários foram realizados, até a redação final do instrumento adaptado.

### *Validade, fidedignidade e concordância*

Para avaliação da validade do instrumento utilizou-se a análise fatorial com extração via componentes principais, número de fatores livres e autovalor superior a 1,0. Foram selecionados os itens com carga fatorial superior a 0,30<sup>26</sup>. A fidedignidade deste instrumento foi avaliada através da consistência interna e da estabilidade no tempo. Para avaliar a consistência interna de cada componente, utilizou-se a correlação item-total, considerando adequados os itens com valor superior a 0,50, além do coeficiente alfa de Cronbach, considerando um valor adequado se igual ou superior a 0,70<sup>26</sup>. As análises de estabilidade no tempo e de concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista foram realizadas através do procedimento de Bland Altman<sup>27</sup>, com realização de teste de Wilcoxon, e avaliação do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), este último considerado adequado se superior a 0,60<sup>26</sup>. Todas as análises foram realizadas através do software SPSS versão 18.

### *Aspectos éticos*

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pelos Comitês de Ética de todos os municípios participantes da PAPMM que solicitaram tal aprovação. As informações coletadas foram mantidas em sigilo, não sendo divulgados os nomes dos entrevistados. Os dados foram apresentados agrupados, mantendo-se a confidencialidade sobre as respostas de cada indivíduo. Todos os entrevistados receberam uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Somente foram entrevistados os sujeitos que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS**

O questionário apresentou boa aceitação por parte dos participantes. Não foram identificados problemas em relação à compreensão dos itens do instrumento. Não houve *missings* em nenhum questionário.

Na Tabela 1 é possível visualizar a caracterização dos participantes das duas amostras utilizadas na validação do PDRQ-9.

Dezessete médicos foram responsáveis pelo atendimento dos participantes do EVP. A idade média dos médicos nessa amostra foi de 32 anos, sendo 12 (70,6%) mulheres. Cinco médicos (29,4%) possuíam especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O tempo médio de formação em medicina era de 4,7 anos, trabalhando na USF onde foi realizada a pesquisa em média há 2,3 anos. Possuíam carga horária semanal média de 54 horas (considerando todos os empregos), atendendo aproximadamente 34 pacientes por semana na UBS onde foi realizada a pesquisa. Na PAPMM, 52 médicos foram responsáveis pelo atendimento dos participantes, dos quais dois recusaram-se a fornecer os seus dados. A idade média dos médicos nessa amostra foi de 39 anos, sendo 25 (50%) mulheres. Trinta e seis médicos (72%) possuíam especialização em MFC. O tempo médio de formação em medicina era de 12,2 anos, trabalhando na USF onde foi realizada a pesquisa em média há 3,6 anos. Possuíam carga horária semanal média de 60 horas, atendendo aproximadamente 126 pacientes por semana na UBS onde foi realizada a pesquisa.

TABELA 1 – Caracterização da amostra de participantes do EVP e PAPMM. Brasil (todas as regiões), 2016.

	EVP (n=133)	PAPMM (n=628)
Sexo		
Masculino	39 (29,3%)	155 (24,7%)
Feminino	94 (70,7%)	473(75,3%)
Idade*	55 (18,0)	48 (17,1)
Cor autodeclarada		
Branca	111 (83,5%)	213 (33,9%)
Parda	15 (11,3%)	319 (50,8%)
Outras (preta, amarela, indígena)	7 (5,2%)	96 (15,3%)
Você vive com companheiro(a)?		
Sim	70 (52,6%)	404 (64,3%)
Não, mas já viveu	51 (38,3%)	154 (24,5%)
Nunca viveu	12 (9,0%)	70 (11,1%)
Situação laboral		
Trabalhando	59 (44,4%)	239 (38,1%)
Aposentado/benefício	52 (39,1%)	191 (30,4%)
Desempregado	22 (16,5%)	198 (31,5%)
Anos de estudo completos*	11 (3,7)	7 (4,6)
Número de consultas com o médico nos últimos 12 meses**	3 (3)	5 (7)

\* Dados apresentados como média (desvio-padrão)

\*\* Dados apresentados como mediana (amplitude interquartil)

EVP: Estudo de Validação Principal; PAPMM: Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos

Na Tabela 2 está descrito o escore médio, desvio-padrão, cargas fatoriais e correlação item-total dos itens do PDRQ-9 através de método autoaplicado, na população do EVP. Observa-se que para todos os itens a carga fatorial foi  $> 0,30$ , bem como a correlação item total foi  $> 0,50$ .

Um escore geral de 4,45 (DP=0,70), foi obtido na utilização PDRQ-9 de maneira autoaplicada. Na avaliação da fidedignidade, foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,94. A variância explicada acumulada pelos 9 itens do instrumento alcançou o valor de 68,8%.



TABELA 2 – Escore médio, desvio-padrão, cargas fatoriais para a validade fatorial e correlação item-total dos itens do PDRQ-9 através de método autoaplicado no EVP (n=133). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

	Média*	DP	Correlação item total	Carga fatorial
Meu médico me ajuda	4,56	0,72	0,70	0,77
Meu médico tem tempo suficiente para mim	4,45	0,87	0,76	0,82
Eu confio no meu médico	4,48	0,88	0,83	0,88
Meu médico me entende	4,41	0,92	0,88	0,92
Meu médico se dedica a me ajudar	4,58	0,76	0,85	0,89
Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	4,35	0,85	0,75	0,81
Eu consigo conversar com o meu médico	4,56	0,78	0,79	0,84
Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,53	0,76	0,85	0,89
Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	4,12	1,11	0,52	0,59

\* Variação do escore de 1 a 5

EVP: Estudo de Validação Principal; DP: desvio-padrão

É possível observar na Tabela 3 os resultados referentes a aplicação do PDRQ-9 através de entrevista, nas populações do EVP e PAPMM. Aqui também carga fatorial foi  $> 0,30$  e a correlação item total foi  $> 0,50$  para todos os itens.

Na avaliação da fidedignidade do PDRQ-9 aplicado através de entrevista, no EVP foi encontrado um escore geral de 4,43 (DP=0,70), com alfa de Crombach de 0,95 e variância explicada pelo instrumento (considerando todos os itens), alcançando o valor de 73,1%. Na PAPMM, o escore geral obtido foi 3,23 (DP=0,81), com alfa de Cronbach de 0,94 e variância explicada de 69,4%.

TABELA 3 – Escore médio, desvio-padrão, cargas fatoriais para a validade fatorial e correlação item-total dos itens do PDRQ-9 através de método entrevista no EVP (n=133) e PAPMM (n=628). Brasil (todas as regiões), 2016.

	Média*		DP		Correlação item total		Carga fatorial	
	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM
Meu médico me ajuda	4,44	3,26	0,81	0,94	0,86	0,70	0,90	0,76
Meu médico tem tempo suficiente para mim	4,40	3,00	0,91	1,11	0,78	0,72	0,83	0,78
Eu confio no meu médico	4,53	3,32	0,80	0,95	0,85	0,81	0,89	0,86
Meu médico me entende	4,44	3,31	0,88	0,93	0,91	0,82	0,94	0,86
Meu médico se dedica a me ajudar	4,56	3,22	0,79	0,93	0,83	0,80	0,87	0,85
Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	4,34	3,21	0,89	0,91	0,75	0,79	0,80	0,84
Eu consigo conversar com o meu médico	4,50	3,30	0,81	0,95	0,87	0,84	0,90	0,88
Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,51	3,35	0,81	0,98	0,86	0,81	0,90	0,86
Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	4,12	3,08	1,13	1,08	0,54	0,76	0,60	0,81

\* Variação do escore de 1 a 5

EVP: Estudo de Validação Principal

PAPMM: Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos

DP: desvio-padrão

Em relação à avaliação de estabilidade no tempo, 35 participantes do EVP preencheram o questionário de reteste enviado após duas semanas. Foi encontrado um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de 0,96 (IC 95% 0,94-0,98). O gráfico de dispersão de Bland Altman para avaliação da estabilidade no tempo do PDRQ-9 pode ser visto na Figura 1. O gráfico sugere uma distribuição homogênea, com maior concordância para valores extremos. O limite superior de concordância pode ser considerado ligeiramente alargado.

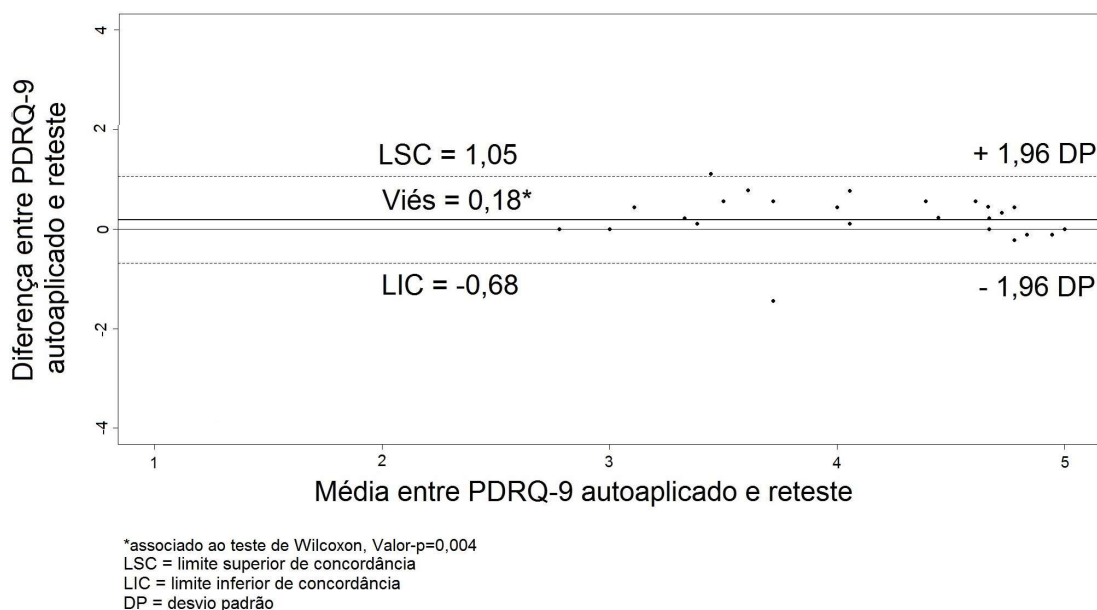


Figura 1 – Gráfico de dispersão de Bland Altman para avaliação da estabilidade no tempo do PDRQ-9 no EVP (n=35). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Na avaliação concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista foi obtido um CCI de 0,94 (IC 95% 0,93-0,95). Na Figura 2 pode ser visto o gráfico de dispersão de Bland Altman. O gráfico apresenta uma distribuição homogênea, diferença de médias muito próxima a zero e limites de concordância estreitos. Foi obtido um Valor-p=0,315, através do teste de Wilcoxon.

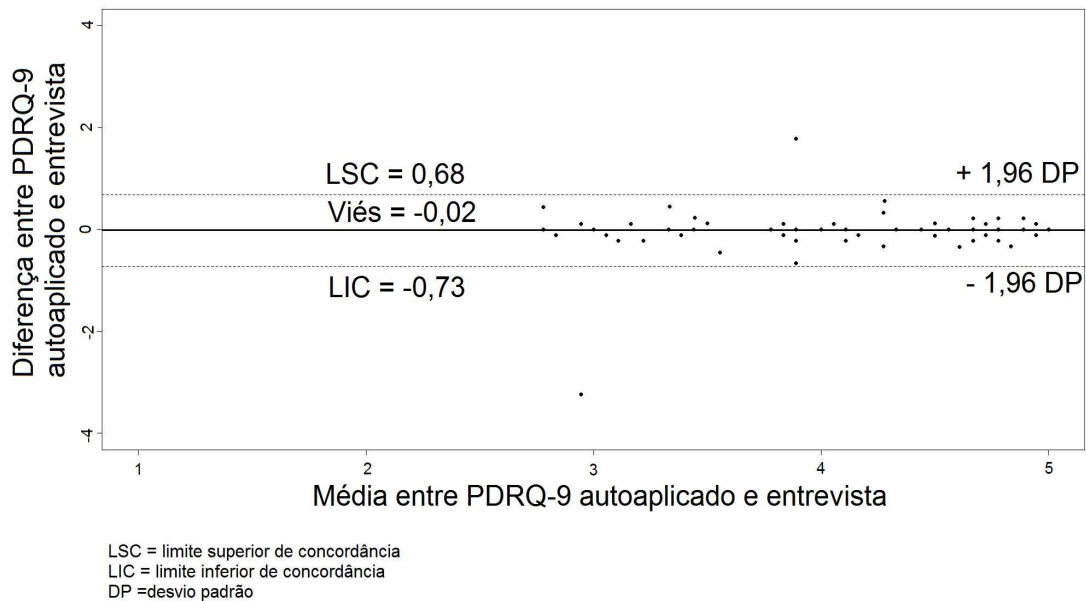


Figura 2 – Gráfico de dispersão de Bland Altman para análise de concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista no EVP (n=133). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

## DISCUSSÃO

A validação brasileira do PDRQ-9 replicou a estrutura unidimensional observada no estudo original<sup>19</sup>. A partir dos resultados obtidos foi possível apresentar o instrumento para medir a relação médico-paciente considerando os nove itens, que mostraram desempenho adequado para as medidas de validade e fidedignidade avaliadas. As cargas fatoriais encontradas em todos os itens e métodos de aplicação das diferentes amostras foram elevadas, com uma queda no item relacionado ao acesso, situação também verificada no estudo original de validação. Uma explicação possível para essa ocorrência é o fato de o conteúdo semântico do termo “acesso” carregar significado não só relacionado a disponibilidade do médico, mas também à organização do serviço de saúde<sup>18</sup>.

A alta consistência interna verificada nesse estudo, seja através do método autoaplicado ou por entrevista nas diferentes populações ( $\alpha=0,94-0,95$ ), também pode ser observada nas outras validações desse instrumento, como a holandesa

( $\alpha=0,94$ )<sup>19</sup>, alemã ( $\alpha=0,95$ )<sup>21</sup> e espanhola ( $\alpha=0,95$ )<sup>22</sup>. A correlação item-total atingiu valores considerados adequados em todas as populações e métodos de aplicação, para todos os itens do instrumento.

A aplicação do PDRQ-9 na PAPMM permitiu a validação desse instrumento utilizando uma amostra com participantes de todas as regiões do Brasil. Esses usuários foram captados em serviços de APS do Sistema Único da Saúde, em suas diferentes formas de organização e disponibilização de atendimento. Além disso, foi possível a inclusão de pessoas com grande diversidade individual e social. Esses fatores somados fortalecem a utilização do PDRQ-9 como instrumento válido e confiável na avaliação da relação médico-paciente no contexto brasileiro.

Apesar de ter sido originalmente desenvolvido como método autoaplicado, o PDRQ-9 já foi validado em outros países para utilização através de entrevista<sup>22</sup>. Contudo, a validação por dois métodos de aplicação distintos nunca havia sido realizada em paralelo, possibilitando a verificação da existência de diferenças entre eles. Foi encontrada elevada correlação e o procedimento de Bland Altman mostrou grande concordância entre os diferentes métodos de aplicação, de onde é possível concluir que estes métodos são equivalentes. A possibilidade da utilização do PDRQ-9 através de entrevista permite a inclusão de analfabetos literais e funcionais – população que no Brasil atinge 17,6% das pessoas com mais de 15 anos, chegando a 27,1% na Região Nordeste<sup>28</sup> – em posteriores aplicações desse instrumento.

Para avaliação da estabilidade da escala no tempo, a taxa de resposta após duas semanas foi baixa (26,3%), evento que também foi verificado no estudo original de validação do PDRQ-9 (33%)<sup>19</sup>. As respostas dos participantes apresentaram correlação excelente. O viés encontrado (0,18) foi estatisticamente significativo, mas considerado pequeno. A maior concordância nos extremos em relação ao centro do gráfico de dispersão sugere que pessoas que avaliam seu médico com escores moderados apresentam maior incerteza no fornecimento das respostas. É possível que a mudança da resposta dos participantes após duas semanas deva-se aos efeitos provocados pelas recomendações ou tratamentos prescritos ao longo desse período. Uma correlação moderada entre teste e reteste foi observada no estudo original, o

único a realizar avaliação de estabilidade no tempo, onde foi encontrado um coeficiente de Pearson de 0,61<sup>19</sup>.

Este estudo apresenta limitações. O fato de os participantes de EVP terem respondido o PDRQ-9 por dois métodos diferentes em sequência pode ter feito com que as pessoas se sentissem compelidas a responder o instrumento de maneira idêntica, subestimando a diferença entre os métodos. Contudo, a utilização da urna como demonstração de inacessibilidade da comparação imediata pelo entrevistador e a falta de conhecimento do participante em saber que responderia o instrumento uma segunda vez minimizam esse efeito. A aplicação do instrumento nas dependências do serviço de saúde pode levar a respostas socialmente aceitas e superestimar o julgamento das pessoas em relação aos seus médicos. Assim como em outros estudos, isso foi minimizado por entrevistadores não vinculados ao serviço e garantia de anonimato das respostas.

A adaptação e validação do PDRQ-9 no contexto brasileiro permitiu a disponibilização de um instrumento conciso e versátil na avaliação da relação médico-paciente, especialmente no cenário da APS, podendo ser utilizado de maneira autoaplicada ou através de entrevista. Com essa validação, torna-se disponível um instrumento apropriado para a avaliação da relação médico-paciente, permitindo a inclusão de uma nova dimensão da qualidade do cuidado em saúde em pesquisas clínicas e de avaliação de serviços e em saúde pública, gestão em saúde, *pay for performance* e na formação profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hellin T. The physician patient relationship : recent developments and changes. *Haemophilia*. 2002;8:450–4.
2. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51:712–8.
3. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Heal* 1989;10:163-80. 1989;10:163–80.

4. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57–65.
5. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pr.* 2009;59(561):116–33.
6. Stewart M a. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423–33.
7. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014;9(4):e94207.
8. Garrity TF. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Soc Sci Med.* 1981;15(3):215–22.
9. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract.* 1998;15(5):480–92.
10. Eveleigh RM, Muskens E, Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:10–5.
11. Greenhalgh T, Heath I. *Measuring quality in the therapeutic relationship.* The Kings Fund. 2010.
12. Ha JF, Hons M, Anat DS, Longnecker N, Charles S, Hospital G. Doctor-patient communication : a review. *Ochsner J.* 2010;10:38–43.
13. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(178).
14. Roter DL, Hall J a, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 2002;288(6):756–64.
15. Cooper-Patrick L, J. Gallo J, J. Gonzales J, Thi Vu H, R. Powe N, Nelson C, et al. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA.* 1999;282(6):583–9.
16. Chung H, Lee H, Chang D-S, Kim H-S, Lee H, Park H-J, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient–doctor relationship. *Patient Educ Couns.* 2012;89(3):387–91.

17. Mercer SW, Mcconnachie A, Lloyd SM. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):117–24.
18. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
19. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(2):115–20.
20. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient–Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014;21(3):291–6.
21. Zenger M, Schaefer R, van der Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. *PLoS One*. 2014;9(3):e91964.
22. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria*. 2010;42(4):196–203.
23. Mergen H, van der Feltz-Cornelis CM, Karaoğlu N, Mergen BE, Öngel K. Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in comparison with the europep instrument in a family medicine center. *HealthMED*. 2012;6(5):1763–70.
24. Arafat SMY. Psychometric Validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). *Psychiatry J*. 2016;2016.
25. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. *The COSMIN checklist manual*. EMGO Institute for Health and Care Research. 2012.
26. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 4th ed. Oxford University Press; 2008. 450 p.
27. Bland J, Altman D. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res*. 1999;8(2):135–60.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2014*. 2nd ed. IBGE. Rio de Janeiro; 2015. 102p.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações humanas nas suas mais diferentes formas e naturezas, nos mais diferentes cenários e situações, contribuem de forma crucial para a percepção de bem-estar, ao longo do tempo. É seguro dizer que uma pessoa que consegue estabelecer relações saudáveis está mais próxima de viver uma vida saudável (ou ao menos ter uma sensação desta).

A relação entre a pessoa e o seu médico usualmente se inicia e desenvolve no contexto de um problema de saúde. Essa singularidade determina o desafio de conseguir estabelecer um vínculo que possua as características gerais de qualquer relacionamento humano satisfatório e que além disso atue como potencializador medicinal, ou mesmo agindo de forma a ser uma terapêutica independente.

A tarefa de conduzir a relação da maneira mais satisfatória possível é dos profissionais, e não dos pacientes. É necessário considerar as habilidades de comunicação e relacionamento como parte da deontologia médica. O profissionalismo deve se apresentar tanto em competências técnicas como relacionais.

Se é possível observar que as habilidades de relacionamento podem ser encontradas de maneira natural e fluida em algumas pessoas, de onde se compreende o virtuosismo de alguns médicos, também é preciso conceber que tais habilidades podem ser aprendidas e incorporadas à prática. Isso através de estudo, treinamento e avaliação adequadas, como em tantas outras ciências.

A validação do PDRQ-9 no contexto brasileiro permite a inclusão da relação médico-paciente como dimensão da avaliação dos serviços de saúde. Possibilita um diagnóstico mais preciso da qualidade do atendimento oferecido às pessoas. O instrumento pode ser usado como ferramenta de gestão na avaliação profissional e

pagamento por desempenho. Também é possível sua utilização em estudos clínicos, como modulador de efeito do impacto de outras intervenções em saúde. Por fim, é útil na qualificação dos profissionais que atendem a população. É a partir dessa avaliação da relação médico-paciente que pode ser possível a identificação de fragilidades e oportunidades de aperfeiçoamento, para que então estratégias de educação sejam desenvolvidas, capacitando os médicos a oferecer um atendimento verdadeiramente integral, sensível, empático e centrado nas pessoas.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 – DOCUMENTOS RELATIVOS À APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos

**Pesquisador:** Erno Harzheim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48653615.6.0000.5327

**Instituição Proponente:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.219.926

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e apoiado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia populacional, é o comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços – e/ou políticas – sociais. A APS vista como o primeiro nível de atenção é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade (abrangência) da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

De acordo com o pesquisadores, uma das causas da heterogeneidade da qualidade apresentada pela APS no Brasil se deve ao número reduzido de médicos com formação especializada para trabalhar em APS (no Brasil, especialidade chamada Medicina de Família e Comunidade) e à dificuldade de fixação de médicos em Unidades Básicas de Saúde. Estes dois fatores fragilizam a qualidade do cuidado médico na APS, limitando sua potencial efetividade. Historicamente a

Continuação do Parecer: 1.219.926

distribuição geográfica dos médicos no território brasileiro segue uma tendência de concentração em determinadas regiões e, dentro das diferentes regiões, de preponderância da alocação nas capitais em detrimento do interior dos estados.

Diversas estratégias já foram aplicadas a fim de reduzir a dificuldade de oferta de cuidado médico qualificado na APS brasileira, tais como o Projeto Rondon (1968), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, em 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS, em 1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS, em 2001). Por fim, em 2013, outra estratégia para aumentar a oferta de trabalho médico no SUS em cidades ou regiões com escassez de médicos foi criada pelo Governo Federal, unindo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Programa Mais Médicos do Brasil (PMM) tem duas estratégias principais. A primeira é a alocação emergencial de médicos brasileiros ou estrangeiros em áreas desassistidas. A segunda é uma mudança na matriz de formação do profissional médico, em nível de graduação e, também, residência médica. O Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em parceria com o Ministério da Educação, o programa prevê a abertura de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020. Novos cursos de medicina deverão ser abertos, com foco nas regiões prioritárias do SUS. Além disso, a oferta de novos programas de residência médica será balizada de acordo com as especialidades prioritárias para o SUS.

O presente projeto visa avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, na perspectiva do Projeto Mais Médicos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo geral

Avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, comparando médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) com médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM.

##### Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil;

Continuação do Parecer: 1.219.926

2. Comparar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil entre equipes com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM;
3. Avaliar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira;
4. Comparar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira entre equipes de Saúde da Família com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são conhecidos riscos, mas poderá haver desconforto pelo tempo dedicado às entrevistas e o conteúdo de algum questionário. Como potenciais benefícios estão a avaliação do Programa e possíveis subsídios para políticas públicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo transversal com uma amostra sistemática de Unidades de Saúde da Família, estratificadas por número de equipes de ESF, com ou sem a presença de médicos que atuam no PMM de todas as regiões brasileiras. Em cada unidade, serão entrevistados, por meio de seleção consecutiva após consulta médica com médico previamente selecionado, cerca de 25 usuários adultos. Estes usuários responderão ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil 15, versão curta, que mede o grau de orientação a APS dos serviços de saúde e algumas perguntas estruturadas em questionário acerca de variáveis sociodemográficas, de morbidade e de qualidade do cuidado recebido. Serão entrevistados por meio de questionário estruturado, todos os médicos selecionados. Este será um questionário reduzido com questões sociodemográficas e sobre a formação do profissional. Serão realizadas fotografias da Unidade de Saúde da Família, assim como preenchido um check list sobre estrutura física da Unidade. O Coordenador da Atenção Básica – ou cargo equivalente - de todos os municípios selecionados serão entrevistados por via telefônica ou por questionário online que incluirá o PCATool-Brasil, versão gerente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram adicionados TCLEs para usuários e médicos e uma folha informativa que será lida aos

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

gerentes, no momento da entrevista, via telefônica.

**Recomendações:**

Verificou-se que o título do projeto não foi modificado no registro do mesmo na Plataforma Brasil, apenas nos arquivos do projeto. Portanto, em uma próxima oportunidade, caso o projeto receba alguma emenda, o título poderá ser atualizado na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.211.545 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas e nova versão de projeto adicionada em 08/09/2015. Não apresenta novas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLEs de 08/09/2015, e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	QuestUsuariosAdultos15AGO26.docx	26/08/2015 19:08:48	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestGerentes15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:17	Erno Harzheim	Aceito

Outros	QuestMedicos15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:46	Erno Harzheim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pesq_pmm.pdf	26/08/2015 19:27:44	Erno Harzheim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoTarefas.pdf	27/08/2015 16:03:25	Erno Harzheim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostas_pendencias_cep_gppg_parecer_02set15.docx	08/09/2015 22:41:42	Erno Harzheim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_pesq_pmm_15set08.docx	08/09/2015 22:42:24	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gerente_pmm_telefone.docx	08/09/2015 22:43:29	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_medico_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:09	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_usuario_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:33	Erno Harzheim	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579565.pdf	08/09/2015 22:44:52		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos

**Pesquisador:** Erno Harzheim

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48653615.6.0000.5327

**Instituição Proponente:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.591.322

**Apresentação do Projeto:**

Em 07/06/2016 foi adicionada emenda com a seguinte justificativa:

- Inclusão da variável "avaliação da qualidade relação médico-paciente" às variáveis de desfecho já descritas na página 9 do protocolo previamente aprovado.

Justificativa:

A qualidade da relação médico-paciente é fator que interfere de maneira importante em diversos desfechos de saúde. Destaca-se a adesão ao tratamento, melhora no controle de comorbidades crônicas e satisfação do usuário.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da emenda é incluir a avaliação da variável "avaliação da qualidade relação médico-paciente" às variáveis de desfecho já descritas no protocolo previamente aprovado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A emenda não agrega riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considerando o objetivo geral da pesquisa:



Continuação do Parecer: 1.591.322

“Avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, comparando o atendimento prestado por médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) com o atendimento prestado por médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM.”

E dada a relevância da avaliação da relação médico-paciente na qualidade do cuidado recebido pelos pacientes, a equipe de pesquisa pretende validar o Patient-Doctor Relationship Questionnaire<sup>5</sup> (PDRQ-9) e utilizar seu resultado da avaliação da qualidade da relação médico-paciente.

O PDRQ-9 é um questionário auto aplicado composto de nove perguntas que avaliam diversos elementos fundamentais da relação médico-paciente.

Para conseguir utilizar os dados de todos os pacientes entrevistados, mas levando em consideração a grande quantidade de analfabetismo funcional no Brasil - 18,1%, chegando a 27,7% em algumas regiões<sup>6</sup> - a equipe de pesquisa propõe a seguinte metodologia:

1. Na pesquisa principal (Avaliação do Projeto Mais Médicos) todos os participantes responderão ao PDRQ-9 através de entrevista.
2. A validação do PDRQ-9 acontecerá em paralelo com a pesquisa principal. Será aplicado apenas o PDRQ-9 para uma amostra de 132 participantes, diferentes dos participantes da pesquisa principal. Eles serão incluídos desde que possuam 4 ou mais anos de estudo completos. Por razões logísticas, a validação do PDRQ-9 será realizada em pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, em Porto Alegre-RS.
3. Esses participantes responderão a escala de duas maneiras (auto aplicada e entrevista).
4. Caso seja encontrada diferença entre os métodos, as análises da pesquisa principal serão ajustadas de acordo resultado do estudo de validação.

Espera-se assim validar o PDRQ-9 para aplicação de duas diferentes maneiras, possibilitando seu uso em todos os participantes, independentemente de seu grau de escolaridade. A autora do PDRQ-9, Dra. Christina van der Feltz-Cornelis, aprovou a utilização desse método de validação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi adicionado TCLE da pesquisa de validação.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.591.322

**Recomendações:**

Recomendamos adicionar uma notificação ao projeto, incluindo a autorização recebida da Dra. Christina van der Feltz-Cornelis, aprovando a utilização desse método de validação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda de 07/06/2016 aprovada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_734636E1.pdf	07/06/2016 09:19:54		Aceito
Outros	adendo_pesquisa_maismedicos.docx	07/06/2016 09:16:00	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestPDRQ.docx	07/06/2016 09:15:04	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_usuario_PDRQ.docx	07/06/2016 09:13:47	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_usuario_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:33	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_medico_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:09	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gerente_pmm_telefone.docx	08/09/2015 22:43:29	Erno Harzheim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_pesq_pmm_15set08.docx	08/09/2015 22:42:24	Erno Harzheim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostas_pendencias_cep_gppg_parecer_02set15.docx	08/09/2015 22:41:42	Erno Harzheim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoTarefas.pdf	27/08/2015 16:03:25	Erno Harzheim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pesq_pmm.pdf	26/08/2015 19:27:44	Erno Harzheim	Aceito

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.591.322

Outros	QuestMedicos15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:46	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestGerentes15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:17	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestUsuariosAdultos15AGO26.docx	26/08/2015 19:08:48	Erno Harzheim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

ANEXO 2 – *PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE* ( PDRQ-9) –  
VERSÃO ORIGINAL E VERSÃO ADAPTADA E TRADUZIDA.

ORIGINAL	PORTUGUÊS
<b>Apresentação</b>	
You will read nine statements that a person can make about his/her primary care physician (PCP). Please choose the appropriateness of each statement for your PCP by marking one number per statement. The meaning of the numbers is as follows:	Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:
<b>Opções de resposta</b>	
1 = not at all appropriate 2 = somewhat appropriate 3 = appropriate 4 = mostly appropriate 5 = totally appropriate	1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente
<b>Itens do instrumento</b>	
My primary care physician (PCP) helps me.	Meu médico me ajuda.
My PCP has enough time for me.	Meu médico tem tempo suficiente para mim.
I trust my PCP.	Eu confio no meu médico.
My PCP understands me.	Meu médico me entende.
My PCP is dedicated to help me.	Meu médico se dedica a me ajudar.
My PCP and I agree on the nature of my medical symptoms.	Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas.
I can talk to my PCP.	Eu consigo conversar com o meu médico.
I feel content with my PCP's treatment.	Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece.
I find my PCP easily accessible.	Eu acho fácil ter acesso ao meu médico.
<b>Itens eliminados durante a validação do instrumento</b>	
I think my PCP finds me hard to deal with	
I benefit from the treatment of my PCP	
Thanks to my PCP I feel better	
Thanks to my PCP I gained new insight	
I can handle my medical symptoms now (Even if my PCP and I have no further meetings)	
My medical symptoms will probably disappear	