



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA BEATRIZ DA CRUZ MOUTINHO

***PROFUNDIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE:
ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA PERSPETIVA DO MÉDICO***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

ABRIL DE 2023

PROFUNDIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE: ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA PERSPETIVA DO MÉDICO

*Patient-Doctor Depth of Relationship: Scale for Assessing the
Physician's Perspective*

Beatriz Moutinho¹, Luiz Miguel Santiago^{2,3}, José Augusto Simões²

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina,
Universidade de Coimbra
3. Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra

jars@uc.pt

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Materiais e Métodos	10
Resultados	13
Discussão.....	19
Conclusão	23
Agradecimentos	24
Referências.....	25
Anexos	27

Abreviaturas

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

MGF – Medicina Geral e Familiar

PDDR – *Patient-Doctor Depth-of-Relationship*

RMD – Relação Médico-Doente

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A relação médico-doente (RMD) assume, cada vez mais, um papel central na prática médica, permitindo a construção de uma aliança terapêutica baseada num ambiente de confiança e partilha de responsabilidades, o que resulta numa maior satisfação para ambas as partes e tem um impacto positivo no prognóstico. Assim, pela sua importância e benefícios, torna-se fundamental estudar melhor esta relação, nomeadamente através da avaliação de quão bem o médico conhece, compreende e aceita o doente enquanto pessoa e como é que a sua perceção do paciente pode influenciar a profundidade da relação no contexto da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Objetivos: Pretendeu-se proceder à adaptação cultural e validação concorrente da Escala de Avaliação da Profundidade da Relação Médico-Doente (PDDR), disponibilizando um novo instrumento em língua portuguesa que permitisse a autoavaliação retrospectiva da relação estabelecida segundo o ponto de vista do médico.

Materiais e Métodos: Começou-se o processo de adaptação cultural pela tradução para português europeu e modificação das questões da escala PDDR para incidirem sobre a perspetiva do médico, aplicando-se de seguida o questionário, por escrito e oralmente, a uma amostra de conveniência de médicos de MGF para estudo da fiabilidade. Realizou-se validação concorrente da mesma com a escala de Medicina Centrada na Pessoa (MCP) para o médico, por estudo observacional transversal, através da aplicação de ambas as escalas a médicos internos e especialistas de MGF da região Centro. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, para as quais se considerou como estatisticamente significativo o valor de diferença probabilística de $p < 0,05$.

Resultados: A escala PDDR demonstrou boa consistência interna nos dois tempos de aplicação ($\alpha = 0,840$ e $\alpha = 0,889$) e correlação positiva e moderada com a escala MCP para o médico ($p = 0,458$, $p < 0,001$). A pontuação média foi de $21,76 \pm 5,51$ pontos [0 a 32], com 36,7% abaixo do percentil 33 ($PDDR \leq 20$), 42,2% acima do percentil 67 ($PDDR \geq 24$) e 4,4% dos médicos a pontuar o máximo ($PDDR = 32$). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ($p = 0,004$), posições na carreira ($p = 0,011$) e regularidade do seguimento do doente ($p = 0,018$), mas não para as variáveis sexo e tipo de consulta.

Discussão e Conclusão: A escala PDDR para o médico demonstrou ser um instrumento com boa consistência interna, fiável, válido e de preenchimento rápido, passível de ser utilizado para avaliação da profundidade da RMD segundo a perspetiva do médico em consulta de MGF.

Palavras-chave: Relação Médico-Doente; Medicina Centrada na Pessoa; Escala de Avaliação da Profundidade da Relação Médico-Doente; Autoavaliação; Medicina Geral e Familiar

Abstract

Introduction: The Doctor-Patient Relationship (DPR) is assuming an increasingly central role in medical practice, allowing the development of a therapeutic alliance based on an environment of trust and shared responsibility, resulting in greater satisfaction for both parties and having a positive impact on prognosis. Therefore, due to its importance and benefits, it is essential to study this relationship more thoroughly, namely by assessing how well the doctor knows, understands and accepts the patient as a person and how their perception of the patient can influence the depth of the relationship in the context of General Practice (GP) consultation.

Objectives: It was intended to perform the cultural adaptation and concurrent validation of the Patient-Doctor Depth-of-Relationship (PDDR) scale, providing a new instrument in Portuguese that would allow the retrospective self-assessment of the established relationship from the physician's perspective.

Materials and Methods: The process of cultural adaptation began by translating the PDDR scale into European Portuguese and modifying the questions to focus on the perspective of the physician. Afterwards, the questionnaire was administered to a convenience sample of GP physicians, both in written and oral form, for reliability study purposes. Concurrent validation of the scale was carried out with the Person-Centered Medicine (PCM) scale for physicians, through a cross-sectional observational study, by administering both scales to GP residents and attending physicians in the Central region of Portugal. Descriptive and inferential statistics were performed, with a probability difference value of $p < 0,05$ considered statistically significant.

Results: The PDDR scale demonstrated good internal consistency in both application times ($\alpha = 0,840$ and $\alpha = 0,889$) and a positive and moderate correlation with the PCM scale for physicians ($p = 0,458$, $p < 0,001$). The average score was $21,76 \pm 5,51$ points [0 to 32], with 36,7% scoring below the 33rd percentile ($PDDR \leq 20$), 42,2% scoring above the 67th percentile ($PDDR \geq 24$) and 4,4% of physicians scoring the maximum ($PDDR = 32$). Statistically significant differences were found between age groups ($p = 0,004$), career positions ($p = 0,011$) and regularity of patients' follow-up ($p = 0,018$), but not for the variables of sex and type of consultation.

Discussion and Conclusion: The PDDR scale for the physician has shown to be a reliable and valid instrument with good internal consistency, quick to complete, suitable for evaluating the depth of DPR from the physician's perspective in GP consultations.

Keywords: Doctor-Patient Relationship; Person-Centered Medicine; Patient-Doctor Depth-of-Relationship scale; Self-assessment; General Practice

Introdução

A Medicina moderna assenta cada vez mais na premissa de que a relação médico-doente (RMD) constitui a chave para o desenvolvimento de um ambiente de confiança mútua entre o médico e o paciente, alicerçando a construção de uma aliança terapêutica com impacto positivo no prognóstico.¹⁻³ Através da empatia, de uma comunicação eficaz e de um processo de capacitação e empoderamento do doente, e respeitando os princípios da Medicina Centrada na Pessoa (MCP), a RMD permite a prestação de um cuidado mais focado nas necessidades do paciente, obtendo-se uma maior satisfação de ambas as partes envolvidas.⁴⁻⁶ Apesar de frequentemente descritos como opostos, os conceitos de MCP e de Medicina Baseada na Evidência, na verdade, complementam-se, potenciando a autonomia do doente e privilegiando a toma partilhada de decisões no âmbito da RMD.⁷ Estudos realizados em Portugal concluem que os pacientes consideram que os médicos são empáticos e tendem a valorizar a continuidade de cuidados com aqueles com quem têm uma boa relação e que conhecem o seu histórico médico pessoal e familiar.^{6,8,9}

Com a introdução, nos anos 70, do conceito de MCP, verificou-se uma mudança de paradigma, começando a preterir-se o modelo biomédico e paternalista em favor de uma visão mais holística do paciente, que compreende a pessoa nas suas várias dimensões e enquadra-a no contexto em que está inserida.^{1,3,10,11} A MCP reconhece a importância da partilha de poder dentro da RMD, indo ao encontro da vontade dos pacientes de assumirem um papel cada vez mais ativo na determinação do carácter dessa mesma relação.¹ Ao torná-los parte integrante do processo terapêutico, fomenta a autonomia através da toma partilhada de decisões e capacita-os para a gestão da sua própria doença, responsabilizando-os também para a promoção da sua saúde.^{6,10} Com o objetivo de avaliar a perceção dos pacientes quanto à prática da MCP em consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal, foi criado o Questionário da Medicina Centrada no Paciente em Portugal (escala MCP), que mais tarde foi adaptado para medir também a perspetiva do médico.^{10,12}

São múltiplos os estudos que comprovam as vantagens da profundidade da RMD.^{1,6,10} Os pacientes sentem que o médico se preocupa realmente com o seu bem-estar físico e mental, o que facilita a compreensão e abordagem da queixa principal, possibilita a discussão de um maior número de problemas e de questões emocionais e psicológicas durante a consulta, diminui a duração e severidade dos sintomas e a ansiedade associada, para além de potenciar a adesão e a eficácia do tratamento.^{2-4,13-16} Tem também benefícios para os médicos, uma vez que se associa a maior realização pessoal, satisfação com o trabalho, redução das queixas de negligência por maior tolerância ao erro médico inadvertido e menor suscetibilidade a depressão e *burnout*.^{5,13,17} O próprio sistema de saúde lucra com esta

relação, pois as consultas tornam-se mais eficientes e os pacientes sentem-se mais seguros com os cuidados prestados, dispensando consultas e internamentos recorrentes e desnecessários, associados a uma medicina defensiva, o que permite uma melhor gestão de recursos e a diminuição dos custos dos cuidados de saúde.^{1-3,10,18} De facto, é de tal ordem a sua relevância no âmbito da prática clínica que motivou, inclusive, uma proposta para o reconhecimento da RMD como Património Cultural Imaterial da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para Educação e Cultura (UNESCO).¹⁹

Enquanto forma de relacionamento humano, a RMD é um processo dinâmico que integra e interliga as perspetivas do médico e do paciente, que se influenciam mutuamente e são moldadas por aspetos da própria personalidade, experiências prévias, expectativas e receios, antecedentes socioculturais e até fatores externos aos próprios intervenientes.^{3-5,11,20,21} No entanto, para além da dificuldade na medição da profundidade da RMD intrínseca à sua natureza empírica e pessoal, os resultados de estudos prévios são díspares, não havendo acordo sobre se a autoavaliação dos médicos se correlaciona ou não com a perceção dos pacientes.²² Apesar de terem sido encontradas associações positivas entre a avaliação do médico sobre a sua prestação e os resultados dos pacientes,¹⁷ vários são os estudos que defendem que a perspetiva do médico está sujeita a vieses, sendo insuficiente para prever a qualidade da RMD.^{5,14,17,18,22} Ainda assim, pouco se sabe sobre as expectativas que os médicos têm em relação ao papel e comportamento dos pacientes e em que grau a visão do médico sobre a pessoa influencia a construção da RMD.¹¹

Com o propósito de avaliar a profundidade da RMD, Ridd e colegas desenvolveram a escala *Patient-Doctor Depth-of-Relationship* (PDDR), que é um instrumento a ser preenchido pelo paciente após consulta de MGF. Ao ter em consideração características como a confiança e a compreensão, procura avaliar se o doente se sente compreendido pelo médico enquanto pessoa.²⁰

Dado o impacto que a RMD apresenta para o sucesso terapêutico, é importante observá-la também pela ótica do médico, através de uma autoavaliação retrospectiva que, para além de promover a consciencialização para a necessidade de ver o paciente enquanto pessoa, pode ter implicações na Educação Médica, na organização dos cuidados de saúde e na aquisição de uma abordagem cada vez mais centrada na Pessoa.^{3-5,17} Tal como para o conhecimento da consulta em MCP existem dois instrumentos de avaliação, um na ótica da pessoa na consulta e outro na ótica do médico, faz sentido que a escala PDDR tenha também a capacidade de medir o assunto pelos olhos de ambos os intervenientes na consulta.

Com este trabalho pretende-se proceder à tradução, modificação, adaptação cultural e validação da escala PDDR,²⁰ disponibilizando um novo instrumento em língua portuguesa -

com elevada consistência interna, fiável e válido - que permita aos médicos internos e especialistas em MGF autoavaliarem a perceção que têm dos pacientes e a profundidade da relação estabelecida, contribuindo para melhorar a compreensão da relação dinâmica entre médico e paciente no âmbito da consulta de MGF.

Materiais e Métodos

Realizou-se um estudo observacional transversal em duas fases.

Primeiramente, foi feita a tradução para o português europeu, modificação das questões e adaptação cultural da Escala PDDR, instrumento desenvolvido por Ridd e colegas²⁰ para avaliar, neste caso, se o médico sentia ter compreendido a pessoa no decorrer da consulta de MGF que tinha acabado de acontecer.

Seguiu-se a validação concorrente da mesma com a escala MCP para o médico, desenvolvida por Ramalho e colegas¹² (Anexo I).

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo II).

Desenho do estudo

Após autorização do autor da escala, foi realizada a adaptação cultural pela tradução para português europeu da escala PDDR por três nativos portugueses fluentes em inglês. Foi-lhes explicado o objetivo do presente estudo e pedido que, após a tradução, modificassem as perguntas para que refletissem a perspetiva do médico relativamente à consulta e ao doente acabado de atender. As três versões foram analisadas e discutidas por um painel de peritos constituído por três médicos especialistas em MGF, doutorados, uma socióloga e uma Professora de Enfermagem. A tradução considerada mais adequada e fiel ao sentido do original foi submetida a um processo de retroversão por três nativos portugueses com fluência em língua inglesa que desconheciam a versão original e o propósito do trabalho (Anexos III e IV).

Findo o processo de tradução/retroversão, procedeu-se à avaliação da fiabilidade da escala através da aplicação do questionário a uma amostra de 15 médicos internos e especialistas em MGF após uma consulta. Depois da assinatura do consentimento informado (Anexo V), solicitou-se o preenchimento autónomo do questionário em papel, tendo sido cronometrado o tempo de preenchimento. Após um intervalo de 5 minutos, foi realizada leitura individualizada das questões e as respostas foram registadas pela investigadora principal no mesmo instrumento em papel, de modo a poder verificar-se a confiabilidade entre as respostas nos dois tempos. Foi solicitado que respondessem também a perguntas sobre a agradabilidade do *layout*, a compreensibilidade das questões, a facilidade de resposta, o tempo de preenchimento e a capacidade de medir o que se pretendia, havendo ainda um espaço para críticas e/ou sugestões. Foi verificada a consistência interna através da análise

do coeficiente alfa de Cronbach e a capacidade discriminatória de cada pergunta pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC).

A validação concorrente foi feita com a escala MCP para o médico.¹² Para tal, foi enviado por correio eletrónico a médicos internos e especialistas em MGF da região Centro o convite com o *link* de acesso ao formulário com ambas as escalas, alojado na plataforma *Google forms*. Para preenchimento do mesmo, era necessário o registo do endereço de *e-mail*, que não ficou guardado, garantindo-se apenas uma resposta por pessoa e salvaguardando-se simultaneamente o anonimato dos respondentes, cuja participação neste estudo foi voluntária e só possível se fosse assinalada caixa específica que permitia a continuação do preenchimento. Pediu-se aos médicos participantes a resposta após a primeira consulta do dia de iniciativa da Pessoa na Consulta ou de iniciativa do médico. O objetivo do estudo era explicado no início do formulário (Anexo VI).

Seleção dos participantes

Para a adaptação cultural, aplicou-se a escala PDDR a uma amostra de conveniência composta por 15 médicos internos e especialistas em MGF de 3 Unidades de Saúde Familiar (USF) da região Centro – USF Coimbra Sul, USF Rainha Santa Isabel e USF Araceti – especificamente convidadas a participar no presente estudo.

Na fase de validação, o convite foi endereçado por e-mail a médicos internos e especialistas em MGF de Unidades Formativas da região Centro, tendo o processo sido coordenado pela Direção do Internato de Medicina Geral e Familiar do Centro e com a colaboração do Grupo de Estudos em Medicina Centrada na Pessoa da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). O questionário foi aplicado entre os dias 23 de janeiro e 18 de fevereiro de 2023, com uma amostra de 90 respondentes, garantindo-se um mínimo de 10 respostas por cada pergunta do questionário.

Recolha de dados

A escala PDDR adaptada é composta por 1 primeira questão que visa avaliar se o doente atendido é seguido habitualmente pelo médico respondente (Não, Sim e Não tenho a certeza) e por 8 afirmações, a serem classificadas em escala tipo *Likert* com 5 opções de resposta (Discordo, Não concordo nem discordo, Concordo parcialmente, Concordo muito e Concordo totalmente). A cada opção de resposta está atribuída uma pontuação, de 0 a 4, sendo a pontuação mínima de 0 pontos e a máxima de 32 pontos. Uma melhor RMD segundo

o ponto de vista do médico traduzir-se-á numa pontuação mais elevada, considerando-se ser, segundo Merriel e colaboradores,² superficial quando abaixo do percentil 33, profunda se acima do 67 e moderada se entre ambos os percentis.

Para caracterização de contexto da amostra estudaram-se também as variáveis: sexo de respondente (Feminino, Masculino e Não quer responder), grupo etário (\leq 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 55 anos e \geq 56 anos), posição na carreira (Interno de Especialidade, Especialista e Não quer responder) e tipo de consulta (MGF de iniciativa do doente, MGF de iniciativa do médico e MGF de iniciativa de outrem).

A validação concorrente foi feita com a escala MCP para o médico, constituída por 9 perguntas a serem respondidas em escala tipo *Likert* com 4 opções de resposta, podendo ser obtida pontuação global numérica entre 9 e 36, sendo tanto melhor quanto mais elevada a pontuação.¹²

Definiu-se o tamanho amostral mínimo como 80, em função do número de perguntas do questionário a validar.

Os dados recolhidos foram codificados e armazenados em base de dados protegida por palavra-passe e serão guardados por um período de três anos.

Análise de dados

Para o tratamento e análise estatística dos dados recolhidos utilizou-se a versão 27 do software IBM® SPSS® Statistics.

Realizou-se estatística descritiva e às variáveis numéricas foram aplicados os testes de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors para verificação da sua normalidade. Utilizou-se estatística inferencial entre variáveis com recurso ao teste de t-Student, à ANOVA e ao teste de Mann-Whitney U. Foi ainda realizada estatística correlacional entre escalas usando o teste de Spearman.

Definiu-se para verificação de diferença significativa o valor de diferença probabilística de $p < 0,05$ e consideraram-se aceitáveis valores de alfa de Cronbach superiores a 0,7.²³

Resultados

Adaptação cultural

Para a adaptação cultural, aplicou-se a escala PDDR para o médico a uma amostra de conveniência de n=15 médicos, 66,7% (n=10) do sexo feminino, 73,3% (n=11) com idade inferior ou igual a 45 anos e 60% (n=9) especialistas em MGF, tendo-se verificado muita agradabilidade com o *layout*, elevado grau de compreensibilidade das questões e facilidade de resposta, bem como boa capacidade de medir o que se pretendia. O tempo médio de preenchimento foi de 46,4± 9,9 segundos.

Analizou-se a confiabilidade pelo coeficiente alfa de Cronbach, verificando-se um valor de $\alpha=0,840$ global, todas as questões revelando alfa de Cronbach superior a 0,7 (Tabela 1). O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,840 (intervalo de confiança de 95% [0,680; 0,938]).

Tabela 1 – Estatísticas de item-total da Escala PDDR para o médico

	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
Item 1	27,400	25,114	0,623	0,821
Item 2	27,733	26,352	0,556	0,831
Item 3	26,000	26,829	0,693	0,805
Item 4	27,000	24,571	0,867	0,777
Item 5	25,933	33,067	0,370	0,843
Item 6	25,667	32,952	0,531	0,832
Item 7	25,667	33,810	0,533	0,836
Item 8	25,867	30,410	0,669	0,815

Item 1 - Conheço muito bem este(a) doente.; Item 2 - Conheço este(a) doente enquanto pessoa.; Item 3 - Compreendo realmente como este(a) doente se sente acerca do que me conta.; Item 4 - Sei o que esperar deste(a) doente.; Item 5 - Preocupo-me realmente com este(a) doente.; Item 6 - Levo este(a) doente a sério.; Item 7 - Aceito este(a) doente como ele(a) é.; Item 8 - Sinto-me totalmente à vontade com este(a) doente.

Realizou-se análise fatorial, obtendo-se com o Teste de KMO $p=0,476$ e Bartlett $p<0,001$. A análise da variância total explicada, pela análise de Componente Principal, demonstrou que 2 componentes representavam 77,9% da variância. Designou-se o componente 1 de clínica da RMD e o 2 de conhecimento da pessoa (Tabela 2).

Tabela 2 – Comunalidades e Matriz de componente

	Comunalidades		Matriz de Componente	
	Inicial	Extração	Clínica da RMD	Conhecimento da Pessoa
Item 1	1,000	0,925	0,581	0,767
Item 2	1,000	0,799	0,517	0,730
Item 3	1,000	0,781	0,868	- 0,169
Item 4	1,000	0,891	0,851	0,410
Item 5	1,000	0,639	0,608	- 0,519
Item 6	1,000	0,903	0,780	- 0,542
Item 7	1,000	0,640	0,720	- 0,350
Item 8	1,000	0,655	0,808	- 0,042

Método de Extração: análise de Componente Principal. RMD – Relação Médico-Doente.

Pelo teste de Shapiro-Wilk, verificou-se que as pontuações da aplicação por escrito e oralmente seguiam ambas uma distribuição normal ($p=0,738$ e $p=0,481$, respetivamente). Assim sendo, realizou-se o teste t-Student para amostras emparelhadas para comparação entre as aplicações, obtendo-se um $p=0,084$ e tendo os valores para cada questão sido todos superiores a 0,05 (mínimo de 0,082 nas questões 3 e 7 e máximo de 0,433 na questão 8). Verificou-se ainda a existência de uma correlação positiva e muito forte entre a pontuação total obtida na aplicação por escrito e na aplicação oral ($r=0,955$, $p<0,001$).

Validação

Responderam ao questionário para a validação concorrente 90 médicos, sendo 80% ($n=72$) mulheres, 37,8% ($n=34$) de idade igual ou inferior a 35 anos e 67,8% ($n=61$) especialistas em MGF (Tabela 3). Das 90 consultas em estudo, 68,9% ($n=62$) foram de iniciativa do doente e 26,7% ($n=24$) foram marcadas por iniciativa do médico. Para 4,4% ($n=4$)

das consultas, a iniciativa foi de outrem; no entanto, para facilitar a análise, e dada a alta probabilidade de terem sido marcadas pela equipa de Enfermagem, assumiram-se as consultas marcadas por iniciativa de outrem como tendo sido de iniciativa do médico (n=28).

Tabela 3 – Caracterização da amostra (n=90)

Variável	Tipo de consulta		Total n (%)	
	MGF de iniciativa do doente n (%)	MGF de iniciativa do médico + outrem n (%)		
Sexo	Feminino	51 (82,3)	21 (75)	72 (80)
	Masculino	11 (17,7)	7 (25)	18 (20)
Grupo etário	≤ 35 anos	24 (38,7)	10 (35,7)	34 (37,8)
	36 a 45 anos	19 (30,6)	9 (32,1)	28 (31,1)
	46 a 55 anos	11 (17,7)	5 (17,9)	16 (17,8)
	≥ 56 anos	8 (12,9)	4 (14,3)	12 (13,3)
Posição na carreira	Interno de especialidade	20 (32,3)	9 (32,1)	29 (32,2)
	Especialista	42 (67,7)	19 (67,9)	61 (67,8)
Doente regular	Não	4 (6,5)	0 (0,0)	4 (4,4)
	Sim	58 (93,5)	28 (100,0)	86 (95,6)

MGF: Medicina Geral e Familiar.

Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de significância de Lilliefors, verificou-se que a Escala PDDR apresentava uma distribuição normal (KS(90)=0,086, p=0,094), enquanto que a Escala MCP não (KS(90)=0,124, p=0,002), pelo que se optou pela realização de testes não-paramétricos para comparação das duas.

A pontuação média da escala PDDR foi de 21,76±5,51 pontos, a mediana de 22 pontos e a moda de 24 pontos, tendo-se registado um mínimo de 5 e um máximo de 32 pontos. Pela análise de percentis, concluiu-se que 36,7% (n=33) estavam abaixo do percentil 33 (PDDR ≤20), 42,2% (n=38) acima do percentil 67 (PDDR ≥24) e 21,1% (n=19) entre ambos os percentis (PDDR 21-23). Para a escala MCP (α=0,835), cuja pontuação total pode variar entre

9 e 36 pontos, a pontuação média foi de $29,70 \pm 3,51$ pontos, a mediana de 30 pontos e a moda de 27 pontos, tendo o mínimo sido de 19 e o máximo de 36 pontos. Através do coeficiente de Spearman, correlacionaram-se as pontuações das duas escalas, tendo-se verificado a existência de uma correlação positiva e moderada entre ambas ($\rho=0,458$, $p<0,001$). A distribuição das respostas de ambas as escalas por categoria de escala tipo *Likert* encontra-se descrita na tabela 4 e a pontuação total na Figura 1.

Tabela 4 – Distribuição das respostas à Escala PDDR e à Escala MCP para o médico

N (%)		1	2	3	4	5
Escala PDDR	Item 1	6 (6,7)	4 (4,4)	30 (33,3)	37 (41,1)	13 (14,4)
	Item 2	8 (8,9)	12 (13,3)	32 (35,6)	28 (31,1)	10 (11,1)
	Item 3	4 (4,4)	6 (6,7)	26 (28,9)	43 (47,8)	11 (12,2)
	Item 4	4 (4,4)	8 (8,9)	37 (41,1)	29 (32,2)	12 (13,3)
	Item 5	0 (0,0)	3 (3,3)	14 (15,6)	44 (48,9)	29 (32,2)
	Item 6	0 (0,0)	2 (2,2)	16 (17,8)	42 (46,7)	30 (33,3)
	Item 7	0 (0,0)	2 (2,2)	15 (16,7)	43 (47,8)	30 (33,3)
	Item 8	1 (1,1)	7 (7,8)	29 (32,2)	34 (37,8)	19 (21,1)
Escala MCP	Item 1	0 (0,0)	1 (1,1)	50 (55,6)	39 (43,3)	
	Item 2	0 (0,0)	3 (3,3)	56 (62,2)	31 (34,4)	
	Item 3	0 (0,0)	2 (2,2)	46 (51,1)	42 (46,7)	
	Item 4	0 (0,0)	3 (3,3)	54 (60,0)	33 (36,7)	
	Item 5	0 (0,0)	12 (13,3)	51 (56,7)	27 (30,0)	
	Item 6	0 (0,0)	3 (3,3)	25 (27,8)	62 (68,9)	
	Item 7	1 (1,1)	10 (11,1)	49 (54,4)	30 (33,3)	
	Item 8	0 (0,0)	2 (2,2)	52 (57,8)	36 (40,0)	
	Item 9	4 (4,4)	26 (28,9)	45 (50,0)	15 (16,7)	

MCP – Medicina Centrada na Pessoa; PDDR - *Patient-Doctor Depth-of-Relationship*.

Escala PDDR: 1 – Discordo; 2 – Não concordo nem discordo; 3 – Concordo parcialmente; 4 – Concordo muito; 5 – Concordo totalmente.

Escala MCP: Itens 1, 3, 4, 5, 7 e 9: 1 – Nada; 2- Um pouco; 3 – Bem; 4 – Completamente. Item 2: 1 – Nada satisfeito; 2 – Pouco satisfeito; 3 – Satisfeito; 4 – Muito satisfeito. Item 6: 1 – Nada; 2- Satisfatório; 3 – Bem; 4 – Muito bem; Item 8: 1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Bem; 4 – Muito bem.

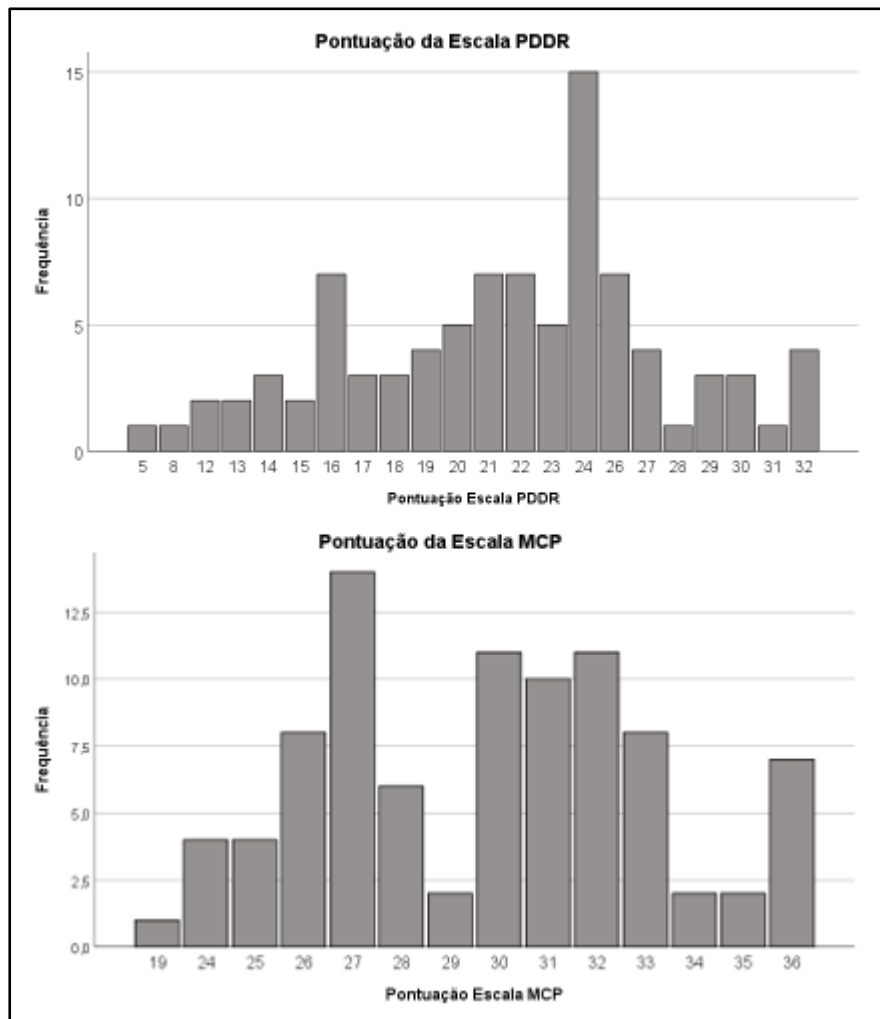


Figura 1 – Pontuação da Escala PDDR para o médico e da Escala MCP para o médico
MCP – Medicina Centrada na Pessoa; PDDR - Patient-Doctor Depth-of-Relationship.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas por sexo, $p=0,940$, nem por tipo de consulta, $p=0,796$. Quanto ao grupo etário, pela ANOVA, encontraram-se diferenças significativas entre as pontuações obtidas pelos médicos de diferentes faixas etárias, $p=0,004$. Testes *post hoc* usando Bonferroni para corrigir comparações múltiplas indicam haver diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com idade inferior ou igual a 35 anos e o grupo com idade entre 46 e 55 anos ($p=0,021$) e entre o grupo com idade inferior ou igual a 35 anos e o grupo com idade igual ou superior a 56 anos ($p=0,015$). Verificou-se ainda que a pontuação obtida por médicos internos foi significativamente diferente da pontuação obtida por médicos especialistas em MGF, $p=0,011$. Médicos que atenderam doentes que já seguiam regularmente também conseguiram pontuações significativamente diferentes das obtidas pelos médicos que não estavam a atender um doente habitual ($p=0,018$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise da pontuação da Escala PDDR de acordo com as variáveis

	Variável	Média	DP	Mediana	Mín	Máx	p
Sexo	Feminino	21,78	5,40	22	5	32	0,940 ¹
	Masculino	21,67	6,12	22,5	8	31	
Grupo Etário	≤ 35 anos	19,41	5,79	20	5	32	0,004 ²
	36 a 45 anos	21,93	4,09	22,5	12	29	
	46 a 55 anos	24,13	4,91	24	16	32	
	≥ 56 anos	24,83	5,97	24	13	32	
Posição na Carreira	Interno de especialidade	19,66	5,85	20	5	32	0,011 ³
	Especialista	22,75	5,09	24	12	32	
Tipo de Consulta	MGF de iniciativa do doente	21,79	5,44	22,5	5	32	0,796 ³
	MGF de iniciativa do médico + outrem	21,68	5,76	22	8	32	
Doente regular	Não	16,25	2,22	16	14	19	0,018 ³
	Sim	22,01	5,49	22,5	5	32	

1 – Teste t-Student para amostras independentes; 2 – ANOVA; 3 – Teste de Mann-Whitney U; DP – Desvio padrão; Máx – Máximo; MGF – Medicina Geral e Familiar; Mín – Mínimo, PDDR - Patient-Doctor Depth-of-Relationship.

Foi novamente avaliada a confiabilidade da escala PDDR, com $\alpha=0,889$ global.

Discussão

Com a adoção de uma Medicina cada vez mais centrada na Pessoa, e dada a evidência crescente sobre os seus múltiplos benefícios, a RMD tem ganho uma maior relevância no âmbito da prática clínica.^{1-3,6,10} Tal justifica a necessidade de continuar a realizar estudos que contribuam para a compreensão da dinâmica entre médico e paciente, de ambas as perspetivas, criando suporte científico que reforce a importância da aposta na formação em MCP e da implementação de medidas que visem a promoção da construção de uma RMD sólida.

Atualmente, existem já em Portugal instrumentos devidamente adaptados e validados,^{10,12} ou até criados de propósito para o efeito,³ que possibilitam a análise de diversos componentes relacionados com a MCP e a RMD, tanto para preenchimento do médico como do paciente. No entanto, faltava um que se debruçasse sobre o modo como o médico vê e compreende o doente enquanto pessoa - e sobre como isso impacta a profundidade da RMD estabelecida.

Assim, com o objetivo de preencher essa lacuna, no presente estudo procedeu-se à tradução, modificação e adaptação cultural da escala PDDR²⁰ e validação concorrente com a escala MCP para o médico,¹² disponibilizando um instrumento em português que, de uma forma rápida (tempo médio de preenchimento inferior a 1 minuto), permite a autoavaliação retrospectiva do desempenho do médico no âmbito da consulta de MGF.

Relativamente à adaptação cultural, obteve-se um alfa de Cronbach global ($\alpha=0,840$) e para todas as questões superior a 0,7, o que assegura a existência de boa consistência interna das 8 questões. Realizou-se avaliação das estatísticas de item-total, tendo-se verificado que todos os valores de item-total corrigido foram superiores a 0,3 e que nenhuma questão, se excluída, contribuiria para o aumento da consistência interna (Tabela 1). Assim, dada a consistência interna forte, não se considerou necessária a exclusão de nenhum item. Compararam-se as aplicações por escrito e oralmente, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas ($p=0,084$); o coeficiente de correlação de Pearson demonstrou a existência de uma correlação positiva e muito forte entre a pontuação total obtida na aplicação por escrito e na aplicação oral ($r=0,955$), pelo que se considerou a adaptação cultural como bem-sucedida.

Na validação concorrente com a escala MCP para o médico, cujo valor de alfa de Cronbach obtido ($\alpha=0,835$) foi ligeiramente inferior ao descrito ($\alpha=0,895$),¹² observou-se a existência de uma correlação positiva e moderada entre ambas as escalas ($p=0,458$), o que

vem reforçar a lógica interligação entre uma abordagem centrada na Pessoa e a profundidade da RMD.

Assumindo os percentis 33 e 67 como pontes de corte para a definição dos graus da RMD em superficial, moderada e profunda² tem-se que 42,2% (n=38) dos médicos acreditam ter construído uma relação profunda com o paciente (PDDR≥24), 4,4% (n=4) inclusive a pontuar o máximo (PDDR=32). Por oposição, 36,7% (n=33) consideraram ter desenvolvido com o paciente uma relação apenas superficial (PDDR≤20). Tal pode significar intricação não completa entre o que ambas as escalas medem, sendo agora necessário perceber qual a dimensão primordial: a RMD como um atributo pessoal ou a MCP como um atributo profissional.

Em termos de pontuação por pergunta, as questões 5 (“Preocupo-me realmente com este(a) doente.”), 6 (“Levo este(a) doente a sério.”) e 7 (“Aceito este(a) doente como ele(a) é.”) foram aquelas em que mais vezes foram escolhidas as opções 4 (“Concordo muito”) e 5 (“Concordo totalmente”). Estas 3 questões parecem refletir a dimensão mais empática da RMD, o que vem corroborar o estudo de 2021 desenvolvido por Simões e colegas,⁶ que concluiu que os pacientes em Portugal consideravam que os médicos possuíam um bom grau de empatia.

Pelo contrário, as questões 2 (“Conheço este(a) doente enquanto pessoa.”) e 4 (“Sei o que esperar deste(a) doente.”) foram as que registaram piores pontuações. Tendo em conta que são as mais relacionadas com a confiança e com a visão do paciente enquanto pessoa, estes resultados sugerem que os médicos parecem compreender melhor os pacientes no contexto da sua doença do que enquanto indivíduos. Segundo Berger e colegas,¹ a RMD pressupõe vulnerabilidade e confiança; no entanto, recentemente, He e colaboradores²¹ concluíram que são escassos os estudos sobre a confiança dos médicos, nomeadamente na sua dimensão cognitiva, o que reforça a necessidade da realização de mais trabalhos de investigação e sensibilização nesta área.

Contrariamente a outros estudos, nomeadamente ao da validação portuguesa da escala MCP para o médico,¹² não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino (p=0,940), o que sugere que médicos de ambos os sexos autoavaliam de forma semelhante o seu desempenho no contexto da RMD.

Foram encontradas diferenças significativas entre grupos etários (p=0,004) e entre posições na carreira (p=0,011), com médicos especialistas (pontuação média 22,75±5,09) a pontuar mais do que internos (pontuação média 19,66±5,85) e com pontuações médias crescentes com o avanço no grupo etário. Isto pode, na verdade, ser o reflexo da prática de

uma Medicina mais pessoal e mecanicista pelas gerações mais jovens.⁵ No entanto, é igualmente plausível que médicos mais velhos estejam não só mais cientes, pela sua experiência clínica, da importância da RMD, como é também mais provável que já acompanhem os mesmos doentes há vários anos, o que tende a traduzir-se numa RMD mais profunda.

A partir dos resultados, é também possível perceber a maior importância do facto de o doente ser seguido regularmente ($p=0,018$) quando comparada com a do tipo de consulta ($p=0,796$), o que vai ao encontro de outros estudos que evidenciam a relevância da continuidade de cuidados para a construção de uma relação que satisfaça médico e paciente e, portanto, se associe a melhores resultados clínicos.²⁰ É particularmente paradigmático o caso das pontuações referentes a doentes que não eram habitualmente acompanhados pelo médico respondente, em que a pontuação média foi de $16,25 \pm 2,22$ e a pontuação máxima registada foi de apenas 19 em 32 pontos.

Uma das principais limitações deste estudo é o tamanho limitado da amostra ($n=90$) e o facto de apenas terem sido inquiridos médicos da região Centro, onde, nos últimos anos, têm sido desenvolvidos diversos trabalhos que contribuem para a sensibilização da importância da temática da RMD.^{3,6,10,12} No entanto, o tamanho da amostra é suficiente para validar os resultados obtidos. Ainda assim, pode não ser possível extrapolar as conclusões para os médicos de todo o país, sendo necessários mais estudos.

Sendo este um questionário de preenchimento voluntário, é provável que médicos satisfeitos com a sua prestação na consulta se sentissem mais propensos a preencher o questionário. Da mesma forma, uma vez que este é um instrumento de autoavaliação, apesar de garantido o anonimato das respostas, é plausível que exista uma tendência para a sobrevalorização do desempenho. Para além disso, a pontuação mais alta das questões 5, 6 e 7, relativas à preocupação, consideração e aceitação do doente, também pode ter sido inflacionada, mesmo que inconscientemente, dado refletirem dimensões mais relacionadas com valores intrínsecos essenciais do médico enquanto indivíduo. No entanto, o viés foi sistemático.

Outra limitação a apontar prende-se com o facto de a autoavaliação do médico poder não refletir a opinião do doente sobre a profundidade da RMD e sobre a qualidade da consulta.^{5,17,18} Para melhor entendimento desta dinâmica, dever-se-á proceder a estudos comparativos entre a escala que validámos e a escala PDDR para o doente, com posterior correlação entre as pontuações atribuídas pelos doentes e as obtidas pelos médicos.

Apesar de um longo caminho ter sido já percorrido no que toca à abordagem centrada no paciente, sobra ainda muito terreno por explorar, tendo sempre como meta a construção de uma Medicina humanizada que assegure o melhor cuidado holístico aos pacientes, não descurando o bem-estar dos seus profissionais. Sobressai, assim, a necessidade de serem realizados mais estudos, com amostras maiores e de diversas regiões, bem como ampliados os campos de investigação dentro desta temática, por exemplo com os alunos do Mestrado Integrado em Medicina. Para além disso, dado que a importância da RMD é transversal a todas as especialidades, seria interessante dinamizar também estudos nessas áreas, assim como a validação deste e de outros instrumentos fora da MGF.

Conclusão

Foi possível realizar a adaptação cultural da escala PDDR para o médico, que demonstrou ser um instrumento com boa consistência interna, fiável e válido, permitindo a análise da profundidade da RMD através da autoavaliação retrospectiva do desempenho do médico no âmbito da consulta de MGF.

A RMD é, de facto, uma base essencial para uma boa prática clínica, pelo que é necessário proceder à realização de mais estudos que permitam compreender melhor a dinâmica entre médico e paciente e fortalecer este instrumento.

Agradecimentos

Agradeço ao Prof. Dr. Luiz Santiago e ao Prof. Dr. José Augusto Simões por toda a orientação, disponibilidade, generosidade e pelos ensinamentos transmitidos.

Aos meus amigos, pelo companheirismo, pelo apoio constante e por todas as memórias – que Coimbra seja sempre nossa.

E aos meus avós, por terem dado aos meus pais as asas que me permitiram voar; ao meu irmão, que sempre me fez querer ser um exemplo; ao meu pai, que me transmitiu o amor pelo conhecimento e o espírito de perseverança que me permitiu fazer uso dele; e à minha mãe, por tanto que as palavras não chegam.

Referências

1. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Israel journal of health policy research*. 2020; 9(1), 33.
2. Merriel SWD, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: Cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. 2015;65(637):e545–51.
3. Santiago LM, Simões JA, Vale M, de Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. *Acta Med Port*. 2020;33(6):407–14.
4. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*. 2009;59(561):268–75.
5. Abdulkader RS, Venugopal D, Jeyashree K, al Zayer Z, Senthamarai Kannan K, Jebitha R. The Intricate Relationship Between Client Perceptions of Physician Empathy and Physician Self-Assessment: Lessons for Reforming Clinical Practice. *J Patient Exp*. 2022;9.
6. Simões JA, Prazeres F, Maricoto T, Simões PA, Lourenço J, Romano JP, et al. Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Fam Pract*. 2021;38(5):606–11.
7. Páez G, Forte DN, Gabeiras M del PL. Exploring the Relationship between Shared Decision-Making, Patient-Centered Medicine, and Evidence-Based Medicine. *Linacre Quarterly*. 1 de Agosto de 2021;88(3):272–80.
8. Norwood P, Correia I, Veiga P, Watson V. Patients' experiences and preferences for primary care delivery: a focus group analysis. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e106.
9. Pita P, Sara B, Machado R, De J, Simões A. Health Systems in Transition. Vol. 13, Portugal Health system review. 2011.
10. Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral [Internet]*. 2022;38(3):247–56.
11. Plagg B, Engl A, Piccoliori G, Atz H, Becker U, Kiem J, et al. Mutual Role Expectations by Patients and General Practitioners—A Mixed Methods Study on Complementarity. *Healthcare (Switzerland)*. 2022;10(10).

12. Ramalho M, Ferreira PL, Santiago LM. Medicina Centrada na Pessoa: A sua autoavaliação médica retrospectiva, submetido à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2022, Inpress.
13. Schwartz R, Dubey M, Blanch-Hartigan D, Sanders JJ, Hall JA. Physician empathy according to physicians: A multi-specialty qualitative analysis. *Patient Educ Couns*. 2021;104(10):2425–31.
14. Sustersic M, Gauchet A, Kernou A, Gibert C, Foote A, Vermorel C, et al. A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLoS One*. 2018;13(2).
15. Hermans L, Hartman TO, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: A cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*. 2018;68(674):e621–6.
16. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: A systematic review *11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services*. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1).
17. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*. 2018;13(5).
18. Catherine H, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. Vol. 9, *Annals of Family Medicine*. Annals of Family Medicine, Inc; 2011. p. 155–64.
19. Fernandes-Cavalcante J. La relación médico-paciente: un nuevo patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2018; 4(1): 1.
20. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Patient-doctor depth-of-relationship scale: Development and validation. *Ann Fam Med*. 2011;9(6):538–45.
21. He Q, Li Y, Wu Z, Su J. Explicating the Cognitive Process of a Physician's Trust in Patients: A Moderated Mediation Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14446
22. Wang Y, Wu Q, Wang Y, Wang P. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician–Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022;29(4):849–60.
23. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Vol. 2, *International journal of medical education*. 2011. p. 53–5.

Anexos

Anexo I – Escala MCP para o médico

Escala MCP, vertente médico

Autoavaliação de realização de consulta segundo a Medicina Centrada na Pessoa, quanto à consulta que agora acabou:

1. Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?

Completamente Bastante Um pouco Nada

2. Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?

Muito Satisfeito Satisfeito Pouco Satisfeito Nada Satisfeito

3. Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?

Completamente Bastante Um pouco Nada

4. Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?

Completamente Bastante Um pouco Nada

5. Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um? (Quem é responsável na tomada de decisões e quem é responsável por cada aspeto dos cuidados de saúde)

Completamente Bastante Um pouco Nada

6. Como considero que expliquei a terapêutica à pessoa?

Muito bem Bem Satisfatório Nada

7. Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica? (passada e futura)

Completamente Bastante Um pouco Nada

8. Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?

Muito bem Bem Pouco Nada

9. Em relação ao problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?

Completamente Bastante Um pouco Nada



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL 	DESPACHO: <i>Trouxas conhecimento e deliberado homologar o parecer Final do Conselho de Ética para a Saúde.</i> <i>19.07.2023</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. Dr. Rogor Luis Marques Presidente,
---	---

ASSUNTO:	Estudo 103/2022 Relação médico-doente e a sua influência na evolução do prognóstico: qual a Profundidade da Relação Médico-Doente: A Perspetiva do Médico Dr. Miguel Ruivo Dr. Fortunado Cravo Vogal,
-----------------	---

Pretende-se realizar a adaptação cultural e validação da escala *Patient Doctor Depth of Relationship* (PDDR) – autorização já obtida – com utilização de uma amostra de 15 médicos de MGF

Posteriormente será enviada a Unidades Formativas de MGF da região Centro através de link a formulário acessível no Google Forms, com repetição 1 mês depois, enviado e Coordenado pela Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Região Centro e Pela Direção do Internato de Medicina Geral e Familiar do Centro. As respostas serão anónimas e irá referir-se à primeira consulta marcada por iniciativa do doente nas 2 semanas seguintes ao recebimento do convite

O Relator: Prof. Doutor Vitor Rodrigues

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

Escala de Avaliação da Profundidade da Relação Médico-Doente

- 1.1 Hoje atendi um doente que sigo regularmente? Não ₀
Sim ₁
Não tenho a certeza ₂

Pensando no(a) doente que acabou de atender, responda por favor o mais honestamente possível, selecionando a opção que melhor se adequa a cada frase/pergunta, segundo a escala:

		Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito	Concordo totalmente
2.1	Conheço muito bem este(a) doente.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.2	Conheço este(a) doente enquanto pessoa .	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.3	Compreendo realmente como este(a) doente se sente acerca do que me conta.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.4	Sei o que esperar deste(a) doente.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.5	Preocupo-me realmente com este(a) doente.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.6	Levo este(a) doente a sério .	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.7	Aceito este(a) doente como ele(a) é .	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2.8	Sinto-me totalmente à vontade com este(a) doente.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Anexo V – Consentimento Informado - Fase de adaptação cultural

“Este questionário destina-se à fase de adaptação cultural de um trabalho realizado no âmbito do Trabalho Final do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob orientação do Prof. Doutor José Augusto Simões e do Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago e com a colaboração do Grupo de Estudos em Medicina Centrada na Pessoa da APMGF. Trata-se da transposição para o Médico da “Escala de Profundidade da Relação Médico-Doente” e pretende-se, por esta via, estudar o modo como, numa consulta de Medicina Geral e Familiar, o médico autoavalia a perceção que tem do paciente e a profundidade da relação estabelecida.

Saberemos, nesta fase, quais os médicos a que o questionário será aplicado, uma vez que precisaremos de cronometrar o tempo de resposta e aplicar novamente a escala, cinco minutos mais tarde, agora oralmente, para avaliação da correlação e da consistência interna. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo por tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados, estando os seus não identificáveis.

A sua participação neste estudo é de carácter voluntário, podendo, a qualquer momento, cessar o preenchimento do questionário, se assim o entender.

Ao submeter a sua resposta, confirma que tomou conhecimento das informações descritas no Consentimento Informado e autoriza a recolha e tratamento de dados para os fins desta investigação.

Quaisquer dúvidas que surjam no preenchimento do questionário ou pedidos de esclarecimentos adicionais devem por favor ser remetidos para: beatrizdmoutinho@gmail.com.

Agradecemos a sua participação,

Beatriz Moutinho (Investigadora)

Professor Doutor José Augusto Simões (Investigador e Orientador)

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago (Investigador e Coorientador)

- Declaro que li e aceito participar de forma voluntária, tendo compreendido os objetivos e pressupostos deste estudo e permitindo o uso das minhas respostas para os fins referidos.

O participante: _____

‘A equipa investigadora: _____”

Anexo VI – Consentimento Informado - Fase de validação

“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob orientação do Prof. Doutor José Augusto Simões e do Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago e com a colaboração do Grupo de Estudos em Medicina Centrada na Pessoa da APMGF.

Trata-se da transposição para o Médico da “Escala de Profundidade da Relação Médico-Doente” e pretende-se, por esta via, estudar o modo como, numa consulta de Medicina Geral e Familiar, o médico autoavalia a perceção que tem do paciente e a profundidade da relação estabelecida.

As respostas são recolhidas de forma anónima e os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo por tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados, estando os seus não identificáveis.

A sua participação neste estudo é de carácter voluntário, podendo, a qualquer momento, cessar o preenchimento do questionário, se assim o entender. O tempo total de resposta é de aproximadamente 2 minutos.

Ao submeter a sua resposta, confirma que tomou conhecimento das informações descritas no Consentimento Informado e autoriza a recolha e tratamento estatístico de dados para os fins desta investigação e a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Quaisquer dúvidas que surjam no preenchimento do questionário ou pedidos de esclarecimentos adicionais devem por favor ser remetidos para: beatrizdmoutinho@gmail.com.

Agradecemos a sua participação,

Beatriz Moutinho (Investigadora)

Professor Doutor José Augusto Simões (Investigador e Orientador)

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago (Investigador e Coorientador)

Declaro que li e aceito participar de forma voluntária, tendo compreendido os objetivos e pressupostos deste estudo e permitindo o uso das minhas respostas para os fins referidos.

Não aceito participar.”