



Profundidade da relação médico-doente: escala para autoavaliação da perspetiva do médico

Beatriz Moutinho,¹ Luiz Miguel Santiago,^{2,3} José Augusto Simões⁴

RESUMO

Introdução: A relação médico-doente, baseada em confiança e partilha de responsabilidades, origina maior satisfação e tem impacto positivo no prognóstico. Esta relação deve ser estudada pelo prisma do médico de medicina geral e familiar (MGF).

Objetivos: Proceder à adaptação cultural e validação concorrente da escala de avaliação da Profundidade da Relação Médico-Doente (PDDR) com a escala de Medicina Centrada na Pessoa (MCP-PT) na perspetiva do médico.

Métodos: Após adaptação cultural, pela tradução para português europeu e modificação das questões da escala PDDR para incidirem sobre a perspetiva do médico, aplicou-se o questionário, por escrito e oralmente, a uma amostra de conveniência de médicos de MGF para estudo da fiabilidade. A validação concorrente com a escala MCP-PT para o médico foi feita por estudo observacional transversal, aplicando ambas a médicos internos e especialistas de MGF da região Centro. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, considerando-se para diferença significativa o valor 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-PT para o médico ($\rho = 0,458$, $p < 0,001$). A pontuação média foi de $21,8 \pm 5,5$ 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 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 para avaliação da profundidade da relação médico-doente segundo a perspetiva do médico em consulta de MGF.

Palavras-chave: Autoavaliação; Medicina centrada na pessoa; Medicina geral e familiar; Relação médico-doente.

INTRODUÇÃO

A medicina moderna assenta cada vez mais na premissa de que a relação médico-doente constitui a chave para o desenvolvimento de um ambiente de confiança mútua entre médico e doente, alicerçando uma aliança terapêutica com impacto positivo no prognóstico.¹⁻³ Através da empatia,

da comunicação eficaz e de processo de capacitação e empoderamento do doente, respeitando os princípios da medicina centrada na pessoa, a relação médico-doente permite a prestação de um cuidado mais focado nas necessidades do doente, com maior satisfação de ambas as partes envolvidas.⁴⁻⁶ Apesar de frequentemente descritos como opostos, os conceitos da medicina centrada na pessoa e da medicina baseada na evidência complementam-se, potenciando a autonomia da pessoa na consulta e privilegiando a tomada partilhada de decisões no âmbito da relação médico-doente.⁷ Estudos realizados em Portugal concluem que os doentes consideram que os médicos são empáticos e

1. MD, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. MD, PhD, Associated Professor. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

3. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

4. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.



tendem a valorizar a continuidade de cuidados, estabelecendo com eles boa relação, julgando-os conhecedores do seu histórico médico, pessoal e familiar.^{6,8-9}

Com a introdução, nos anos 70, do conceito de medicina centrada na pessoa, verificou-se uma mudança de paradigma, começando a preterir-se o modelo biomédico e paternalista em favor de uma visão mais holística do doente, que compreende a pessoa nas suas várias dimensões e a enquadra no contexto em que está inserida.^{1,3,10-11} A medicina centrada na pessoa reconhece a importância da partilha de poder dentro da relação médico-doente, indo ao encontro da vontade dos doentes de assumirem um papel cada vez mais ativo na determinação do caráter 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 doentes quanto à prática da medicina centrada na pessoa em consulta de medicina geral e familiar (MGF) em Portugal foi criado o Questionário da Medicina Centrada na Pessoa em Portugal (MCP-PT), que mais tarde foi adaptado para medir também a perspetiva do médico.^{10,12} Este modelo pode ser praticado quer com pessoas que apresentam quadro ou quadros patológicos quer com aquelas que recorrem a médico sem doença, na perspetiva de prevenção ou apenas de medo de doença.

São múltiplos os estudos que comprovam as vantagens da profundidade da relação médico-doente.^{1,6,10} Os doentes sentem que o médico se preocupa realmente com o seu bem-estar físico e mental, o que facilita a compreensão e abordagem da sua queixa principal, possibilitando a discussão de um maior número de problemas bem como de questões emocionais e psicológicas durante a consulta, diminuindo 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 susceptibilidade 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 doentes sentem-se mais seguros com os cuidados prestados, dispensando con-

sultas 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}

Estas razões motivaram, inclusive, uma proposta para o reconhecimento da relação médico-doente como Património Cultural Imaterial da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para Educação e Cultural (UNESCO).¹⁹

Enquanto forma de relacionamento humano, a relação médico-doente é um processo dinâmico que integra e interliga as perspetivas do médico e do doente, que se influenciam mutuamente e são moldadas por aspetos da própria personalidade, experiências prévias, expectativas e receios, antecedentes socio-culturais e fatores externos aos próprios intervenientes.^{3-5,11,20-21} No entanto, para além da dificuldade na medição da profundidade da relação médico-doente, 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 da dos doentes.²² Apesar de terem sido encontradas associações positivas entre a avaliação do médico sobre a sua prestação e os resultados dos doentes,¹⁷ são vários os estudos que defendem que a perspetiva do médico está sujeita a viéses, sendo insuficiente para prever a qualidade da relação médico-doente.^{5,14,17-18,22} Ainda assim, pouco se sabe sobre as expectativas que os médicos têm em relação ao papel e comportamento dos doentes e em que grau a visão do médico sobre o doente, ou a pessoa que ele é, influencia a construção da relação médico-doente.¹¹

Com o propósito de avaliar a profundidade da relação médico-doente, Ridd e colaboradores desenvolveram a escala *Patient-Doctor Depth-of-Relationship* (PDDR), instrumento a ser preenchido pelo doente após consulta de MGF.²⁰

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 relação médico-doente 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 doente 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} Como para o conhecimento da consulta em medicina centrada na pessoa, 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 segundo a perspectiva de ambos os intervenientes na consulta.

Com este trabalho pretendeu-se adaptar culturalmente e validar concorrentemente a escala PDDR,²⁰ disponibilizando um novo instrumento em língua portuguesa, permitindo aos médicos internos e especialistas em MGF a avaliação da percepção que têm sobre a relação e sua profundidade, na consulta que realizaram, contribuindo para melhorar a compreensão da relação dinâmica entre médico e doente no âmbito da MGF.

MÉTODOS

Após obtenção de parecer de Comissão de Ética e do autor da escala realizou-se a tradução para o português europeu por três nativos portugueses fluentes em inglês. Adaptaram-se as questões para a visão do médico por um conjunto de peritos, três médicos especialistas em MGF, uma socióloga e uma professora de enfermagem. A escala resultante foi depois retrotraduzida para Inglês para conhecimento de adequação e fidelidade ao sentido do original da escala PDDR.²⁰ Para garantia de qualidade avaliou-se a correlação em aplicação teste e reteste, com pelo menos vinte minutos de intervalo, primeiro em autopreenchimento e depois por leitura pela investigadora que anotou as respostas, numa amostra de conveniência de quinze médicos internos e especialistas em MGF de três 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.

Seguiu-se a validação concorrente com a escala de MCP-PT para o médico¹² enviando, por correio eletrónico, a médicos internos e especialistas em MGF da região Centro convite com o *link* de acesso ao formulário com ambas as escalas, alojado na plataforma *Google forms*. Garantiu-se apenas uma resposta por pessoa, salvaguardou-se o anonimato dos respondentes, cuja participação neste estudo foi voluntária e só possível se fosse assinalada caixa específica que permitia a continuação do preenchimento. Solicitou-se aos médicos parti-

cipantes resposta após a primeira consulta do dia, de iniciativa da pessoa na consulta ou de iniciativa do médico, em dias especificados no correio enviado. O objetivo do estudo era explicado no início do formulário.

Na fase de validação, o convite eletrónico a médicos internos e especialistas em MGF de unidades formativas da região Centro foi 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. O questionário foi aplicado entre os dias 23/janeiro e 18/fevereiro de 2023, sendo objetivo atingir uma amostra mínima de oitenta respondentes, um mínimo de dez respostas por cada pergunta do questionário em validação – o PDDR.

A escala PDDR para o médico é composta por uma primeira questão, que visa avaliar se o doente atendido é seguido habitualmente pelo médico respondente (Não, Sim e Não tenho a certeza), e por oito afirmações, a serem classificadas em escala tipo *Likert* com cinco opções de resposta (Discordo, Não concordo nem discordo, Concordo parcialmente, Concordo muito e Concordo totalmente). A cada opção de resposta é atribuída uma pontuação, de 0 a 4, sendo a pontuação mínima de 0 pontos e a máxima de 32 pontos. Uma melhor relação médico-doente segundo o ponto de vista do médico traduzir-se-á numa pontuação mais elevada, considerando-se ser, segundo Merriel e colaboradores,² abaixo do percentil 33 a relação médico-doente superficial, acima de 66 profunda e entre os percentis os percentis 33 e 66 moderada.

Para caracterização de contexto da amostra estudaram-se também as variáveis sexo, grupo etário (≤ 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 55 anos e ≥ 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).

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

Para efeitos de escrita do presente artigo considerou-se o termo doente, mesmo que algumas consultas possam ter acontecido com pessoas sem doença.



TABELA 1. Caracterização da amostra (n=90)				
Variável		Tipo de consulta		Total n (%)
		MGF de iniciativa do doente n (%)	MGF de iniciativa do médico n (%)	
Sexo	Feminino	51 (82,3)	21 (75,0)	72 (8,0)
	Masculino	11 (17,7)	7 (25,0)	18 (20,0)
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)	86 (95,6)

Legenda: MGF = Medicina geral e familiar.

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

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

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 agradabilidade com o *layout*, elevado grau de compreensibilidade

das questões, facilidade de resposta e relato de boa capacidade de medir o pretendido. O tempo médio de preenchimento foi de $46,4 \pm 9,9$ segundos. Entre as duas aplicações verificou-se uma correlação muito forte e significativa, *Spearman* $\rho=0,914$, $p < 0,001$.

Na fase de validação responderam ao questionário para a validação concorrente 90 médicos, sendo 80% ($n=72$) mulheres, tendo 37,8% ($n=34$) idade igual ou inferior a 35 anos e sendo 67,8% ($n=61$) especialistas em MGF (Tabela 1). Das 90 consultas em estudo, 68,9% ($n=62$) foram de iniciativa do doente e 31,1% ($n=28$) de iniciativa do médico.

Analisou-se a confiabilidade da escala PDDR pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, verificando-se $\alpha=0,781$ global, todas as questões revelando α de *Cronbach* superior a 0,7 (Tabela 2). O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,781, intervalo de confiança de 95% [0,706; 0,843].

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 um componente representava 61,5% da variância total.

Pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de significância de *Lilliefors* verificou-se que a escala

TABELA 2. 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
Conheço muito bem este(a) doente	27,400	25,114	0,623	0,753
Conheço este(a) doente enquanto pessoa	27,733	26,352	0,556	0,745
Compreendo realmente como este(a) doente se sente acerca do que me conta	26,000	26,829	0,693	0,750
Sei o que esperar deste(a) doente	27,000	24,571	0,867	0,750
Preocupo-me realmente com este(a) doente	25,933	33,067	0,370	0,766
Levo este(a) doente a sério	25,666	32,952	0,531	0,762
Aceito este(a) doente como ele(a) é	25,666	33,810	0,533	0,765
Sinto-me totalmente à vontade com este(a) doente	25,866	30,410	0,669	0,753

PDDR apresentava uma distribuição normal e que a escala MCP-PT não tinha normal distribuição, optando-se pela realização de testes não paramétricos para comparação.

A Tabela 3 revela os resultados das escalas PDDR e MCP-PT.

A pontuação média da escala PDDR foi de 21,8±5,5 pontos, a mediana de 22 pontos e a moda de 24 pontos, tendo-se registado um mínimo de cinco e um máximo de 32 pontos. Pela análise de percentis concluiu-se que 36,7% ($n=33$) estavam abaixo do percentil 33 (PDDR ≤ 20) e 42,2% ($n=38$) acima do percentil 66 (PDDR ≥ 24). Para a escala MCP-PT ($\alpha=0,835$), cuja pontuação total pode variar entre nove e 36 pontos, a pontuação média foi de 29,7±3,51, a mediana de 30 pontos e a moda de 27 pontos, tendo o mínimo sido de 19 e o máximo de 36 pontos.

A correlação de *Spearman*, entre as pontuações das duas escalas, MCP-PT e PDDR, foi positiva moderada e significativa ($\rho=0,458$, $p<0,001$).

Não se observaram diferenças significativas por sexo, $p=0,940$, ou 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 verificaram diferenças 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 superior ou igual 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 MGE, $p=0,011$. 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 4).

Por tipo de PDDR, segundo a distribuição por percentis, observaram-se diferenças significativas para grupo etário ($p=0,027$) e doente da lista na consulta ($p=0,010$), observando-se valores mais elevados para médicos mais idosos e para pessoas da respetiva lista de utentes.

DISCUSSÃO

Com a adoção de uma medicina cada vez mais centrada na pessoa e dada a evidência crescente sobre os seus múltiplos benefícios, a relação médico-doente tem ganho uma maior relevância na prática clínica.^{1-3,6,10} Justifica-se, assim, a necessidade de realizar estudos que contribuam para a compreensão da dinâmica relacional entre médico e doente, de ambas as perspectivas, criando suporte científico que reforce a mais



TABELA 3. Distribuição das respostas à Escala PDDR e à Escala MCP-PT para o médico

Escala PDDR	Discordo n (%)	Não concordo nem discordo n (%)	Concordo parcialmente n (%)	Concordo muito n (%)	Concordo totalmente n (%)
Conheço muito bem este(a) doente	6 (6,7)	4 (4,4)	30 (33,3)	37 (41,1)	13 (14,4)
Conheço este(a) doente enquanto pessoa	8 (8,9)	12 (13,3)	32 (35,6)	28 (31,1)	10 (11,1)
Compreendo realmente como este(a) doente se sente acerca do que me conta	4 (4,4)	6 (6,7)	26 (28,9)	43 (47,8)	11 (12,2)
Sei o que esperar deste(a) doente	4 (4,4)	8 (8,9)	37 (41,1)	29 (32,2)	12 (13,3)
Preocupo-me realmente com este(a) doente	0 (0,0)	3 (3,3)	14 (15,6)	44 (48,9)	29 (32,2)
Levo este(a) doente a sério	0 (0,0)	2 (2,2)	16 (17,8)	42 (46,7)	30 (33,3)
Aceito este(a) doente como ele(a) é	0 (0,0)	2 (2,2)	15 (16,7)	43 (47,8)	30 (33,3)
Sinto-me totalmente à vontade com este(a) doente	1 (1,1)	7 (7,8)	29 (32,2)	34 (37,8)	19 (21,1)
Escala MCP-PT		Completamente n (%)	Bastante n (%)	Um pouco n (%)	Nada n (%)
Como considero que ouvi o que a pessoa tinha para dizer?		0 (0,0)	1 (1,1)	50 (55,6)	39 (43,3)
Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?		0 (0,0)	3 (3,3)	56 (62,2)	31 (34,4)
Quão satisfeito fico quanto à discussão dos problemas da pessoa?		0 (0,0)	2 (2,2)	46 (51,1)	42 (46,7)
Como considero que expliquei o(s) problema(s) à pessoa?		0 (0,0)	3 (3,3)	54 (60,0)	33 (36,7)
Como considero que discuti com a pessoa o papel de cada um?		0 (0,0)	12 (13,3)	51 (56,7)	27 (30,0)
Como considero que o problema principal da pessoa atendida foi discutido?		0 (0,0)	3 (3,3)	25 (27,8)	62 (68,9)
Como considero que explorei com a pessoa a adesão terapêutica?		1 (1,1)	10 (11,1)	49 (54,4)	30 (33,3)
Quão bem julgo ter compreendido a pessoa hoje?		0 (0,0)	2 (2,2)	52 (57,8)	36 (40,0)
Em relação ao problema(s) de hoje, até que ponto discuti questões pessoais ou familiares que pudessem estar a afetar a sua saúde?		4 (4,4)	26 (28,9)	45 (50,0)	15 (16,7)

Escala MCP-PT: 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.

adequada formação em medicina centrada na pessoa e a implementação de medidas que visem a construção de uma relação médico-doente sólida.

Existem já em Portugal instrumentos devidamente adaptados e validados,^{10,12} ou até criados especificamente para o efeito,³ que possibilitam a análise de diversas áreas relacionadas com a medicina centrada na pessoa e a relação médico-doente. No entanto, faltava um que se debruçasse sobre o modo como o médico vê e compreende o doente e como tal impacta a profundidade da relação médico-doente estabelecida.

Assim, a adaptação cultural da escala PDDR²⁰ e validação concorrente com a escala MCP-PT para o médico¹² disponibiliza um instrumento em português europeu que, de uma forma rápida (tempo médio de preenchimento inferior a um minuto), permite a autoavaliação retrospectiva do desempenho do médico no âmbito da consulta de MGF.

A consistência interna ($\alpha=0,781$), ligeiramente inferior ao originalmente descrito ($\alpha=0,895$),¹⁻² e para todas as questões superior a 0,7, bem como o ICC de 0,781, asseguram que todas as oito questões são necessárias.



TABELA 4. Análise da pontuação da Escala PDDR de acordo com as variáveis

Variável		Média	DP	Mediana	Mín	Máx	p
Sexo	Feminino	21,8	5,4	22	5	32	0,940 ¹
	Masculino	21,7	6,1	22,5	8	31	
Grupo etário	≤35 anos	19,4	5,8	20	5	32	0,004 ²
	36 a 45 anos	21,9	4,1	22,5	12	29	
	46 a 55 anos	24,1	4,9	24	16	32	
	≥56 anos	24,8	9,0	24	13	32	
Posição na Carreira	Interno de especialidade	19,7	5,9	20	5	32	0,011 ³
	Especialista	22,8	5,1	24	12	32	
Tipo de consulta	MGF de iniciativa do doente	21,8	5,4	22,5	5	32	0,796 ³
	MGF de iniciativa do médico + outrem	21,7	5,8	22	8	32	
Doente regular	Não	16,3	2,2	16	14	19	0,018 ³
	Sim	22,0	5,5	22,5	5	32	

Legenda: 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.

Assim, dada a consistência interna forte não se considerou necessária a exclusão de nenhum item. A comparação entre as aplicações por escrito e oralmente, com correlação muito forte e significativa (Spearman $\rho=0,914$, $p<0,001$) permitiu adaptação cultural, sendo o tempo médio de preenchimento de $46,4\pm 9,9$ segundos.

Na validação concorrente com a escala MCP-PT para o médico observou-se uma correlação positiva e moderada entre ambas as escalas ($\rho=0,458$, $p<0,001$), o que vem reforçar a lógica interligação entre uma abordagem centrada no doente e a profundidade da relação médico-doente. Tal facto pode significar sobreposição não completa entre o que ambas as escalas medem, sendo agora necessário perceber qual a dimensão primordial: a relação médico-doente como um atributo pessoal ou a MCP-PT como um atributo profissional.

Assumindo os percentis 33 e 67 como pontos de corte para a definição dos graus da relação médico-doente em superficial, moderada e profunda, ² 31,1% ($n=28$) dos médicos acreditam ter construído uma relação superficial com o doente (PDDR <27), 63,3% ($n=57$) uma moderada e 5,6% ($n=5$) uma relação profunda (PDDR=32).

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 três questões parecem refletir a dimensão mais empática da relação médico-doente, o que vem corroborar o estudo de 2021 desenvolvido por Simões e colaboradores,⁶ que concluiu que os doentes em Portugal consideravam que os médicos tinham 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 mais baixas pontuações. Tendo em conta que são as mais relacionadas com a confiança e com a visão do doente enquanto pessoa, estes resultados sugerem que os médicos parecem compreender melhor os doentes no contexto da sua doença do que enquanto indivíduos. Segundo Berger,¹ a relação médico-doente 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-PT 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 relação médico-doente.

Foram encontradas diferenças significativas entre grupos etários ($p=0,004$) e entre posições na carreira ($p=0,011$), com médicos especialistas (pontuação média $22,8\pm 5,1$) a pontuar mais do que internos (pontuação média $19,7\pm 5,9$) e com pontuações médias crescentes com o avanço no grupo etário. Este facto pode, na verdade, ser o reflexo da prática de uma medicina mais impessoal 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 relação médico-doente como também que, pelo acompanhamento ao longo de vários anos das pessoas/doentes, percebam uma relação médico-doente mais profunda.

É, assim, possível perceber a importância na relação médico-doente o facto de o doente ser seguido regularmente ($p=0,018$) mais do que 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 doente e, portanto, se associe a melhores resultados clínicos.²⁰ É paradigmático o caso das pontuações referentes a doentes que não eram habitualmente acompanhados pelo médico respondente, em que a pontuação média foi de $16,3\pm 2,2$ e a pontuação máxima registada foi de 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 relação médico-doente.^{3,6,10,12} No entanto, o tamanho da amostra é suficiente para validar os resultados obtidos. Mesmo 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 uma tendência para a sobrevalorização do desempenho. A pontuação mais alta das questões 5, 6 e 7, relativas à preocupação, consideração e aceitação do doente, 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 relação médico-doente e sobre a qualidade da consulta.^{5,17-18} Para melhor entendimento desta dinâmica dever-se-á proceder a estudos comparativos entre a escala validada e a PDDR para o doente, com posterior correlação entre as pontuações atribuídas por doentes e médicos.

Apesar de um longo caminho ter sido já percorrido no que se refere à abordagem centrada no doente, sobra ainda muito por explorar, tendo sempre como meta a construção de uma medicina humanizada que assegure o melhor cuidado holístico aos doentes, não descuidando o bem-estar dos seus profissionais. Sobressai, assim, a necessidade de serem realizados mais estudos, com amostras maiores e de diversas regiões, bem como de serem ampliados os campos de investigação dentro desta temática, por exemplo, aos estudantes do Mestrado Integrado em Medicina. Para além disso, dado que a importância da relação médico-doente é transversal a todas as especialidades, será 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 de MGF, que demonstrou ser um instrumento com boa consistência interna, fiável e válido, permitindo a análise da profundidade da relação médico-doente pela autoavaliação retrospectiva do desempenho do médico.

A relação médico-doente 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 doente e fortalecer este instrumento.



AGRADECIMENTOS

A todos os médicos que responderam a este questionário, assim permitindo a realização do presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9(1):33.
- Merriell SW, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(637):e545-51.
- Santiago LM, Simões JA, Vale M, Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Auto percepção do desempenho da medicina centrada na pessoa em medicina geral e familiar: criação de um instrumento de medição [Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice/family medicine: development of a measurement scale]. *Acta Med Port.* 2020;33(6):407-14. Portuguese
- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):e116-33.
- Abdulkader RS, Venugopal D, Jeyashree K, Al Zayer Z, Kannan KS, Jebitha R. The intricate relationship between client perceptions of physician empathy and physician self-assessment: lessons for reforming clinical practice. *J Patient Exp.* 2022;9:23743735221077537.
- 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.
- Páez G, Forte DN, López Gabeiras MP. Exploring the relationship between shared decision-making, patient-centered medicine, and evidence-based medicine. *Linacre Q.* 2021;88(3):272-80.
- 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.
- Pita PP, Machado SR, Simões JA. Portugal: health systems review. *Health Syst Transition.* 2011;13(4):1-156.
- Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa [Person-centered medicine: validation of a person perception instrument]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2022;38(3):247-56. Portuguese
- 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 (Basel).* 2022;10(10):2101.
- Santiago LM, Ramalho M, Ferreira P. O médico e a prática da medicina centrada na pessoa: adaptação cultural e validação de questionário de autoavaliação retrospectiva [The doctor and the patient-centered medicine practice: cultural adaptation and validation of a retrospective self-assessment instrument]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2023;39(6):523-32. Portuguese
- 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.
- 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):e0192306.
- Hermans L, Hartman TO, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2018;68(674):e621-6.
- 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. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):866.
- 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):e0198488.
- Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med.* 2011;9(2):155-64.
- Fernandes-Cavalcante J. La relación médico-doente: un nuevo patrimonio cultural inmaterial de la humanidad [The doctor-patient relationship: a new intangible cultural heritage of humanity]. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2018;4(1):1. Spanish
- 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.
- 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.
- 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.
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53-5.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, BM, LMS e JAS; metodologia, BM, LMS e JAS; *software*, BM e LMS; validação, BM e LMS; análise formal, BM e LMS; investigação, BM, LMS e JAS; recursos, BM, LMS e JAS; curadoria de dados, BM, LMS e JAS; redação do *draft* original, BM, LMS e JAS; revisão, validação e edição do texto final, BM, LMS e JAS; visualização, BM, LMS e JAS; supervisão, LMS e JAS; administração do projeto, BM, LMS e JAS. Todos os autores reviram o texto e aprovaram-no. Nenhum conflito de interesses é declarável para este trabalho que é inédito e foi integralmente suportado pelos autores.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Miguel Santiago
E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>

Recebido em 03-10-2023

Aceite para publicação em 22-04-2024



ABSTRACT

PATIENT-DOCTOR DEPTH-OF-RELATIONSHIP SCALE: THE DOCTOR'S PERSPECTIVE

Introduction: The doctor-patient relationship allows the development of a therapeutic alliance based on an environment of trust and shared responsibility and positively impacts prognosis. This relationship must be studied in general practice (GP).

Objectives: To carry out the cultural adaptation and concurrent validation of the Physician-Patient Depth of Relationship scale (PDDR) in European-spoken Portuguese, allowing the doctor-patient retrospective self-assessment from the physician's standpoint.

Methods: The cultural adaptation process began by translating the PDDR scale into European Portuguese and modifying it to focus on the physician's perspective. Afterward, 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. Descriptive and inferential statistics were performed, with a probability difference value of $p < 0.05$ considered statistically significant.

Results: The PDDR scale demonstrated good consistency ($\alpha = 0.840$ and $\alpha = 0.889$) and a positive and moderate correlation with the PCM scale for physicians ($\rho = 0.458$, $p < 0.001$). The average score was 21.8 ± 5.51 points, 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 patient 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, and suitable for evaluating the depth of the doctor-patient relationship from the physician's perspective in GP consultations.

Keywords: Doctor-patient relationship; General practice; Person-centered medicine; Self-evaluation.
