



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ADRIANA SOFIA CORREIA DIAS

***CONFIANÇA DO DOENTE NO MÉDICO. VALIDAÇÃO DE
QUESTIONÁRIO.***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

AREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:
PROFESSOR DOUTOR LUÍZ MIGUEL SANTIAGO

MARÇO DE 2019

Confiança do doente no médico. Validação de Questionário

Adriana Sofia Correia Dias¹ ; Professor Doutor Luiz Miguel Santiago^{1,2}

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
2. Unidade de Saúde Familiar Topázio

Índice

Resumo	4
Abstract	6
Abreviaturas	8
Introdução	9
Metodologia	11
Procedimentos:.....	11
Análise estatística	12
Resultados	13
Caracterização geral da amostra.....	13
Distribuição da amostra em função do sexo.....	14
Análise estatística do Teste e Re-Teste.....	16
Confiabilidade e variância dos testes Trust e JSPPPE	16
Correlação JSPPPE Trust.....	19
Análise inferencial de JSPPPE e Trust pelas variáveis estudadas	19
Discussão	22
Estudo preliminar	22
Estudo de campo	23
Conclusão	25
Bibliografia	27
Anexos	29

Resumo

Introdução: A medicina praticada na atualidade deve ter como base a comunicação médico-doente, para a qual é fundamental existir uma relação de confiança mútua, de forma a que os doentes se sintam capazes de partilhar os seus problemas. Neste tema, foram conduzidos estudos que revelaram melhores “outcomes” ou consequências a nível dos cuidados de saúde, pelo que importa agora explorar como varia a confiança que o doente tem no médico em áreas específicas da Medicina.

Objetivos: Adaptar culturalmente e validar populacionalmente um instrumento de avaliação de confiança no médico e estudar a correlação entre características do doente e empatia e os níveis de confiança obtidos nesse mesmo instrumento na população frequentadora de médicos de Medicina Geral e Familiar.

Métodos: Após o processo de teste e re-teste, foi aplicado um questionário que incluía as escalas Jefferson Scale of Patients Perception on Physician Empathy (JSPPPE) e Confiança no Médico (Trust Scale) ambas já validadas para o contexto português, mas a segunda apenas na área da pessoa sofrendo de diabetes. A amostra englobou 123 utentes, tendo sido entrevistados consulentes que recorriam ao seu médico de família nesse dia, em Centros de Saúde da Região Centro, durante os meses de Dezembro de 2018 e Fevereiro de 2019. Registaram-se também os dados de cada utente relativamente à idade, sexo, SEDI (grau de instrução, atividade profissional e rendimento), toma diária de medicamentos, tempo de seguimento pelo atual médico de família, número de doenças.

Resultados: Análise realizada em teste e re-teste com uma amostra de 35 pessoas mostrou $\rho=0,786$, $p<0,001$. No estudo de validação populacional a escala de confiança “Trust scale” obteve um valor de alfa de Cronbach de 0,772, um KMO= 0,905 e teste de esfericidade de Barlett com $p < 0,001$, com um fator a explicar 54,248% da variância. Para JSPPPE obtivemos um alfa de Cronbach de 0,804. O teste KMO=0,821 e no teste de esfericidade de Barlett $p < 0,001$, em que apenas um valor explica 63,765% da variância total. A correlação entre os valores totais de ambas as escalas mostra $\rho=0,720$, $p<0,001$. Para a escala “Trust Scale” encontramos diferenças para a idade $p=0,001$, atividade profissional $p=0,011$, número de doenças julgadas ter $p=0,008$ e quantos medicamentos toma diariamente $p=0,009$.

Discussão: Instrumentos com boa consistência interna e sem outros para comparação permitem auto-formação médica, desde que cumpridas as boas regras de realização de estudos. A empatia sentida por consulente pode ter uma relação direta positiva com a

confiança. Identificamos que o grupo com menos de 35 anos de idade apresenta menores níveis de confiança, bem como os grupos de trabalhadores ativos e estudantes. Por oposição, os grupos com toma de medicação diária superior a 5 e o que julga ter mais do que 5 doenças apresentam melhores níveis de confiança no médico.

Conclusão: A “Trust scale” ou “Confiança no médico” parece ser de confiança e fiável para a população geral portuguesa de frequentadores de consultas de Medicina Geral e Familiar. A empatia está diretamente relacionada com a confiança no médico. Também a maior morbilidade está associada a melhores níveis de confiança no médico e, pelo contrário, utentes com idade inferior a 35 anos, estudantes e trabalhadores ativos apresentam menores níveis de confiança no médico.

Palavras-chave: Confiança; Empatia; Escala de confiança; Confiança no médico; Relação médico- doente.

Abstract

Introduction: The medicine practiced today is based on doctor-patient communication, for which the foundation is mutual confidence, allowing patients to feel able to share their concerns. In this line of thought, many studies have been developed which conclude that higher levels of confidence relate to better health outcomes, so it is now important to understand how the patient-doctor confidence varies in different areas of medicine.

Objectives: Applying a confidence evaluation instrument, in order to study the correlation between the patient characteristics and empathy and trust in the doctor patient relationship in the population attending general and family medicine physicians

Methods: After a process of testing and retesting the scale, a form was applied that included the JSPPPE and Trust scales, both validated in portuguese but the second one, only for the diabetic population. A sample of 123 patients was studied that resorted to their family doctors between the months of december 2018 and february 2019. The following patient data was collected: sex, age, SEDI (schooling, activity and yeld), amount of medicine taken per day, follow-up time by their doctor and number of diseases.

Results: Statistical analysis of the test and retest in a sample of 35 patients revealed a $\rho=0,786$, $p<0,001$. The populational validation study of the Trust scale revealed an alfa of 0,772, KMO= 0,905 and Barlett test with $p <0,001$, in which one factor explains 54,248% of the variance. Analysing JSPPPE we obtained an alfa of 0,804, KMO=0,821 and Barlett test $p < 0,001$, in which only one value explains 63,765% of the variance. The correlation between the total values of the scales shows $\rho=0,720$, $p<0,001$. Studying the different variables we achieved the following results: age $p=0,001$, activity $p=0,011$, number of diseases believed to have $p=0,008$ and amount of medicine taken daily $p=0,009$.

Discussion: The first part focused on validating the trust scale, by ensuring internal consistency. In the field work fase, both Trust and JSPPPE presented good internal consistency and adequate sampling. Analysing the results we perceived that empathy can have a positive direct correlation with confidence. The participants under 35 years of age, as well as the working and students group are the ones with lower levels of trust. By opposition the ones who take more than 5 medicine daily or believes to have more than 5 diseases present higher levels of confidence in their doctors.

Conclusion: Instruments with good internal consistency and without others for comparison allow medical self-training, considering that the good rules of conducting studies are met. The Trust scale seems reliable for the general portuguese population attending general and family medicine consultations. We conclude that empathy is directly related to confidence in the doctor. Moreover higher morbidity is related to higher levels of trust. In contrary, patients age under 35, students and working present lower levels of trust in their doctors.

Keywords: Trust; Empaty; Trust in doctor; Trust scale; Doctor-patient relationship.

Abreviaturas

MCP – Medicina centrada na pessoa

ARS – Administração Regional de Saúde

JSPPP - Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

USF – Unidade de Saúde Familiar

SEDI - Social Economic Deprivation Index

Introdução

A medicina centrada na pessoa tem-se estabelecido como o método mais adequado à prática da medicina na atualidade, promovendo a adesão e levando a melhores resultados terapêuticos.(1)(2)

No entanto, para que seja possível estabelecer uma boa relação médico-doente é necessário que a mesma assente em confiança mútua, de forma que o doente possa expor os seus problemas e beneficiar da terapêutica mais adequada, (3) sendo considerada uma componente inevitável em relações que envolvem um cuidador.(4) e [Pellegrino e Thomasma- Virtues in Medical Practice].

De facto, diversos estudos demonstram que altos níveis de confiança entre o doente e o médico se refletem numa melhor adesão à terapêutica, melhor seguimento do doente, redução da necessidade de estudos adicionais e redução da necessidade de segundas opiniões, reduzindo assim os custos com os cuidados de saúde. (5)

Mas o que é a confiança? M.Hall define confiança como a aceitação otimista de um estado de vulnerabilidade, em que um individuo confia que um segundo irá cuidar dos seus melhores interesses.(4) Mais ainda, divide-a em cinco componentes:

- Fidelidade, entendida como a intenção de seguir os melhores interesses do doente, não tirando vantagem da sua vulnerabilidade
- Competência que se compreende como a produção dos melhores resultados possíveis, evitando possíveis erros
- Honestidade, contando a verdade e evitando possíveis falsidades
- Confidencialidade, ou seja, a proteção e uso conveniente de informação sensível ou privada relativa ao doente
- Confiança global, que se entende como uma visão holística de confiança e que engloba todos os componentes que não encaixa nos tópicos anteriores.

Para medir este aspeto da relação médico doente, vários autores criaram escalas que tentam medir os componentes apontados anteriormente(6–8) ,tentando compreender de que forma a confiança que o doente tem no médico influencia os cuidados de saúde.

Para este trabalho decidimos utilizar uma dessas escalas, “Trust Scale” de Linda Anderson, traduzida e validada para doentes com diabetes (9), e aplicar e validar a mesma em pacientes em Medicina Geral e Familiar.

Além de utilizar a escala supracitada optamos ainda por incluir no questionário a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy, uma escala concebida por

Hojat e colaboradores(10) com o objetivo de quantificar a empatia na relação médico-doente e sentida por este. Este componente da relação, tal como a confiança, serão fundamentais à comunicação entre ambas as partes e tem sido também associado a melhores resultados de cuidados de saúde.(10)

Foi ainda incluído o Social Economic Deprivation Index (SEDI) para compreender o seu impacto na confiança no médico, já que índices mais baixos foram associados a piores consequências na saúde, maiores custos e maior mortalidade por todas as causas.(11)(12)

Com este trabalho pretende-se fazer uma adaptação cultural e validação concorrente da “Trust Scale”, até agora apenas utilizada em pessoas sofrendo de diabetes tipo 2, para a população em geral e perceber a correlação entre os níveis de confiança que o doente deposita no médico, com os níveis de empatia mantidos nessa relação e a forma como os mesmos variam de acordo com as características do doente (sexo, idade, literacia, vencimento, família, número de doenças que julga que tem, quantidade de medicação habitual e o tempo que é seguido pelo médico em causa).

Este trabalho teve o propósito de identificar que variáveis estão associadas com menores níveis de confiança, funcionando assim como fatores de risco à relação doente médico, permitindo inserir medidas de correção por forma a que o doente tenha os cuidados de saúde que merece.

Metodologia

Procedimentos:

Numa primeira fase, foi pedida autorização à autora original de “Trust Scale” para utilização do mesmo, e autorização dos tradutores do mesmo questionário para português. Após esta fase o instrumento foi devidamente construído.

O estudo teve aprovação pela Comissão de ética da ARS do Centro, possibilitando a sua aplicação e utilização para o estudo em curso.

Para verificação da fiabilidade de respostas, realizou-se uma fase de teste e re-teste em que o questionário foi aplicado a 32 doentes, divididos em 4 grupos, com a seguinte distribuição: 8 homens com mais de 65 anos, 11 mulheres com mais de 65 anos, 6 homens com menos de 65 anos, 10 mulheres com menos de 65 anos, de forma a respeitar a afluência normal dos utentes ao centro de saúde.

O questionário foi entregue aos doentes para que o preenchessem autonomamente, e de seguida foi recolhido. Foi feito um compasso de espera de cerca de 15 minutos e voltou a ser aplicado, desta vez, com uma leitura individualizada de todo o questionário a cada entrevistado e o registo das respostas pela entrevistadora, tendo sido esclarecidas dúvidas em relação ao mesmo e verificada a coerência das respostas que foram todas anotadas no mesmo instrumento em papel.

Após conclusão desta fase e análise dos resultados, procedeu-se à aplicação populacional do instrumento, sendo os questionários aplicados pela investigadora, devidamente identificada como estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, que abordava os utentes na sala de espera dos centros de saúde, enquanto aguardavam pela hora da consulta ou por familiares, informando-os do assunto da investigação, pelo que preencheram o questionário os utentes que se mostravam interessados. A seleção dos participantes foi de conveniência, porém em dias escolhidos pela investigadora, de acordo com a afluência dos doentes aos centros de saúde, tendo como critério de inclusão pelo menos uma consulta com o atual médico de família.

Após obtenção do consentimento informado por escrito, onde se garantia o anonimato dos utentes e se assegurava a confidencialidade das respostas para tratamento estatístico, seguia-se o preenchimento do questionário pelos doentes.

Dada a extensão do Questionário em apreço, 11 perguntas, foi feita a previsão de respostas por pelo menos 110 pessoas.

Instrumento:

A primeira secção do instrumento incluía uma série de questões com vista à recolha dos dados de cada utente relativamente à idade, sexo, Social Economic Deprivation Index (SEDI), toma diária de medicamentos, tempo se seguimento pelo atual médico de família, número de doenças, grau de instrução, atividade profissional e rendimento. O instrumento tinha ainda a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) para avaliação do grau de empatia sentido pelos consulentes incluídos na nossa amostra. Este questionário é constituído por 5 itens, para os quais cada participante indica o grau de concordância com as afirmações apresentadas, utilizando as opções de resposta: concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente. Cada item foi devidamente codificado com uma pontuação que varia de 1 a 5.

Por fim o instrumento continha a “Trust Scale” em que as perguntas são cotadas em escala de tipo Lickert em cinco níveis desde o “Concordo Totalmente” até ao “Discordo Totalmente” usada após autorização da autora da escala original e dos autores da escala traduzida e validada para português. A aplicação deste questionário tinha como objetivo compreender o grau de confiança que o doente tem no seu médico de família, através do grau de concordância com as afirmações apresentadas, utilizando as mesmas opções de resposta que eram sugeridas também na escala JSPPE. Cada item foi também devidamente codificado com uma pontuação que varia de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente).

Análise estatística

Foi utilizada a versão 25 do SPSS para analisar os resultados da amostra. Foram efetuadas análises descritivas das características socio-demográficas, de há quanto tempo os inquiridos são seguidos pelo seu médico de família, de quantas doenças julgam que têm e a sua medicação habitual.

Foi realizada estatística inferencial não-paramétrica e correlacional. Para todos os testes foi considerado um valor de $p < 0.05$ como sendo estatisticamente significativo.

Resultados

Caracterização geral da amostra

Foi estudada uma amostra de n=123 doentes num cálculo prévio de 110 que durante os meses de Dezembro de 2018 e Fevereiro de 2019 recorreu a centros de saúde da região centro, distrito de Coimbra.

A amostra é composta em 57,7% (n=71) por mulheres, 65,9% (n=81) dos indivíduos são seguidos pelo seu médico de família há mais de 5 anos. Cerca de 63,4% (n=78) são trabalhadores ativos. Quanto ao SEDI, segundo a distribuição terciária, 44,7% dos inquiridos estão na melhor classe, pelo que 88,6% da amostra afirma viver acompanhado, 58,5% mencionam um rendimento superior ao salário mínimo e 58,5% tem estudos acima do 9º ano de escolaridade. Ainda, 68,3% (n=82) dos inquiridos referem ter até 2 doenças e 60,2% (n= 74) tomam até 2 medicamentos por dia.

Tabela I. Descrição geral da amostra estudada, para n= 123

		N (%)
Faixa etária	Menos de 35 anos	22 (17,9)
	Entre 35 a 65 anos	65 (52,8)
	Mais de 65 anos	36 (29,3)
Sexo	Feminino	71 (57,7)
	Masculino	52 (42,3)
Atividade	Estudante	4 (3,3)
	Desempregado	7 (5,7)
	Ativo	78 (63,4)
	Reformado	34 (27,6)
Tempo de seguimento pelo médico	Menos de 2 anos	16 (13,0)
	Entre 2 a 5 anos	26 (21,1)
	Mais de 5 anos	81 (65,9)
Quantidade de doenças que julga ter	Menos de 2	84 (68,3)
	Entre 2 a 5	28 (22,8)
	Mais de 5	11 (8,9)
Quantidade de medicação diária	Menos de 2	74 (60,2)
	Entre 2 a 5	31 (25,2)
	Mais de 5	18 (14,6)
SEDI	Baixa	28 (22,8)
	Média	40 (32,5)
	Alta	55 (44,7)

Distribuição da amostra em função do sexo

A explicitação da amostra em estudo em função do género, pelas variáveis grupo etário, classe SEDI, atividade, toma regular de medicação, anos de seguimentos pelo médico de família e número de doenças é apresentada na tabela II. Na análise das variáveis estudadas não percebemos qualquer diferença estatisticamente significativa.

Uma descrição percentual mais detalhada da amostra em função do sexo encontra-se disponível na tabela III.

Tabela II. Diferenças em função do sexo quanto às variáveis estudadas.

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significância Assint. (Bilateral)
Grupo etário	1761	3139	-0,48	0,631
Habitação	1784	4340	-0,577	0,564
Salário	1540	4096	-1,782	0,075
Estudos	1764	3142	-0,487	0,627
Atividade	1681	4237	-0,993	0,321
Classe SEDI Tercílica	1795,5	4351,5	-0,278	0,781
Há quanto tempo é seguido pelo seu médico	1810,5	4366,5	-0,217	0,828
Quantas doenças julga que tem	1655	3033	-1,196	0,232
Quantos medicamentos toma regularmente por dia	1667,5	3045,5	-1,046	0,296

Tabela III: distribuição detalhada da amostra, de acordo com o sexo.

		Feminino	Masculino	Total
Grupo etário	Menos de 35 anos	15,5%	21,2%	17,9%
	Entre 35 e 65 anos	54,9%	50,0%	52,8%
	Maior que 65 anos	29,6%	28,8%	29,3%
Habitação	Vive sozinho	11,3%	9,6%	10,6%
	Vive acompanhado	88,7%	90,4%	89,4%
Salário	Menor que salário mínimo	35,2%	21,2%	29,3%
	Salário mínimo	12,7%	11,5%	12,2%
	Maior que salário mínimo	52,1%	67,3%	58,5%
Estudos	Até ao 9º ano	39,4%	44,2%	41,5%
	Superior ao 9º ano	60,6%	55,7%	58,5%
Atividade	Estudante	4,2%	1,9%	3,3%
	Desempregado	7,0%	3,8%	5,7%
	Ativo	63,4%	63,5%	63,4%
	Reformado	25,4%	30,8%	27,6%
Classe SEDI Tercilica	Baixa	25,4%	19,2%	22,8%
	Média	29,6%	36,5%	32,5%
	Alta	45,1%	44,2%	44,7%
Há quanto tempo é seguido	Até 2 anos	12,7%	13,5%	13,0%
	Entre 2 a 5 anos	22,5%	19,2%	21,1%
	Mais de 5 anos	64,8%	67,3%	65,9%
Quantas doenças julga que tem	Até 2	64,8%	73,1%	68,3%
	Entre 2 a 5	22,5%	23,1%	22,8%
	Mais de 5	12,7%	3,8%	8,9%
Quantos medicamentos toma por dia	Até 2	57,7%	63,5%	60,2%
	Entre 2 a 5	22,5%	28,8%	25,2%
	Mais de 5	19,7%	7,7%	14,6%

Análise estatística do Teste e Re-Teste

Nesta fase do trabalho foram analisadas as respostas ao questionário Trust de 35 indivíduos que participaram no estudo de teste e re-teste. No Teste de Kolmogorov-Smirnov percebemos que a amostra apresenta $p < 0,001$. Estudando o coeficiente de correlação de Spearman, obtemos um valor de 0,786, pelo que concluímos que existe uma correlação significativa na análise dos dados de teste e re-teste, apresentando uma significância $p < 0,001$, bilateral.

Tabela IV. Estatística Teste e Re-teste

		Teste	Re-teste	
Rô de Spearman	Teste	Coeficiente de Correlação	1,000	0,786**
		Sig. (bilateral)	.	<0,001
		N	35	35

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Confiabilidade e variância dos testes Trust e JSPPE

Para analisar a confiabilidade da escala Trust calculamos o valor de Alfa de Cronbach que, sendo de 0,772, satisfaz. No teste de Kaiser-Meyer-Olkin verificamos uma adequação da amostragem estudada ($KMO = 0,905$). O teste de esfericidade de Barlett apresenta um valor de 714,423 ($p < 0,001$), ou seja, significância estatística elevada, com um fator explicando 54,248% da variância.

Para a confiabilidade de cada item quanto ao total verificamos os valores constantes da Tabela V, que revelam valores sempre superiores a 0,700.

Tabela V: Análise estatística de Trust.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
T1	45,2645	221,379	,677	,753
T2	45,0579	222,172	,652	,755
T3	45,2149	219,153	,764	,750
T4	45,2727	221,567	,726	,753
T5	44,4380	216,048	,692	,747
T6	45,2975	223,544	,733	,755
T7	45,1240	220,160	,692	,752
T8	45,0909	220,000	,775	,751
T9	44,7355	221,363	,679	,753
T10	44,9421	219,738	,682	,751
T11	45,2314	221,479	,679	,753
TTotal	23,6033	60,408	1,000	,913

Dois componentes explicam 63,35% da variância das respostas.

Tabela VI. Variância estatística dos itens de Trust.

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	5,967	54,248	54,248	5,967	54,248	54,248
2	1,001	9,102	63,350	1,001	9,102	63,350
3	,800	7,272	70,623			
4	,700	6,365	76,987			
5	,537	4,885	81,872			
6	,445	4,047	85,920			
7	,411	3,736	89,655			
8	,331	3,007	92,662			
9	,319	2,901	95,563			
10	,260	2,361	97,924			
11	,228	2,076	100,00			

Nas tabelas VII e VIII mostram-se para a JSPPE a análise estatística da consistência interna ou confiabilidade pelo Alfa de Cronbach com 0,804, valor de grande aceitabilidade. No teste de Kaiser-Meyer-Olkin verificamos uma adequação da amostragem estudada (KMO= 0,821). O teste de esfericidade de Barlett apresenta $p < 0,001$. Apenas um valor explica 63,765% da variância total.

Tabela VII: Análise estatística de JSPPE.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
JSPPE1	17,5691	38,657	,725	,777
JSPPE2	17,3008	37,753	,651	,776
JSPPE3	17,4553	38,037	,678	,776
JSPPE4	17,2927	36,274	,810	,755
JSPPE5	17,5285	37,169	,841	,761
JSPPEtot	9,6829	11,513	1,000	,851

Tabela VIII: Variância estatística de JSPPE.

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,188	63,765	63,765	3,188	63,765	63,765
2	,758	15,160	78,925			
3	,507	10,143	89,068			
4	,341	6,815	95,883			
5	,206	4,117	100,000			

Correlação JSPPE Trust

Analisando a correlação entre os dados obtidos para as escalas JSPPE e Trust, concluímos que há uma correlação direta entre os seus resultados, como é possível observar na tabela IX.

Tabela IX. correlação entre as tabelas JSPPE e Trust.

			JSPPE Total	Trust Total
Rô de Spearman	JSPPE total	Coefficiente de Correlação Sig. (bilateral) N	1,000 . 123	0,720** <0,001 123

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Análise inferencial de JSPPE e Trust pelas variáveis estudadas

Na análise realizada, que se apresenta na tabela X, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as escalas Trust e JSPPE e as variáveis: idade, atividade, quantidade de medicação diária habitual e número de doenças que julga ter.

Pelo contrário, não se verificou essa associação correlação estatisticamente significativa entre a escala Trust e as variáveis: sexo, habitação, salário, estudo, SEDI terciária e tempo de seguimento pelo médico.

Tabela X. Significância estatística das variáveis estudadas para os questionários JSPPE total e Trust total.

	Significância	
	JSPPE total	Trust Total
Sexo	0,188	0,420
Idade	0,004	0,001
Habitação	0,756	0,977
Salário	0,301	0,189
Estudos	0,106	0,130
Atividade	0,004	0,011
SEDI terciária	0,095	0,113
Há quanto tempo é seguido pelo seu médico	0,569	0,733
Quantas doenças julga que tem	0,030	0,008
Quantos medicamentos toma regularmente por dia	0,012	0,009

Na tabela XI é possível analisar as pontuações obtidas nos questionários JSPPE e Trust, de acordo com as variáveis com significância estatística, pelo que os valores crescem em sentido antagónico, ou seja, menores pontuações correlacionam-se com maiores níveis de empatia e confiança.

Assim, o grupo etário abaixo dos 35 anos de idade apresenta menores níveis de empatia e confiança no médico. O grupo estudante e trabalhadores ativos são também os que apresentam menores níveis de confiança no médico. Os grupos que dizem ter mais de 5 doenças e tomar mais do que 5 medicamentos por dia são os que apresentam melhores níveis de confiança.

Tabela XI. Variância de respostas às escalas JSPPPE e Trust de acordo com as variáveis com significância estatística e segunda os valores tercílicos.

			JSPPE Total	Trust Total
Grupo etário menos de 35 anos	N	Válido	22	22
	Percentis	33	11,5900	27,0000
		66	14,0000	34,0000
Grupo etário entre 35 e 65	N	Válido	65	65
	Percentis	33	8,0000	16,7800
		66	10,0000	27,0000
Grupo etário acima de 66	N	Válido	36	36
	Percentis	33	6,0000	16,2100
		66	10,0000	24,0000
Estudante	N	Válido	4	4
	Percentis	33	13,6500	30,1500
		66	18,0000	37,6000
Desempregado	N	Válido	7	7
	Percentis	33	7,5600	19,3200
		66	10,0000	25,5600
Ativo	N	Válido	78	78
	Percentis	33	8,0000	21,0700
		66	12,0000	29,0000
Reformado	N	Válido	34	34
	Percentis	33	6,0000	16,0000
		66	10,0000	24,0000
Doenças ate 2	N	Válido	84	84
	Percentis	33	9,0000	22,0000
		66	12,0000	29,0000
Doenças entre 2 e 5	N	Válido	28	28
	Percentis	33	7,0000	16,7100
		66	10,2800	26,0000
Doenças mais de 5	N	Válido	11	11
	Percentis	33	5,0000	13,9200
		66	8,0000	22,5200
Medicação até 2	N	Válido	74	74
	Percentis	33	9,0000	22,0000
		66	12,0000	29,0000
Medicação entre 2 e 5	N	Válido	31	31
	Percentis	33	7,0000	17,1200
		66	10,1200	27,1200
Medicação acima de 5	N	Válido	18	18
	Percentis	33	5,2700	15,2700
		66	9,5400	23,0000

Discussão

Com o reconhecimento da MCP como o método mais apropriado para praticar medicina atualmente(2), ficamos com a necessidade de compreender quais os componentes da comunicação essenciais para que haja harmonia na relação médico doente. Para tal, compreendemos que a confiança que o doente deposita no médico é fundamental para que possa expressar as suas preocupações e, para que possamos melhorar este aspeto da comunicação, é necessário que entender como varia.

Como supracitado, este trabalho tinha dois objetivos principais: a validação da escala Trust de Linda Anderson para a população geral portuguesa e a pesquisa de fatores individuais objetiváveis que influenciem a confiança do doente no médico.

Estudo preliminar

Analisando os dados obtidos na fase de teste e re-teste, percebemos que houve uma relação significativa nas respostas entre ambas as fases, o que nos permite concluir que houve coerência nas respostas dadas pelos inquiridos ao questionário proposto. O Teste de Kolmogorov-Smirnov permite-nos perceber que as variáveis numéricas não tinham distribuição normal $p < 0,001$. Estudando o coeficiente de correlação de Spearman, obtivemos um valor de 0,786, pelo que concluímos que existe uma correlação significativa na análise dos dados de teste e re-teste, apresentando uma significância $p < 0,001$, bilateral.

Tendo em conta os resultados nesta fase do estudo, podemos afirmar que a consistência interna foi verificada e, portanto, foi possível avançar para a seguinte fase do trabalho. A fiabilidade obtida no teste e re-teste permitiu-nos determinar que os resultados alcançados foram estáveis no tempo.

Relativamente ao pré teste, não foram identificadas dificuldades na compreensão das 11 frases que compõem o Trust Scale. No entanto, alguns dos doentes de idade superior a 65 anos tiveram dificuldade em compreender que algumas frases se encontravam na negativa. A solução encontrada para esta situação foi sublinhar a negativa nas frases, compondo o questionário final.

Na fase de estudo de campo a investigadora procedeu à leitura dos diversos parâmetros do questionário e registou as respostas, sempre que se verificou indispensável, permitindo assim incluir no estudo consulentes com diminuição da acuidade visual, sem

escolaridade, ou outras causas que impedissem a leitura do questionário. Esta estratégia também permitiu diminuir o tempo de resposta pelo inquirido e ainda evitar dados por preencher.

Contudo, admitem-se alguns vieses no trabalho, o viés de seleção, por se tratar de uma amostra de conveniência, e o viés “social desirability”, que consiste na tendência de responder o que é socialmente desejável. Também podemos admitir que diversos fatores, não estudados neste trabalho podem ter influenciado os resultados, como o tempo de espera para a efetivação da consulta e a leitura e preenchimento dos questionários pela autora, em alguns casos. Mais ainda, compreendemos que doentes mais satisfeitos com a sua relação que mantem com o medico de família podem mostrar-se mais disponíveis para responder a um questionário sobre o tema.

Estudo de campo

Neste estudo participaram 123 utentes dos centros de saúde da região centro, sendo que a maioria eram mulheres (57,7%), com idade compreendida entre os 35 e 65 anos, trabalhadores ativos e com um índice SEDI alto. Eram maioritariamente utentes com toma de medicação habitual inferior a 2, com menos de 2 doenças e com um tempo de seguimento pelo médico de há mais de 5 anos.

Na análise estatística dos resultados da escala Trust podemos afirmar que a consistência interna foi verificada, realçando o valor de alfa de Cronbach de 0,772, que nos indica uma boa consistência interna. O teste de esfericidade de Bartlett e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin mostram que a análise fatorial é adequada. O teste KMO permite-nos medir a adequação da amostra e deve estar compreendido entre 0,5 e 1, pelo que neste caso apresenta um valor de 0,905. No teste de Barlett obtivemos $p < 0.001$, ou seja, elevada significância estatística, pelo que apenas um fator explica 54,248% da variância.

Quanto à JSPPE, obtivemos um valor de alfa de Cronbach de 0,804, que nos indica boa consistência interna. No teste de KMO verificou-se um valor de 0,821 e no teste de esfericidade de Barlett um $p < 0.001$, pelo que apenas um fator explica 63,765 da variância, ou seja, podemos concluir que amostra é adequada.

No estudo das respostas no questionário Trust em função da empatia no JSPPE, percebemos que existe uma relação direta entre as mesmas, isto é, maiores valores de

empatia correlacionam-se diretamente com níveis mais elevados de confiança do doente no médico.

No presente estudo da relação entre o questionário Trust e as variáveis idade, atividade, quantidade de medicação diária habitual e número de doenças apresentaram significância estatística, com $p < 0,05$. Analisando melhor estas variáveis percebemos que o grupo etário abaixo dos 35 anos de idade apresenta menores níveis de empatia e confiança no médico.

Quanto à atividade, os grupos estudante e trabalhadores ativos são também os que apresentam menores níveis de confiança no médico, no entanto neste trabalho a participação do grupo estudante foi escassa ($n=4$), pelo que este resultado é pouco representativo. O grupo de trabalhadores ativos coincide com os grupos etários abaixo dos 65 anos de idade, pelo que seria importante compreender qual destes dois fatores é mais influenciador de confiança.

Os grupos que dizem ter mais de 5 doenças e tomar mais do que 5 medicamentos por dia são os que apresentam melhores níveis de confiança. Assim percebemos que a multimorbilidade se associa uma maior confiança no médico, pelo que se poderá traduzir numa melhor adesão à terapêutica.

Comparando estas conclusões a estudos com escalas de confiança que foram realizados com outras populações percebemos que constataram uma associação entre a confiança e a idade, pelo que num estudo português com população diabética concluiu-se que população com idade inferior a 60 anos apresentava melhores níveis de confiança (8,9,13), no entanto, no nosso estudo, não se verificou uma diferença significativa na confiança entre o grupo entre 35 e 65 anos e o grupo com idade superior a 65 anos.

A distribuição etária é um importante fator a ter em conta nesta análise, pois a população de idade compreendida entre 35 e 65 anos, a mais representada na amostra, é a mais crítica da “confiança” e da “empatia” com o seu médico. Assim, seria importante ter uma maior amostra das restantes faixas etárias e tentar compreender, que se com uma igual representatividade dos grupos obtínhamos os mesmos resultados.

No que diz respeito às variáveis sexo, SEDI e tempo de seguimento pelo médico não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa. Esta conclusão, não seria expectável em relação ao tempo de seguimento pelo médico, mas pode justificar-se pelo facto de em Portugal, pela escassez de profissionais de medicina geral e familiar, os

utentes ficarem por vezes condicionados ao o médico que lhes foi atribuído pelo sistema nacional de saúde, com mais ou menos confiança no mesmo.

A falta de associações positivas pode estar relacionada com o facto de que a confiança no médico não se basear apenas nas características do próprio doente mas em muitos outros aspetos da relação, como por exemplo, experiências passadas com outros profissionais de saúde, mas também em características do médico, nomeadamente as suas capacidades de comunicação e a sua competência, bem como uma série de componentes subjetivos que não foram aferidos neste estudo.

Para investigação futura, será importante estudar uma amostra de maior dimensão, proveniente de diferentes instituições englobando outras variáveis que não foram estudadas neste trabalho, de forma a compreender melhor que fatores influenciam a confiança do doente no médico.

Conclusão

Na validação da escala “Trust scale” em português (Confiança no médico) para a população geral, obtivemos um valor de Alfa de 0,77, próximo ao que tinha sido obtido no estudo português para a população diabética (0,82), pelo que pode ser utilizada em trabalhos futuros.

Conclui-se que quanto mais empática a relação médico-doente, maior é a confiança dos utentes no médico que o acompanha. Verificou-se que a população mais jovem (<35 anos), bem como estudantes e trabalhadores ativos apresentam menores níveis de confiança, pelo que será importante sensibilizar e treinar os médicos para as particularidades da boa relação de confiança.

Percebemos ainda que os doentes com maior morbilidade são os que apresentam melhores níveis de confiança no seu médico.

Finalmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na confiança em função do género, literacia, SEDI ou tempo de seguimento pelo médico.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, meu orientador, pela oportunidade de iniciar este projeto, pelo apoio, orientação e disponibilidade e, acima de tudo, pelos ensinamentos transmitidos ao longo deste ano.

Agradeço a todos os utentes que se disponibilizaram a preencher o questionário e que, com a sua colaboração permitiriam a realização desta investigação.

Agradeço à minha família, principalmente aos meus pais e ao meu irmão, por serem sempre o meu porto de abrigo e a minha força, sem os quais não conseguiria vencer esta etapa.

Agradeço às minhas amigas pelo carinho, amizade, apoio incansável e pela presença em todos os momentos do meu percurso.

Agradeço ao Pedro, pelo incentivo, conselhos sábios e pela compreensão nas horas mais difíceis.

Bibliografia

1. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008.
2. Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: Improving health outcomes for individual patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013.
3. Gopichandran V, Chetlapalli SK. Trust in the physician–patient relationship in developing healthcare settings: a quantitative exploration. *Indian J Med Ethics*. 2015;
4. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *Milbank Q*. 2001;
5. Lee YY, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med*. 2009;
6. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient-Physician Relationships. *Psychol Rep*. 1990;
7. Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB. The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale: Development and psychometric evaluation. *Res Nurs Heal*. 2006;
8. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. *Health Aff [Internet]*. 2004 Jul;23(4):124–32. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.23.4.124>
9. Pereira M da G, Pedras S, Machado JC. Adaptação do questionário de confiança no médico em pacientes com diabetes tipo 2 e seus companheiros. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2013;
10. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010;

11. Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl BI, Petermann-Rocha F, Pell JP, Gill JMR, et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Heal*. 2018;
12. Charlton J, Rudisill C, Bhattarai N, Gulliford M. Impact of deprivation on occurrence, outcomes and health care costs of people with multiple morbidity. *J Heal Serv Res Policy*. 2013;
13. Berrios-Rivera JP, Street RL, Popa-Lisseanu MGG, Kallen MA, Richardson MN, Janssen NM, et al. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res*. 2006;

Anexos

Anexo 1: Consentimento informado

Anexo 2: Questionário

Anexo 3: Parecer da Comissão de Ética ARS Centro

Anexo 1

Consentimento informado - Questionário Confiança no Médico

O presente questionário destina-se exclusivamente a fins académicos e de investigação e insere-se num estudo realizado por uma aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra com o objetivo de validar a escala **“Confiança no seu Médico”** para o doente geral e identificar varáveis de risco na confiança doente-médico.

Este questionário é de carácter ANÓNIMO e CONFIDENCIAL, ou seja, ninguém saberá quem o preencheu nem como o preencheu.

Não há respostas certas nem erradas nem boas ou más. Responda sempre de acordo com o que faz, sente ou pensa.

Se por alguma razão não quiser participar está livre de o fazer. E se pretender não continuar a preencher o questionário em dada altura, é livre para também o fazer.

Para podermos realizar o trabalho de análise estatística dos dados recolhidos solicitamos-lhe, igualmente, autorização para a análise dos seus dados no conjunto dos outros recolhidos.

A sua assinatura neste documento é importante.

Agradecemos a sua ajuda.

Assinatura do investigador

Local e Data: _____, _____, _____, _____

Assinatura

Anexo 2

Agradecemos a sua resposta ao quadro abaixo:

Idade		Até 35 anos <input type="checkbox"/>	Entre 35 e 65 anos <input type="checkbox"/>	Mais de 65 anos <input type="checkbox"/>	
Género		Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>		
SEDI	Habitação	Vive sozinho <input type="checkbox"/>	Vive acompanhado <input type="checkbox"/>		
	Salário	Menor que salário mínimo <input type="checkbox"/>	Salário mínimo <input type="checkbox"/>	Maior que salário mínimo <input type="checkbox"/>	
	Estudos	Até 9º ano <input type="checkbox"/>	Mais que 9ºano <input type="checkbox"/>		
Atividade		Estudante <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Ativo <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>
Há quanto tempo é seguido pelo seu médico		Menos de 2 anos <input type="checkbox"/>	Entre 2 e 5 anos <input type="checkbox"/>	Mais de 5 anos <input type="checkbox"/>	
Quantas doenças julga que tem		Até 2 <input type="checkbox"/>	Entre 2 e 5 <input type="checkbox"/>	Mais de 5 <input type="checkbox"/>	
Quantos medicamentos toma regularmente por dia		Até 2 <input type="checkbox"/>	Entre 2 e 5 <input type="checkbox"/>	Mais de 5 <input type="checkbox"/>	

Cada item abaixo é uma afirmação com a qual pode concordar ou discordar em relação ao médico que o acompanha. À frente de cada afirmação encontra-se uma escala que varia entre “concordo totalmente” (1) e “discordo totalmente” (5). Para cada afirmação por favor faça um círculo à volta do número que representa o nível com o qual concorda ou discorda.

É importante que responda de acordo com o que realmente acredita e não como acha que deveria responder ou como pensa que gostaríamos que respondesse.

O meu médico:

	Concordo totalmente	Concordo	Não Concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	1	2	3	4	5
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	1	2	3	4	5
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família	1	2	3	4	5
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	1	2	3	4	5
5. É um médico que me compreende	1	2	3	4	5

Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPE). Versão Portuguesa de Domingues A.C. (2015)

	Concordo totalmente	Concordo	Não Concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Eu <u>duvido</u> que o meu médico se interesse realmente por mim como pessoa.	1	2	3	4	5
2. Habitualmente, o meu médico tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro plano.	1	2	3	4	5
3. Eu confio tanto no meu médico que tento sempre seguir os seus conselhos.	1	2	3	4	5
4. Se o meu médico me diz alguma coisa, eu acredito que seja verdade	1	2	3	4	5
5. Por vezes <u>não</u> confio na opinião do meu médico e gostaria de uma segunda opinião.	1	2	3	4	5
6. Eu confio nos juízos do meu médico sobre os meus cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que o meu médico <u>não</u> faz tudo o que está ao seu alcance pelos meus cuidados médicos.	1	2	3	4	5
8. Eu acredito que o meu médico coloca as minhas necessidades médicas acima de tudo quando está a tratar dos meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
9. O meu médico é um especialista em tratar problemas médicos como o meu.	1	2	3	4	5
10. Eu confio que o meu médico me conte se algum erro foi cometido durante o meu tratamento.	1	2	3	4	5
11. Algumas vezes preocupo-me que o meu médico <u>não</u> mantenha as informações discutidas nas nossas conversas confidenciais.	1	2	3	4	5

TRUST IN PHYSICIAN SCALE [Anderson e Dedrick] (1990); Versão Portuguesa de Pereira, M.G. & Costa, V. (2008)

Handwritten mark

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Parecer favorável.</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Homologado nos termos de 22/11/2018</i></p>
---	---

ASSUNTO:

"Estudo 83-2018: Confiança no médico. Validação de questionário e identificação de variáveis de risco."

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.
[Signature]
Dr. V. Rosa Reis Marques
Presidente.

[Signature]
Dr. Luis Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal.

[Signature]
Dr. Adário Ruivo
Vogal.

O objetivo deste trabalho é saber se a escala "Trust in the Physician" que foi validada para o português em pacientes com diabetes tem fiabilidade para o paciente em geral, confrontando os resultados com a JSPPPE, que mede a empatia sentida pelo doente no médico. Assim permite identificar variáveis de risco à confiança estabelecida entre o médico e o doente e a forma como esta varia de acordo com a empatia e as características do doente.

Estudo observacional transversal com intenção analítica de uma amostra inicial aleatória de 20 utentes para avaliação da inteligibilidade e consistência interna. Posteriormente será aplicado o questionário a uma amostra de cerca de 125 utentes de Centros de Saúde da Região Centro, de forma a obter uma amostra de dados que torne possível estabelecer relação entre os dados colhidos em ambos os questionários, dado o "Trust in the Physician" ter a extensão de 10 perguntas. A amostra será obtida por conveniência mediante aceitação do convite para participar em dias escolhidos pela investigadora.

O estudo será realizado em anonimato, sigilo e confidencialidade após obtenção de homologação pelo CD da ARS do Centro IP do parecer da respetiva Comissão de Ética e das aprovações das Unidades onde o trabalho se realizará.

Os resultados serão, posteriormente, sujeitos a análise estatística.

Pretende-se que com este estudo, se verifique a fiabilidade concordante da escala "Confiança no Médico, Trust in the Physician" para o doente geral e que seja possível identificar a forma como as características do doente influenciam a confiança que o mesmo estabelece com o seu médico, bem como a forma como varia a empatia nestes casos. Deste modo, será possível identificar quais os doentes em risco de uma pior relação doente- médico.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Existe bem elaborado consentimento informado quer para responder quer para autorizar análise estatística.

O presente parecer fica condicionado ao conhecimento do local de realização do inquérito: Sala de espera, outro local em unidade de saúde ou fora de instalações de saúde.

Coimbra, 21 de novembro de 2018



Luiz Miguel Santiago
Relator

Carlos Fontes Ribeiro
Presidente da Comissão de Ética

