

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Cláudia Maria Alves da Silva Pereira

**Tradução, adaptação cultural e validação da
Patient- Practitioner Orientation Scale (PPOS)
para a língua portuguesa do Brasil**

Uberlândia

2012

Cláudia Maria Alves da Silva Pereira

**Tradução, adaptação cultural e validação da
Patient - Practitioner Orientation Scale (PPOS)
para a língua portuguesa do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Faria Santos Amaral

Uberlândia

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

P436t Pereira, Cláudia Maria Alves da Silva, 1966-
2012 Tradução, adaptação cultural e validação da *Patient – Practitioner Orientation Scale* (PPOS)para a língua portuguesa do Brasil / Cláudia Maria Alves da Silva Pereira. -- 2012.
109 f. : il.

Orientador: Carlos Henrique Martins da Silva.

Coorientador: Carlos Faria Santos Amaral.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Médico e paciente - Teses. 3. Educação médica - Teses. I. Silva, Carlos Henrique Martins da. II. Amaral, Carlos Faria Santos. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

Cláudia Maria Alves da Silva Pereira

**Tradução, adaptação cultural e validação da
Patient - Practitioner Orientation Scale (PPOS)
para a língua portuguesa do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Uberlândia, 29 de fevereiro de 2012

Profa. Dra. Sandhi Maria Barreto
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Profa. Dra. Rosuita Frattari Bonito
Faculdade de Medicina - UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva
Orientador – Faculdade de Medicina - UFU

Ao Eduardo, à Camila e ao Henrique,
minha felicidade, minha vida.

AGRADECIMENTOS

O planejamento e a execução deste estudo não seriam possíveis sem o estímulo, a dedicação e colaboração de várias pessoas. Gostaria de expressar minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Eduardo, meu esposo, pelo amor, companheirismo, incentivo constante, carinho e por fazer parte da minha vida.

À Camila e ao Henrique, meus filhos, minha maior riqueza, que todo esse tempo de estudo seja para eles um exemplo de dedicação, perseverança e a certeza de que podemos construir um mundo melhor.

Aos meus pais, Maria do Carmo e Walter, pelo amor incondicional, pela educação e por me ensinarem a valorizar o conhecimento como o único meio de alcançar um futuro digno e próspero.

Ao meu sogro Alípio e a minha sogra Maria do Rosário, pelo apoio e carinho.

Aos meus irmãos Renato e Alexandre que são um exemplo de perseverança e luta em busca do crescimento profissional.

Às minhas cunhadas Cláudia, Denyse e Patrícia e ao meu cunhado Flávio que sempre me apoiaram e me incentivaram nessa jornada.

Aos meus sobrinhos, Mariana, Augusto, Beatriz e Maria Eduarda que me proporcionaram momentos de alegria e descontração.

A Sandra Miguel de Campos, pelos anos de dedicação e carinho a mim e a minha família.

A Ms. Beatriz Lemos da Silva Mandim, por me incentivar e auxiliar na construção dos primeiros passos deste estudo.

A Dra. Neima Myriam Araújo Cunha, por estar sempre presente com seu carinho e amizade.

A Dra. Gizeli de Fátima Ribeiro Anjos e Ms. Magda Regina Silva Moura pela amizade e companheirismo.

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, meu orientador, pela paciência, dedicação, confiança, por compartilhar a sua experiência e assim contribuir com meu crescimento intelectual.

Ao Prof. Dr. Carlos Faria Santos Amaral, meu coorientador, pelo incentivo e confiança em me apresentar a PPOS, de onde tudo se deu origem, pela dedicação e presteza com que sempre me orientou.

A Profa. Ms. Helena Borges Martins da Silva Paro, por acompanhar e orientar passo a passo a evolução deste estudo, estimular a minha curiosidade, ajudar a vencer os obstáculos e as inseguranças, valorizar o meu esforço e a minha dedicação. Obrigada pelo carinho e pela amizade.

A Profa. Dra. Maria Mônica Freitas Ribeiro, por ter feito parte atuante na aplicação da escala e sempre muito atenciosa e gentil.

Ao Prof. Edward Krupat, que permitiu a utilização da escala e foi sempre receptivo e amável quando solicitado.

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, pela orientação das análises estatísticas e por me estimular a vencer os desafios.

A Profa. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales e Dra. Tânia Maria da Silva Mendonça, por enriquecerem meu conhecimento com suas argumentações científicas e sugestões durante a qualificação.

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Prof. Dr. Paulo Tannus Jorge, Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge, Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende, por me proporcionarem uma formação científica e incentivarem a pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Qualidade de Vida, que compartilharam suas experiências e conhecimentos.

A Lara Ermelinda Teixeira Reis, por ter me auxiliado com eficiência na aplicação dos questionários.

A Gisele de Melo Rodrigues, secretária da Pós-Graduação, pela atenção e competência na execução das minhas solicitações.

Aos médicos residentes, estudantes de medicina e pacientes, que participaram deste estudo, por acreditarem na minha capacidade de contribuir para melhoria do relacionamento médico-paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1	Representação gráfica dos estágios da tradução e adaptação cultural da PPOS em EOMP	31
Figura 2	Gráficos de item tipo A (opinião estável e concordância estável) e D (opinião estável e discordância estável)	47
Figura 3	Gráficos de item tipo B (opinião estável com crescimento para moderada concordância) e C (opinião estável com crescimento para forte concordância)	48
Figura 4	Gráficos de item tipo E (mudança de opinião entre 1 ^a e 2 ^a rodada e entre a 1 ^a e 2 ^a rodada para a 3 ^a rodada com crescimento para forte concordância) e F (aumento da mudança de opinião com crescimento para moderada concordância)	49
Figura 5	Gráfico do item tipo G (opinião estável e concordância estável)	49
Figura 6	Gráficos de dispersão exibindo médias e desvios padrão de cada item em cada rodada	50
Figura 7	Diagrama do modelo fatorial hipotetizado para EOMP	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos itens da EOMP segundo os tipos de gráficos de itens (estudo <i>Delphi</i>)	46
Tabela 2	Equivalência cultural entre a PPOS (versão original) e a EOMP (versão alvo)	55
Tabela 3	Características sócio-demográficas dos residentes	59
Tabela 4	Características sócio-demográficas dos estudantes	61
Tabela 5	Características sócio-demográficas dos pacientes	63
Tabela 6	Efeito piso e efeito teto dos itens da EOMP para cada categoria	64
Tabela 7	Variáveis do Teste-reteste: Coeficiente Correlação Intraclass (CCI)	65
Tabela 8	Coeficiente Alfa Cronbach total, domínios <i>compartilhar e cuidar</i> da EOMP nas três categorias: médico residente, estudante de medicina e paciente	65
Tabela 9	Análise fatorial exploratória (cargas fatoriais e comunidades) e análise descritiva dos itens da EOMP	67
Tabela 10	Índices de ajuste global da AFC para o modelo fatorial hipotetizado da EOMP	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-Fit Index</i>
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EOMP	Escala de Orientação Médico-Paciente
FAMED	Faculdade de Medicina
GFI	<i>Goodness Fit Index</i>
HC	Hospital de Clínicas
IC	Intervalo de Confiança
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LISREL	<i>Linear Structural Relations</i>
MV	Máxima Verossimilhança
n	número da amostra
NNFI	<i>Non-Normed Fit Index</i>
PPOS	<i>Patient-Practitioner Orientation Scale</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RMSR	<i>Standardized Root Mean Squared Residual</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
X ²	<i>Chi-square</i>
X ² /df	<i>Ratio of chi-square to degrees of freedom</i>

RESUMO

A reorientação do modelo assistencial que assegure o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, por meio de prática médica centrada no paciente e comportamento médico flexível conforme as preferências dos pacientes, requer uma avaliação da atitude dos estudantes de medicina, médicos e pacientes por meio de instrumentos válidos e confiáveis. O presente estudo teve como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar a *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)* para a língua portuguesa do Brasil. A PPOS, instrumento que avalia a atitude individual quanto a práticas centradas no médico e na doença ou no paciente, foi traduzida conforme normas internacionais. As duas traduções, a retrotradução e as observações do autor da escala foram avaliadas por cinco revisores por meio da utilização da técnica *Delphi*, para obtenção da versão pré-final da Escala de Orientação Médico-Paciente (EOMP). A versão pré-final da EOMP foi avaliada novamente pelo autor e pré-testada em 37 participantes (12 médicos residentes, 13 estudantes de medicina e 12 pacientes). Os resultados do pré-teste foram avaliados por três avaliadores médicos e dois coordenadores finalizando a versão final da tradução da PPOS na EOMP, a qual foi aprovada pelo autor e coordenador de linguagem. A versão final da escala foi autoaplicada a 360 participantes (120 médicos residentes, 120 estudantes de medicina e 120 pacientes) e os dados submetidos aos testes de qualidade dos dados (dados perdidos, efeitos piso e teto), confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclasse), confiabilidade da consistência interna (coeficiente alfa *Cronbach*) e validade de construto por meio da análise fatorial exploratória (análise dos componentes principais, extração de dois fatores, rotação *Oblimin* e critério de *Kaiser*) e confirmatória (método da máxima verossimilhança e índices de ajustamento do modelo: χ^2/df , RMSEA, SRMR, GFI, AGFI, NNFI e CFI). Na etapa de revisores independentes (técnica *Delphi*), apenas dois itens (04 e 17) não atingiram o consenso mínimo de 80% de concordância entre os revisores ou estabilidade das respostas através das rodadas. No pré-teste, sete itens (38,9%) foram modificados de acordo com os critérios pré-estabelecidos. A taxa de dados perdidos foi de 0,28%. O efeito piso foi detectado na maioria dos itens respondidos pelos pacientes e o efeito teto pelos residentes, estudantes e pacientes. A confiabilidade verificada pela consistência interna (α *Cronbach*=0,605) e do teste re-teste (coeficiente de correlação intraclasse=0,670) foi considerada adequada. Na análise fatorial exploratória, a análise dos componentes principais com a presença de dois fatores demonstrou que um item (item 09) não apresentou carga fatorial maior que 0,3, outro (item 15) foi considerado fatorialmente complexo e dois (itens 02 e 14) foram inconsistentes com os fatores considerados *a priori*. A análise fatorial confirmatória forneceu um ajuste aceitável com as variáveis observadas (χ^2/df = 2,33; GFI= 0,91; AGFI= 0,89; CFI= 0,84; NFI= 0,75; NNFI= 0,81; RMSEA= 0,062 (p= 0,016) e SRMR= 0,065). Os resultados demonstram que a EOMP possui adequada confiabilidade e aceitável validade. Essa escala pode ser útil na avaliação, no Brasil, das atitudes dos médicos, estudantes de medicina e pacientes.

Palavras-chave: Relações médico-paciente. Estudos de Validação. Educação Médica.

ABSTRACT

National curricular guidelines suggest a shift in healthcare model with the use of patient-centered practices and flexible physician behavior that meets patients' preferences. This change requires appropriate evaluation of medical students', physicians' and patients' attitudes with valid and reliable instruments. The objective of this study was to translate, culturally adapt and validate the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) to Portuguese spoken in Brazil. The PPOS is a measure of individual attitudes regarding medical/disease or patient-oriented practices. This instrument was translated according to international guidelines of translation. Two translated versions, a back-translation and author's observations were assessed by five reviewers through modified Delphi and the pre-final version of the PPOS was obtained. This pre-final version was then assessed by the author of the scale and pre-tested with 37 participants (12 resident physicians, 13 medical students and 12 patients). Pre-test results were analyzed by three evaluators (doctors) and two researchers to produce a final version of the Brazilian version of the PPOS - the EOMP. This final version was approved by the scale author and by a language coordinator. The EOMP was then applied to 360 participants (120 resident physicians, 120 medical students and 120 patients). We verified data quality (lost data, floor and ceiling effects), test-retest reliability (intraclass correlation reliability), internal consistency reliability (Cronbach's alpha coefficient) and construct validity (explanatory factor analysis with principal component analysis, two factors extraction, Oblimin rotation and Kaiser criterion; confirmatory factor analysis with maximum likelihood method and goodness-of-fit indexes: χ^2/df , RMSEA, SRMR, GFI, AGFI, NNFI and CFI). During independent review process (modified Delphi), only two items (04 and 17) did not reach a minimum of 80% agreement among the reviewers or produce answer stability throughout the different testing sessions. During pre-testing, seven items (38.9%) were modified according to pre-established criteria. The rate of lost data was 0.28%. Floor effect was observed in most of items answered by patients. Ceiling effect was detected in most of items answered by residents, students and patients. Internal consistency reliability (Cronbach's alpha = 0.605) and test-retest reliability (intraclass correlation coefficient = 0.670) were considered to be adequate. In the two-factor principal component analysis (*a priori* criteria), one item (item 09) did not achieve a loading factor higher than 0.3, one item (item 15) was considered factorially complex and two items (items 02 and 14) were inconsistent with *a priori* factors (explanatory factor analysis). A confirmatory factor analysis provided an acceptable adjustment for the observed variables (χ^2/df = 2.33; GFI= 0.91; AGFI= 0.89; CFI= 0.84; NFI= 0.75; NNFI= 0.81; RMSEA= 0.062 (p= 0.016) e SRMR= 0.065). These results show that the EOMP has adequate reliability and acceptable validity. This scale may be useful in evaluating physicians', medical students' and patients' attitudes in Brazil.

Keywords: Physician-Patient Relationship. Validation studies. Medical education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	25
3	METODOLOGIA	27
3.1	Estudo	28
3.2	Participantes	28
3.3	Instrumentos	29
3.3.1	<i>Questionário sócio-demográfico</i>	29
3.3.2	<i>EOMP - Escala de Orientação Médico-Paciente (PPOS–Patient-Practitioner Orientation Scale)</i>	30
3.4	Metodologia de tradução	31
3.5	Propriedades psicométricas destinadas a avaliar a EOMP	36
3.5.1	<i>Qualidade dos dados</i>	36
3.5.1.1	<i>Dados perdidos</i>	36
3.5.1.2	<i>Efeitos piso e teto</i>	36
3.5.2	<i>Confiabilidade</i>	36
3.5.2.1	<i>Confiabilidade teste-reteste</i>	37
3.5.2.2	<i>Confiabilidade da consistência interna</i>	37
3.5.3	<i>Validade</i>	37
3.5.3.1	<i>Validade de construto</i>	38
3.5.3.1.1	<i>Análise fatorial exploratória</i>	38
3.5.3.1.2	<i>Análise fatorial confirmatória</i>	39
3.6	Análise estatística	41
4	RESULTADOS	42
4.1	Tradução	43
4.1.1	<i>Técnica Delphi</i>	43
4.1.2	<i>Pré- teste</i>	51
4.1.2.1	<i>Entrevista retrospectiva</i>	51
4.1.2.2	<i>Entrevista cognitiva</i>	51
4.2	Características dos participantes e dados sócios-demográficos	58
4.2.1	<i>Médicos residentes</i>	58
4.2.2	<i>Estudantes de medicina</i>	60

4.2.3	<i>Pacientes</i>	62
4.3	Propriedades psicométricas	63
4.3.1	<i>Qualidade dos dados</i>	63
4.3.1.1	<i>Dados perdidos</i>	63
4.3.1.2	<i>Efeito piso e efeito teto</i>	64
4.3.2	Confiabilidade	65
4.3.2.1	<i>Confiabilidade teste-reteste</i>	65
4.3.2.2	<i>Confiabilidade da consistência interna</i>	65
4.3.3	Análise fatorial	66
4.3.3.1	<i>Análise fatorial exploratória</i>	66
4.3.3.2	<i>Análise fatorial confirmatória</i>	67
5	DISCUSSÃO	69
6	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	90
	APENDICE B - Questionários sócio-demográficos	96
	APÊNDICE C - Convite aos revisores independentes	99
	APÊNDICE D - Escala de Orientação Médico- Paciente (EOMP)	100
	APÊNDICE E - Representação gráfica da opinião (média) e concordância (desvio padrão) entre os revisores de cada item em cada rodada da EOMP no estudo <i>Delphi</i>	101
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia	106
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais	107
	ANEXO C - Autorização da utilização da escala pelo autor	108
	ANEXO D - PPOS - Patient-Practitioner Orientation Scale	109

1 INTRODUÇÃO

Há mais de cem anos, o conhecimento técnico-científico tem conduzido à formação dos profissionais de saúde no mundo. A influência flexneriana na educação médica trouxe inegáveis e importantes avanços para a saúde, mas novas abordagens têm sido necessárias para o século XXI.

A prevalência das doenças comportamentais e o envelhecimento populacional associado às doenças crônicas têm promovido modificações profundas na sociedade e exigem mudanças no perfil dos profissionais de saúde e nas demandas por políticas de saúde com maior efetividade e eficiência. Com o aumento da longevidade, os modelos vigentes de atenção à saúde precisam de estruturas criativas e inovadoras que incentivem a manutenção da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo, a prevenção das doenças e a atenção multidimensional e integral à saúde, visando a valorização do indivíduo e a integração dos sistemas de saúde com o ensino médico (VERAS, 2009; WONG; CARVALHO; 2006).

Nas últimas décadas, a educação médica tem sido um grande desafio para pesquisadores e educadores que buscam instituir inovações no currículo e nas estratégias de ensino. Braddock, Eckstrom e Haidet (2004) apresentam uma intervenção educacional (“New revolution”) que adota novas perspectivas e comportamentos, tais como: os ciclos de prática e reflexão; o aprender e o ensinar habilidades em comunicação; humanismo e profissionalismo como propostas para melhoria do ensino médico.

Comissões educacionais de diversos países vêm se reunindo para redesenhar a educação do profissional com a integração da educação médica ao sistema de saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde deve ser educado para mobilizar conhecimentos; adquirir raciocínio crítico e condutas éticas; atuar em sistemas de saúde voltados para o indivíduo e para a população, assegurando cobertura universal de serviços de qualidade e equidade entre e dentro dos países (FRENK et al., 2010).

No Brasil, as políticas de saúde e o ensino médico referendam a discussão internacional a respeito do modelo de educação profissional, por meio de análises e debates pelos profissionais da área e da sociedade em geral, com a finalidade de redefinir a relação entre os atores envolvidos e seus papéis na produção social da saúde, em decorrência da profunda insatisfação da população com a qualidade da atenção à saúde (FUERWERKER, 2003).

As críticas recorrentes ao setor de saúde estão interligadas a alguns fatores, tais como: as evidências de pouca efetividade da abordagem biomédica no enfrentamento dos problemas de saúde; o aumento vertiginoso dos custos e a iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde, com o predomínio no uso das chamadas tecnologias duras

(uso de equipamentos e máquinas) em detrimento das leves (modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde e relação profissional-paciente), fatores esses conduzidos pelos interesses econômicos hegemônicos (MERHY, 1997; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

A maioria dos cursos de medicina no Brasil ainda é estruturada conforme o modelo técnico-científico flexneriano que implica na fragmentação do conhecimento; na separação entre o ciclo básico e profissional; na prioridade da racionalidade científica com características mecanicistas, biologicistas, curativistas e individualizantes e na ênfase do modelo saúde-doença unicausal, centrado na doença e no hospital que estimula a especialização profissional e uma visão reducionista e exclusionista das dimensões sociais, psicológicas, econômicas e comportamentais do processo saúde-doença (ENGEL, 1977; NOGUEIRA, 2009; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Diante dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e da participação social reconhecidos como pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), afirmados no lema “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação do profissional médico por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde que sublinha as necessidades sociais da saúde (NOGUEIRA, 2009).

O Conselho Nacional de Educação homologou, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina que indicam a educação permanente com integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e dos conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo cuidado-saúde-adoecimento; bem como a inserção responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde desde os anos iniciais do curso, com estímulo à participação ativa e independente na construção do conhecimento. As diretrizes delineiam o perfil que o médico deve alcançar ao concluir o curso de graduação (generalista, humanista, crítico, reflexivo, capaz de trabalhar em equipe respeitando os princípios éticos) para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos com o objetivo de formar profissionais competentes e qualificados (em conhecimentos, habilidades e atitudes) direcionados às necessidades de saúde (promoção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde) do cidadão, da família e da comunidade. Com isso, as diretrizes satisfazem, com base na realidade epidemiológica e profissional, a integralidade das ações dos futuros médicos por meio da compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos/bioéticos e legais, do indivíduo e da coletividade, dentro do processo cuidado-saúde-adoecimento. Outros tópicos

mencionam a necessidade de metodologias e critérios de acompanhamento e avaliação permanente do curso, do processo de ensino-aprendizagem e dos estudantes, os quais serão avaliados em competências, habilidades e conteúdos curriculares (BRASIL, 2001).

Mediante os movimentos nacionais e internacionais que recomendam adequar a formação do profissional médico ao atendimento das necessidades de saúde e à valorização da avaliação como instrumento de gestão, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) tomou a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nos cursos médicos; a fim de impulsionar, nessas escolas médicas, a construção de um processo avaliativo que venha diagnosticar os cursos, permitindo auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças de forma participativa e construtiva, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da população brasileira (ABDALLA et al., 2009).

Estudos que avaliaram as tendências de mudanças em 28 escolas médicas brasileiras demonstraram que todas as escolas participantes buscam implementar mudanças para adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais, mas há mais intencionalidade do que operacionalidade de algumas instituições a respeito das inovações e avanços das escolas médicas (ABDALLA et al., 2009; STELLA et al., 2009). Embora as escolas utilizem metodologias inovadoras, elas ainda não conseguiram descaracterizar o ensino tradicional, que continua fragmentado em disciplinas e com caráter *hospitalocêntrico*, pautado em especialidades e com pouca interação com os serviços da rede básica de atenção à saúde. As escolas de medicina ainda não têm habilidade para executar uma ação integradora de conteúdos teóricos e práticos no processo de ensino-aprendizagem e ainda enfrentam a dificuldade no trabalho em equipe, assim como enfrentam dificuldade em proporcionar ao futuro profissional a vivência da demanda espontânea das necessidades de saúde integral durante a sua formação. Além disso, observa-se menor investimento no desenvolvimento docente, com consequente menor avanço para as transformações, embora aos professores seja creditada a força motriz das mudanças nos aspectos didático-pedagógico, técnico-científico, assistencial ou de gestão. Os autores sugerem o desenvolvimento de processos avaliativos de modo continuo e participativo, para a construção de indicadores qualitativos e quantitativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento, o planejamento e a efetivação das metas institucionais (ABDALLA et al., 2009; LAMPERT et al., 2009; STELLA et al., 2009).

Feuerwerker (2003) reforça as citações contidas nas DCN ao mencionar que os profissionais de saúde devem desenvolver competências no campo da comunicação verbal, não verbal, escrita e leitura; precisam ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; devem manter a confidencialidade das informações; necessitam ter

habilidades para tomada de decisões e empatia, bem como precisam aprender continuamente em sua formação e em sua prática diária.

Há algum tempo, vem-se discutindo os padrões de comunicação (ROTER et al., 1997) e a sua efetividade na qualidade do cuidado em saúde (STREET et al., 2003). Segundo Mead e Bower (2000), a comunicação centrada no paciente tem sido vista como um ponto crucial para a prestação de cuidados de alta qualidade pelos médicos. Destacam a importância das dimensões conceituais da medicina centrada no paciente (STEWART et al., 2000) por meio de uma abordagem biopsicossocial, que valoriza as experiências de adoecer do paciente e as modificações de seu comportamento em busca de ajuda, associada às intervenções de prevenção da doença e à promoção da saúde. Nesse contexto, o paciente é considerado de forma holística, um sujeito que partilha o poder e a responsabilidade com o seu médico, por meio da cooperação e participação mútua, levando-se em conta o direito do paciente em receber completa informação sobre seu estado de saúde e de ser envolvido ativamente na tomada de decisões sobre o tratamento. Salientam que o médico deve encorajar o paciente a envolver-se com o cuidado, o que deve aumentar a percepção do paciente quanto à relevância e à potência de uma intervenção e assim, médico e paciente passam a constituir uma aliança terapêutica baseada no desenvolvimento psicoterapêutico com atitudes de empatia, congruência e considerações incondicionalmente positivas. Além disso, a influência das qualidades pessoais do médico na relação médico-paciente (atributos humanitários e relacionamentos baseados na confiança recíproca) e uma visão realista das disponibilidades de tempo e recursos, são determinantes centrais da satisfação do paciente.

Vários médicos generalistas, educadores médicos e especialistas advogam a prática médica centrada no paciente como um meio de comunicação em que existem objetivos comuns entre médicos e pacientes, o que vem resultar em melhora do estado de saúde do paciente e aumento da eficiência do cuidado. Tal prática proporciona também maior satisfação do médico e do paciente; melhores resultados biomédicos; redução dos efeitos adversos associados às prescrições; diminuição do número de reclamações pelo atendimento; redução de pedidos de exames diagnósticos complementares; menor frequência de encaminhamentos para especialistas e, consequentemente, menor custo para o sistema de saúde e para o paciente (LITTLE et al., 2006; RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART et al., 2000).

Do mesmo modo, Sibille, Greene e Bush (2010) sugerem que as habilidades de comunicação são essenciais para a formação de estudantes de medicina capazes de resolver os problemas de saúde deste século. As recomendações visam melhorar a integração das ciências

comportamentais e sociais no currículo médico, tendo como áreas principais a comunicação médico-paciente e a promoção da mudança de comportamento em saúde. Os autores reforçam que o cuidado centrado no paciente, a avaliação das atitudes e crenças, o treinamento individualizado e a promoção das habilidades em comunicação e da mudança de comportamento em saúde são componentes prioritários na relação médico-paciente. Nesse contexto, esforços educacionais devem ser direcionados para promover a aquisição de habilidades interpessoais e em particular, as comunicativas, pelos estudantes de medicina e médicos residentes, uma vez que crenças, conhecimentos, atitudes (WOLOSCHUK et al., 2004), habilidades e comportamentos podem mudar com o treinamento. Assim, estratégias curriculares que envolvam treinamento em comunicação e *feedback* contínuos aos estudantes de medicina devem ser incentivadas nas escolas médicas a fim de que se possa assegurar a interação da comunicação com os resultados em saúde.

Observa-se, recentemente, um crescente interesse na avaliação do comportamento dos estudantes de medicina, por meio da construção de instrumentos válidos e confiáveis que possam aferir e monitorizar suas atitudes durante o curso médico, pois a formação médica fundamenta-se não só na capacidade de reter conhecimento, mas também na união das habilidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e comportamentais.

Colares et al. (2002) e Miranda et al. (2009) construíram instrumentos para avaliar as atitudes dos estudantes brasileiros. Colares et al. mediram as atitudes dos estudantes frente a seis aspectos relevantes ao exercício da profissão: aspectos psicológicos e emocionais envolvendo doenças orgânicas e mentais; situações relacionadas à morte; atenção primária à saúde; doença mental; contribuição do médico ao avanço científico da medicina e aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde. Miranda et al., em conformidade com as DCN, avaliaram as atitudes por meio dos aspectos social, ambiência, crença, conhecimento e ética. A finalidade dos instrumentos foi: permitir o diagnóstico precoce e o acompanhamento das atitudes de estudantes durante a graduação; avaliar as possíveis mudanças de atitudes e os indicadores de impacto curricular de modo que as escolas médicas e os processos educacionais, geradores de atitudes, possam promover o desenvolvimento e a manutenção de atitudes positivas e construtivas pelos estudantes durante o curso; atender as demandas sociais, assim como as mudanças necessárias na formação médica que podem influenciar a qualidade do cuidado médico dispensado aos pacientes no exercício da profissão.

A avaliação dessas estratégias de ensino pode ser obtida por meio de escalas direcionadas a atitudes e crenças de estudantes, médicos e pacientes a respeito da relação profissional. As escalas *Physician Belief Scale*, *Levels of Involvement model* e *Patient-*

Practitioner Orientation Scale (PPOS) são exemplos de instrumentos que podem auxiliar na autopercepção dos atores envolvidos em relação à sua responsabilidade no processo cuidado-saúde-adoecimento, bem como identificar lacunas entre a descrição funcional das práticas profissionais esperadas e o desempenho efetivamente verificado e, assim, promover mudanças curriculares (SIBILLE; GREENE; BUSH, 2010).

Com o intuito de avaliar não somente a atitude dos estudantes de medicina, mas também a orientação individual do paciente, Krupat et al. (1999) desenvolveram a escala de orientação médico-paciente (*Patient-Practitioner Orientation Scale- PPOS*). A escala objetivou avaliar a atitude dos pacientes, médicos e estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente, quando centrada no médico e na doença (modelo biomédico) ou quando centrada no paciente (modelo psicossocial). A escala PPOS consiste em dezoito itens que refletem duas dimensões relacionadas ao paciente: “compartilhar” (*sharing*) e “cuidar” (*caring*). Os itens “compartilhar” avaliam o quanto os médicos deveriam partilhar o poder (informações e decisões) com seus pacientes. Os itens “cuidar” refletem o cuidado que o médico apresenta em relação às expectativas, sentimento e emoções dos pacientes. Baixos escores refletem uma orientação centrada no médico (alto controle médico focado em questões biomédicas) e altos escores indicam preferências para um relacionamento mais centrado no paciente (controle partilhado, enfoque na pessoa como um todo). A análise psicométrica da escala foi realizada em 2000 e demonstrou que a PPOS é uma escala válida e confiável (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000).

Desde então, estudos utilizando a PPOS têm sido realizados e os resultados refletiram as expectativas da interação médico-paciente nas diferentes culturas, assim como também, a evolução da atitude dos estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente diante das propostas curriculares dos diversos países (HAIDET et al., 2002; LEE et al., 2008; MOORE, 2008, 2009; PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011; RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007; TSIMTSIOU et al., 2007; WAHLQVIST et al., 2010).

Haidet et al. (2002) realizaram um estudo transversal com 673 estudantes de medicina com a proposta de examinarem: as atitudes dos estudantes através do cuidado centrado no paciente; as diferenças dessas atitudes entre estudantes dos primeiros anos (fase pré- clínica) e dos últimos anos (fase clínica) do currículo médico e também, fatores associados às atitudes centradas no paciente. Constataram que os estudantes do sexo feminino com etnia europeia-americana e que relataram escolha em especialidades em cuidados primários (medicina interna, pediatria ou medicina comunitária) eram mais centrados no paciente (altos escores domínio *compartilhar*) do que os estudantes do sexo masculino de etnia não europeia-

americana ou que não relataram escolha em carreiras em cuidados primários. As mulheres demonstraram ser menos centradas no paciente nos últimos anos do curso, mas mais centradas do que os homens no 4º ano, e esses mostraram ser mais centrados no paciente no 3º ano da escola médica. Na avaliação final, os resultados sugeriram que as atitudes dos estudantes de medicina, nos últimos anos da escola médica, eram mais centradas no médico, quando comparadas aos primeiros anos. Idade, experiência educacional, cursos extracurriculares e conhecimento familiar não mostraram associações com atitudes centradas no médico ou no paciente.

O estudo longitudinal realizado por Tsimtsiou et al. (2007) avaliaram os estudantes de medicina no segundo semestre do quarto ano (antes da experiência clínica) e no fim dos estudos (último semestre do sexto ano). Os resultados refletiram atitudes mais centradas no médico para os estudantes de medicina no final do curso, considerando o domínio *compartilhar*, embora permanecessem centrados nos pacientes, no que diz respeito ao domínio *cuidar* na relação médico-paciente. Isso parece indicar que o componente *compartilhar* da relação médico-paciente pode ser afetado pelo inapropriado papel de modelo (modelagem) ou orientação por parte dos tutores médicos, bem como, do currículo oculto, que reforça nos estudantes a ideia paternalista do papel do médico durante sua formação. Esse estudo sugeriu que sexo feminino associa-se, quando comparado ao masculino, com melhores abordagens biomédicas e psicosociais. Contudo, a oferta de maior vivência clínica e experiências com os problemas sociais podem minimizar essas diferenças quanto ao gênero em partilhar atitudes através da relação médico-paciente. Além disso, a religiosidade parece estar associada com atitudes centradas no médico, principalmente nas estudantes mulheres e especialmente relacionados a itens em que os pacientes atuam como co-gestores de sua própria saúde e com o processo de tomada de decisão. O status sócio-econômico, origem e preferências por especialidades não foram associados com atitudes centradas no paciente.

No Brasil, um estudo transversal realizado por Ribeiro, Krupat e Amaral (2007) avaliou 738 estudantes de medicina do primeiro, quinto, sétimo, nono, décimo e décimo segundo semestres da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) quanto a suas atitudes na relação médico-paciente. Os resultados demonstraram atitudes mais centradas no paciente nos últimos anos do curso. No décimo semestre (início do treinamento em especialidades médicas), os estudantes apresentaram menor escore em comparação ao quinto, sétimo, nono e décimo períodos, provavelmente devido à confiança na tecnologia médica, ao foco nos aspectos biomédicos da doença e ao contato fechado com a visão dos médicos especialistas. Os estudantes endossaram fortemente atenção para a emoção e estilo de vida de seus

pacientes, mas não para o relacionamento igualitário com os pacientes, devido à provável manifestação dos valores culturais e à noção de que a atitude médica paternalista é comum no Brasil. Além disso, os estudantes que fizeram escolha em especialidade de cuidados primários demonstraram ser mais centrados nos pacientes. A maior renda familiar dos estudantes foi associada a atitudes mais centradas no médico. No Brasil, a remuneração médica é mais dependente do ordenamento de exames subsidiários ou procedimentos especializados do que da escuta e do tempo despendido na relação médico-paciente.

Moore (2008, 2009) verificou que médicos e estudantes percebiam suas atitudes mais centradas no paciente, diferentemente das percepções dos pacientes. Pacientes, médicos e estudantes eram menos preocupados em compartilhar poder e informações do que em reconhecer a importância dos fatores psicossociais. Os pacientes valorizavam ter adequado tempo para a consulta, obter informação completa, entendimento de sua cultura e de seu histórico e educação em saúde preventiva. Os dados refletiram a hierarquia natural da sociedade nepalês, em que os fatores sociais são combinados com os problemas financeiros e educacionais dos pacientes, criando uma grande divisão entre médicos e pacientes. Os médicos perceberam que a hierarquia era muito importante para os pacientes, os quais queriam transferir a responsabilidade das informações e decisões para os médicos ou para sua própria família ou amigos, pois visavam primariamente tratamento físico e cura; e a pouca educação dos pacientes era uma barreira para a comunicação e o cuidado. Os dados mostraram um nível de consciência para abordagens na comunicação centrada no paciente entre os estudantes e os médicos, sugerindo que ambos entendem muito os fatores culturais e econômicos que influenciam a consulta médica, principalmente em relação às ideias do médico no controle da consulta e a procura de informações independentemente.

Em um estudo de uma coorte na Ásia, Lee et al. (2008) avaliaram atitudes centradas no paciente em 228 estudantes de medicina, no decorrer de um ano, a fim de examinarem mudanças nas atitudes dos estudantes. Como resultado, os estudantes em Singapura são comparáveis aos americanos no domínio *cuidar*, mas são menos inclinados a compartilhar informações e conhecimento ou acreditam que os pacientes não esperam essa atitude deles. O efeito da cultura parece ser forte no domínio *compartilhar*, possivelmente porque o conceito da relação médico-paciente, na população asiática, tende a favorecer o processo de tomada de decisão centrada no médico. Um interessante resultado desse estudo foi à influência da experiência pessoal dos estudantes no sistema de cuidados em saúde, como paciente ou como cuidador de parentes próximos. A maioria expressou a crença na importância do bom relacionamento médico-paciente e na abordagem holística do cuidado.

Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011) compararam a atitude dos estudantes brasileiros do segundo, quinto e décimo períodos do curso de medicina a respeito da relação médico-paciente em duas escolas médicas de uma mesma universidade (Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS) que adotam modelos pedagógicos diferentes: um tradicional e outro inovador (Aprendizado Baseado em Problema). Os estudantes do segundo período, que não haviam iniciado o atendimento ambulatorial, não apresentaram diferenças de atitudes em relação aos dois modelos pedagógicos. Por outro lado, os estudantes do quinto período, que atendiam nos ambulatórios, apresentaram níveis mais altos do domínio *cuidar* para os estudantes do currículo inovador em relação ao tradicional, não havendo diferença em relação ao domínio *compartilhar*. Nos estudantes do décimo período, que se encontravam no internato médico, o domínio *compartilhar* foi mais elevado na escola que adotava o currículo inovador em comparação ao tradicional, não havendo diferença em relação ao domínio *cuidar*. Entretanto, observou-se que as estudantes compartilhavam mais que os homens na escola que adotava o currículo inovador. No referido estudo foi demonstrado que a atitude do estudante de medicina é mais centrada no médico na escola de ensino tradicional. Não houve variação da atitude dos estudantes do início para o final do curso de medicina em nenhuma das duas escolas estudadas. Os estudantes do sexo masculino dos períodos finais do curso da escola com currículo inovador apresentaram atitudes mais centradas no paciente em relação aos estudantes dos períodos iniciais e aos da escola com currículo tradicional e se igualaram aos estudantes do sexo feminino no final do curso, as quais apresentaram atitudes semelhantes nas duas escolas. Este estudo sugere que as atitudes mais centradas no paciente observadas na escola que adota a metodologia inovadora podem ser atribuídas ao modelo curricular, pois as escolas de medicina estudadas pertencem a uma mesma universidade privada, estão localizadas no mesmo Estado e diferem essencialmente em relação aos modelos curriculares adotados.

Em um recente estudo realizado na Suécia, por Wahlqvist et al. (2010), com 797 estudantes do curso medicina, verificou-se que as atitudes centradas no paciente dos estudantes de medicina não diminuíram no decorrer do curso. Estudantes do sexo feminino eram mais centrados no paciente que os do sexo masculino, pois apresentavam maior experiência prévia com cuidados em saúde. Esses resultados indicaram que o desenvolvimento das atitudes centradas no paciente, instituído ao longo do programa do currículo médico, tem sido efetivo para que os estudantes adquiram atitudes centradas no paciente durante a educação médica. Os autores relatam que a abordagem centrada no

paciente é uma parte necessária da competência clínica e uma aptidão requerida para os futuros médicos.

Além da importância da definição do estilo médico e da preferência do paciente na relação médico-paciente, nos últimos anos tem-se discutido a congruência do comportamento médico e a preferência do paciente relacionado à satisfação dos pacientes, à aderência aos tratamentos e aos resultados em saúde (CARLSEN; AAKVIK, 2006; CVENGROS et al., 2007; ZANDBELT et al., 2007). Embora existam várias dimensões na comunicação centrada no paciente, o elemento central envolve a participação do paciente no cuidado e a partilha de poder e informação entre médicos e pacientes (KRUPAT et al., 2001).

Para os pacientes, o fato de seus médicos terem atitudes centradas no paciente não se associa com o grau de confiança e satisfação com a consulta e nem com a recomendação de seus médicos. Por outro lado, os pacientes que apresentavam congruência de sua preferência com o estilo de seus médicos tinham maior probabilidade de confiar e endossar seus médicos, embora não apresentassem maior satisfação com a consulta (KRUPAT et al., 2001).

A congruência do estilo médico e da preferência do paciente a respeito do envolvimento comportamental e do suporte sócio-emocional apresentou associação com a alta satisfação do paciente em relação ao cuidado e a alta aderência ao tratamento, assim como a congruência em partilhar informações foi associada à melhora dos resultados laboratoriais (CVENGROS et al., 2009).

A incompatibilidade entre as preferências dos pacientes e a percepção do comportamento médico pelo paciente foi associada com resultados menos favoráveis quando o paciente apresentava alta preferência por um tipo de comportamento, mas percebia baixo nível desse comportamento nos médicos (CVENGROS et al., 2009).

Diante dos trabalhos citados, a cultura escolar e o contexto educacional apresentam uma poderosa influência na formação da atitude e do comportamento médico a respeito da relação médico-paciente. A reorientação do modelo assistencial, assegurando o cumprimento das DCN e estimulando a prática médica centrada no paciente e a adoção de um comportamento médico flexível às preferências dos pacientes se traduz em uma maior satisfação entre médicos e pacientes com menores gastos para o sistema de saúde.

A avaliação da relação médico-paciente por meio de um instrumento com equivalência conceitual e validação linguística apresenta-se de grande importância para que se possa mensurar e verificar a atitude do médico, do estudante de medicina e do paciente a respeito da relação médico-paciente, além de orientar estratégias de ensino e monitorizar o cuidado como essencial componente humano da prática clínica, valorizando a comunicação e a autonomia

dos pacientes na promoção da saúde. Com a disponibilização de uma versão brasileira da PPOS, estudos realizados em nosso país com esse foco de interesse poderão ser comparados com outros conduzidos em populações culturalmente diferentes; surgindo assim, a oportunidade de aprendizado mútuo e soluções conjuntas facilitadas pelos processos globalizadores, como o fluxo acelerado de conhecimentos, tecnologias, migração de profissionais de saúde e pacientes, bem como de financiamentos internacionais (FRENK et al., 2010).

2 OBJETIVO

Objetivo Geral:

Traduzir, adaptar culturalmente e validar a escala de orientação médico-paciente (*PPOS – Patient-Practitioner Orientation Scale*) para a língua portuguesa do Brasil.

Objetivos específicos:

- Traduzir e adaptar culturalmente a PPOS para a língua portuguesa falada no Brasil.
- Avaliar a confiabilidade e a validade da versão brasileira da PPOS.

3 METODOLOGIA

3.1 Estudo

Este é um estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) em 11/12/2009 (Protocolo CEP/UFU 332/09) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 30/06/2010 (Parecer nº. ETIC 0217.0.203.000-10) (Anexos A e B).

Foi obtida previamente a permissão do autor da escala PPOS (Dr. E. Krupat - Anexo C) para a sua utilização no estudo. O processo de tradução, adaptação cultural e validação da EOMP foi conduzido em três etapas: tradução, pré-teste e validação. De fevereiro a agosto de 2010 foi realizado o processo de tradução, o pré-teste, de setembro a outubro de 2010 e a validação, de novembro de 2010 a fevereiro de 2011.

3.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo, médicos residentes, estudantes de medicina e pacientes entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, diferentes raças, hábeis na língua nativa e alfabetizados.

Após explicações prévias sobre o estudo, foi solicitado a todos os participantes que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A), com a garantia do anonimato das respostas e do caráter voluntário da participação na pesquisa.

Os participantes responderam o questionário sócio-demográfico e a EOMP na instituição de origem de maneira autoaplicada.

Os locais para a coleta dos dados foram pré-determinados: os pacientes, no ambulatório de avaliação pré-anestésica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da UFU (HC FAMED UFU), antes ou após a consulta pré-anestésica; os estudantes de medicina, nas salas de aula durante o intervalo ou após o término das aulas curriculares da UFU e UFMG e os médicos residentes das diversas especialidades, no HC FAMED UFU durante sua permanência na Instituição.

A ausência de resposta a dois ou mais itens de um dos domínios da EOMP foi considerada critério de exclusão.

No pré-teste, a versão pré-final da escala foi auto-aplicada, por conveniência, a 37 indivíduos (doze médicos residentes, treze estudantes de medicina e doze pacientes) da UFU no período de setembro a outubro de 2010.

Para verificar as propriedades psicométricas da EOMP, sua versão final foi auto-aplicada, por conveniência, a 360 indivíduos assim distribuídos: 60 estudantes do curso de Medicina da FAMED UFU (cinco estudantes por período); 60 estudantes do Curso de Medicina da UFMG (cinco estudantes por período); 120 médicos residentes do HC FAMED UFU e 120 pacientes do Ambulatório de Pré-anestésico do HC FAMED UFU, entre novembro de 2010 a fevereiro de 2011. O cálculo dessa amostra atende à recomendação de cinco a dez sujeitos para cada item do questionário (HAIR, 2006; MacCALLUM et al., 1999; NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

Para a realização da confiabilidade teste-reteste, 36 participantes da UFU (12 por categoria) foram solicitados a responder novamente a EOMP após 15 dias.

3.3 Instrumentos

3.3.1 *Questionário sócio-demográfico*

Estudantes de medicina, médicos residentes e pacientes responderam de forma auto-aplicada um questionário construído para identificar variáveis sócio-demográficas como idade, sexo, vínculo empregatício, religião, grau de envolvimento com a religião, renda familiar, escolaridade e presença de profissional médico na família (questionário sócio-demográfico) (Apêndice B). O questionário também continha, para os estudantes de medicina, questões específicas como a indicação do estado de procedência (região de origem), a experiência prévia com doença grave pessoal e/ou familiar, a especialidade e forma de exercício profissional pretendida após a formatura, e a participação em atividades artísticas e/ou estágios extracurriculares. Para os médicos residentes, foi identificada a especialidade que está cursando e forma de exercício profissional pretendida após o término da residência médica. Por último, o questionário continha uma pergunta, para os pacientes, a respeito do desejo de retornar ao seu médico.

3.3.2 EOMP - Escala de Orientação Médico-Paciente (PPOS – Patient-Practitioner Orientation Scale)

A PPOS (*Patient-Practitioner Orientation Scale*) (Anexo D) é uma escala de orientação médico-paciente que foi concebida para avaliar a atitude de pacientes, médicos e estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente, se centrada no médico e na doença (modelo biomédico) ou no paciente (modelo psicossocial) (KRUPAT et al., 1999). A análise das propriedades psicométricas desta escala confirmou sua validade e confiabilidade (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000).

A escala PPOS contém dezoito itens que refletem duas dimensões relacionadas ao paciente: “compartilhar” (*sharing*) e “cuidar” (*caring*). Os itens da dimensão “compartilhar” (1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 e 18) avaliam se os respondentes acreditam que o poder e o controle devem ser compartilhados entre o médico e o paciente e em que grau o médico deve compartilhar informações com o paciente. Os itens da dimensão “cuidar” (2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 e 17), medem se os respondentes consideram como elementos críticos as expectativas, os sentimentos e as emoções dos pacientes (KRUPAT, 2000; KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000).

Os escores da EOMP são obtidos por meio de uma escala *Likert* que varia de 1 (concordo totalmente) a 6 (discordo totalmente). Baixos escores refletem uma orientação centrada no médico (alto controle médico focado em questões biomédicas) e altos, no paciente (controle partilhado e enfoque na pessoa como um todo). Calcula-se a média das pontuações de todos os itens (escore total) e para os nove itens de cada domínio (*cuidar* e *compartilhar*). Os escores variam de 1 a 6 (KRUPAT, 2000).

Para a análise dos resultados obtidos da escala é considerada a média das respostas para os dezoito itens (escore total da PPOS) e a média dos escores dos nove itens dos domínios *cuidar* e *compartilhar*. As afirmativas dos itens 9, 13 e 17 têm escores invertidos (MOORE, 2008). Quando apenas um item não foi respondido em um domínio, a média dos oito itens respondidos foi utilizada na análise, seguindo orientação do autor da escala (RIBEIRO, 2006).

3.4 Metodologia de tradução

A metodologia de tradução e validação transcultural da EOMP foi realizada de acordo com as normas internacionais de tradução de instrumentos (BEATON et al., 2000; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005), por meio dos seguintes estágios esquematizados (Figura 1) e descritos abaixo:

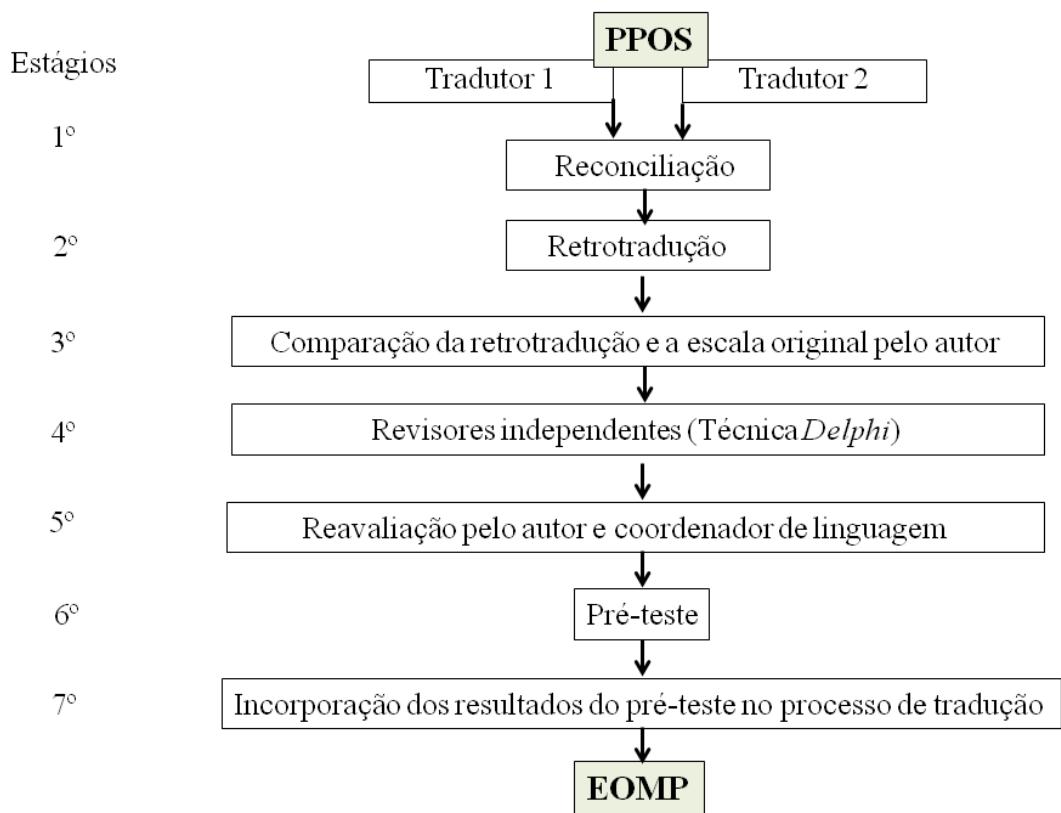


Figura 1. Representação gráfica dos estágios da tradução e adaptação cultural da PPOS em EOMP.

1º Estágio - Tradução inicial:

A tradução da escala EOMP da versão de origem (inglês) para a língua-alvo (português) foi realizada por dois tradutores profissionais bilíngües, nativos da própria língua-alvo, sem formação médica, sem conhecimento prévio dos conceitos contidos na escala, de forma independente e simultânea, com o objetivo de obter uma tradução com linguagem

próxima da utilizada pela população em geral e de destacar os significados ambíguos da escala de origem.

A reconciliação da primeira e da segunda tradução foi realizada por um médico, bilíngüe, com experiência em traduzir instrumentos direcionados para pacientes, nativo da língua-alvo, não envolvido com o processo de tradução. Com isso, foi possível oferecer maior objetividade ao processo, outras possíveis interpretações, resolver qualquer discrepância e assegurar compatibilidade linguística entre as duas traduções.

2º Estágio - Retrotradução da escala:

A versão reconciliada foi traduzida para a língua original (inglês) por um tradutor nativo da língua de origem (inglês), fluente na linguagem alvo, sem formação médica, sem envolvimento com o processo de tradução e nem com a escala original, para destacar inconsistências grosseiras ou erros conceituais na tradução.

3º Estágio - Comparando a retrotradução com a escala original:

A versão retrotraduzida foi enviada ao autor da escala (Dr E. Krupat) para revisão e comentários sobre cada item da retrotradução, com a finalidade de identificar impropriedades e ambigüidades durante as etapas de tradução e no processo de reconciliação, bem como avaliar a equivalência e a consistência da versão original e da retrotradução.

4º Estágio - Revisores independentes:

Cinco revisores bilíngues (três tradutores envolvidos nos estágios anteriores e dois médicos com experiência em tradução de instrumentos) foram convidados a analisar conjuntamente as traduções (1 e 2), a reconciliação, a retrotradução, a versão original e os comentários do autor, através da Técnica *Delphi* modificada, com o principal propósito de avaliar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre a escala original, a retrotradução e a versão alvo (Apêndice C).

A técnica *Delphi* modificada (*Delphi* eletrônico para tomada de decisão) baseou- se na construção estruturada de questionários por dois coordenadores, com questões quantitativas e qualitativas, contendo todas as etapas anteriores de tradução, comentários do autor e a escala original (DALKEY; HELMER, 1963; HSU; SANDFORD, 2007; KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; LINSTONE; TUROFF, 1975; POWELL, 2003; ROWE; WRIGHT, 1999).

Os *links* dos questionários foram enviados por correspondência eletrônica (*e-mail*) para os revisores que foram solicitados a responder o formulário em um tempo máximo de dez dias (HUNG; ALTSCHULD; LEE, 2008). Os dados das respostas foram encaminhados imediatamente para os coordenadores, como uma planilha eletrônica do *Excel* (GIOVINNAZZO, 2001).

A cada rodada foram respeitadas as principais características do método: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, por meio da porcentagem de concordância entre os revisores e a retroalimentação (*feedback*) das respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes (GIOVINNAZZO, 2001; MARTINO, 1993). Na primeira rodada, os revisores escolhiam a melhor entre as opções de tradução (1 e 2) e a reconciliação, de acordo com o seu conhecimento e as observações feitas pelo autor, e expressavam a sua justificativa. A segunda rodada foi feita a partir das análises dos resultados da primeira rodada e assim, sucessivamente, para as demais rodadas, para identificar convergência e mudança nos julgamentos e opiniões dos respondentes (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000).

A média e o desvio padrão das respostas possíveis nas quatro rodadas (1 = primeira tradução; 2 = segunda tradução e 3 = reconciliação) foram calculados em cada item e em cada rodada, para identificar as mudanças de opinião e o grau de concordância dos revisores entre as rodadas. A média como uma medida de tendência central representa a opinião do grupo do painel e o desvio padrão, como uma medida de dispersão, o grau de concordância com o painel (GREATOREX; DEXTER, 2000).

Cada item da EOMP foi classificado e representado graficamente conforme a opinião e concordância dos revisores: **A** (opinião estável e moderada concordância estável), **B** (opinião estável com crescimento para moderada concordância), **C** (opinião estável com crescimento para forte concordância), **D** (opinião estável e discordância estável), **E** (mudança de opinião entre 1^a e 2^a rodada e entre a 1^a e 2^a rodada para a 3^a rodada com crescimento para forte concordância), **F** (aumento da mudança de opinião com crescimento para moderada concordância) e **G** (opinião estável e concordância estável) (GREATOREX; DEXTER, 2000).

Itens com diferença entre as médias (da primeira e da última rodada) menor ou igual a 0,4 foram considerados com opinião estável e maior que 0,4, mudança de opinião. Itens com decréscimo do desvio padrão (diferença entre a primeira e a última rodada) igual ou menor que 0,1 foram considerados com moderada concordância estável; maior que 0,1, crescimento para moderada concordância e com desvio padrão igual a zero na última rodada, crescimento

para forte concordância. Aumento do desvio padrão menor que 0,1 foi definido como discordância estável. Itens que apresentaram estabilidade da média e do desvio padrão entre as duas últimas rodadas (mesma média e desvio padrão) foram considerados com opinião e concordância estáveis.

Como outra forma de representação dos dados, a distribuição das mudanças de opiniões (média) e a extensão da concordância (desvio padrão) entre os revisores em cada rodada, foram representadas por gráficos de dispersão, para fornecer uma visualização global de como a opinião do grupo muda e o nível de concordância aumenta durante o estudo através das rodadas (GREATOREX; DEXTER, 2000).

Os itens que obtiveram 100% de concordância na primeira rodada (mesma opinião e total concordância entre os revisores) não receberam aplicação da técnica *Delphi* (GIOVINAZZO, 2001).

O processo foi encerrado com base nos critérios predefinidos de finalização: consenso mínimo de 80% de concordância entre os revisores ou estabilidade das respostas através das rodadas (manutenção da mesma porcentagem de escolha do item pelos revisores e da média e do desvio padrão das respostas possíveis) a partir da segunda rodada, verificada em um número máximo de quatro rodadas (GREATOREX; DEXTER, 2000; GREEN et al., 1999; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000).

Portanto, o consenso pode ser atingido completamente em cada rodada ou alcançado mais tarde como resultado do processo *Delphi*, que é capaz de detectar mudanças de opinião (média) e concordância (desvio padrão) dos revisores entre as rodadas. Isso contribui para a obtenção de uma decisão final de melhor qualidade e mais confiável (GIOVINAZZO, 2001; GREATOREX; DEXTER, 2000; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000; HUNG; ALTSCHULD; LEE, 2008).

5º Estágio - Processo final de revisão:

A versão da escala revisada pelos revisores independentes foi avaliada pelo autor e um coordenador de linguagem experiente em tradução, este último realizou as provas de leitura para correções de gramática e formatação de erros, e, assim, foi produzida a versão pré-final.

6º Estágio - Pré-teste:

O pré-teste consistiu na autoaplicação da versão pré-final da escala a 37 sujeitos: doze pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU); treze estudantes do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFU e doze médicos

residentes do Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas da UFU. O pré-teste tem como finalidade identificar e corrigir possíveis traduções reversas (significado oposto ao item original) e erros de tradução (sem correspondência ao significado do item em inglês). A análise qualitativa foi realizada por meio de duas breves entrevistas:

A - Entrevista retrospectiva

A entrevista retrospectiva teve como objetivo analisar, de forma geral, a versão pré-final. Os sujeitos foram questionados se: apresentaram dificuldade na compreensão dos itens; identificaram itens irrelevantes ou ofensivos e gostariam de acrescentar outros itens/tópicos/temas ou outros comentários.

B - Entrevista cognitiva

A entrevista cognitiva teve como objetivo assegurar que o significado dado a cada item pelo autor da escala fosse o mesmo entendido pelo entrevistado. Os sujeitos foram solicitados a identificar, em cada item, problemas na sua interpretação e possíveis alternativas de tradução.

Os critérios estabelecidos para possíveis modificações dos itens, conforme as sugestões feitas pelos respondentes foram: entendimento menor que 80% e/ou sugestão de modificações maior que 20% e o julgamento dos coordenadores e avaliadores quanto à coerência e o potencial de melhora do entendimento do item, assegurada a manutenção do seu significado na escala original (RUPERTO et al., 2001).

7º Estágio - Incorporação dos resultados do pré-teste no processo de tradução:

As observações dos indivíduos são consideradas como extremamente importantes para a determinação da validade ao final da versão traduzida. Para cada item com dificuldade de compreensão, a sua versão pré-final e a versão com as modificações sugeridas (realizadas pelos dois coordenadores) foram enviadas para três avaliadores (médicos), sendo dois participantes da etapa de revisores independentes. A versão da escala que continha as modificações aceitas pelos avaliadores foi enviada para prova de leitura e aprovação do autor da escala (versão final) (Apêndice D).

Em cada etapa do processo (tradução, pré-teste e comentários dos avaliadores) foi realizado um relatório para registrar as informações obtidas.

3.5 Propriedades psicométricas destinadas a avaliar a EOMP

Foram avaliadas as seguintes propriedades psicométricas: qualidade dos dados, confiabilidade e validade.

3.5.1 *Qualidade dos dados*

A análise da qualidade dos dados envolveu a verificação dos dados perdidos e dos efeitos piso e teto para cada item da EOMP.

3.5.1.1 *Dados perdidos*

Dados perdidos referem-se à proporção de participantes que não completaram pelo menos um item da escala. Quanto menor a taxa de itens não preenchidos melhor a qualidade dos dados, refletindo maior aceitabilidade e compreensão das questões pelos participantes (McHORNEY et al., 1994). Usualmente uma taxa de resposta igual ou acima de 80% é considerada aceitável (CRAMER, 2002).

3.5.1.2 *Efeitos piso e teto*

Efeito piso e teto são definidos, respectivamente, como a proporção de respondentes que obtiveram os menores e maiores escores possíveis em cada item e foram considerados presentes quando superior a 10% (HEALTH..., 2000; McHORNEY et al., 1994). Esses efeitos indicam as limitações do instrumento em detectar mudanças dos indivíduos com escores próximos dos extremos (HEALTH..., 2000). As taxas de efeito piso e teto foram verificadas para cada item.

3.5.2 *Confiabilidade*

A confiabilidade estima a acurácia ou precisão do instrumento (GUYATT et. al., 1997) e refere-se ao grau em que os escores estão livres de erros de medida (HEALTH..., 2000; McHORNEY et al., 1994). A avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da confiabilidade teste-reteste e confiabilidade da consistência interna.

3.5.2.1 *Confiabilidade teste-reteste*

A confiabilidade do teste-reteste mede a correlação entre avaliações em dois pontos no tempo e refere-se a quanto os mesmos escores poderão ser obtidos quando o instrumento é aplicado à mesma pessoa em ocasiões diferentes (em geral, em duas semanas), o que permite verificar a reproduzibilidade da escala (RUPERTO et al., 2001). A escala foi reaplicada em 36 indivíduos (12 estudantes de medicina, 12 pacientes e 12 médicos residentes da UFU) e a confiabilidade teste-reteste verificada por meio do coeficiente de correlação intraclass (CCI). O CCI, uma medida de proporção de variância que é atribuída ao objeto de medida, foi estimado por meio da análise de variância considerando o modelo de um fator com efeitos aleatórios (*One- Way Random Effects Model*) (McGRAM; WONG, 1996; WEIR, 2005). Em geral, valores de CCI abaixo de 0,4 são considerados como “pobre”, entre 0,4 e 0,75, “moderada para boa”, e acima de 0,75, “excelente confiabilidade” (FLEISS, 1986).

3.5.2.2 *Confiabilidade da consistência interna*

A confiabilidade da consistência interna refere-se ao grau de intercorrelação entre os itens em uma escala, a qual é mensurada por meio do coeficiente alfa *Cronbach* que é afetado pelo número e intercorrelação dos itens, bem como pela dimensionalidade da escala (CORTINA, 1993; CRONBACH, 1951; GREEN; LISSITZ; MULAIK, 1977). Coeficientes entre 0,5 a 0,7 (ou maiores) são recomendados com o propósito de comparar grupos (McHORNEY et al., 1994). O coeficiente de alfa *Cronbach* com intervalo de confiança a 95% (IC 95%) foi calculado para o total da amostra, para cada subgrupo (médicos residentes, estudantes de medicina e pacientes) e para cada domínio *cuidar e compartilhar* (IACOBUCCI; DUHACHEK, 2003).

3.5.3 *Validade*

Um instrumento válido garante que o mesmo meça o que se pretende medir e não outro fator externo a ele (GUYATT et al., 1997). A validade do instrumento foi aferida por meio da validade de construto.

3.5.3.1 *Validade de construto*

A validade de construto avalia a legitimidade da representação (teste) comportamental dos traços latentes que se está buscando medir, verificando se o construto em questão está representado adequadamente no teste. É a verificação direta da hipótese que surge empiricamente (PASQUALI, 2003).

A validade de construto foi verificada por meio das análises fatoriais (exploratória e confirmatória) com a finalidade de analisar e descrever os inter-relacionamentos (correlações) entre as variáveis (itens) e os fatores (domínios *cuidar* e *compartilhar*) por meio das cargas fatoriais, a proporção da variância da variável que representa o fator comum (comunalidades) e o grau de correspondência entre os dados recolhidos e o modelo de medida proposto de dois fatores (HAIR et al., 2006; KAHN, 2006).

3.5.3.1.1 Análise factorial exploratória

A análise factorial exploratória (AFE) identifica a estrutura fatorial do instrumento e descreve o grau em que as variáveis são relatadas nos fatores, ao se agrupar os itens correlacionados entre si. Para a análise estatística foram utilizados o índice Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett para a confirmação da fatorabilidade da matriz de correlações (HAIR et al., 2006).

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin demonstra a proporção de variância que as variáveis (itens do instrumento) apresentam em comum ou que são devidas a fatores comuns. O grau de ajuste varia de 0 a 1: 0,9 a 1 (muito boa); 0,8 a 0,9 (boa); 0,7 a 0,8 (média); 0,6 a 0,7 (razoável); 0,5 a 0,6 (má) e menor que 0,5 (inaceitável) (HAIR et al., 2006).

No teste de esfericidade de Bartlett, valores de significância menores que 0,1 indicam que os dados são adequados para a análise factorial e permitem rejeitar a hipótese nula (HAIR et al., 2006).

Na análise dos componentes principais, determinou-se a extração de dois fatores (critério *a priori*) considerando cargas fatoriais satisfatórias se superiores a 0,3 (significante para amostras maiores que 350). A extração dos fatores principais foi efetuada após rotação *Oblimin* (indicada para fatores correlacionados) e critério de Kaiser (HAIR et al., 2006; KAHN, 2006).

3.5.3.1.2 Análise factorial confirmatória

A análise factorial confirmatória (AFC) permite aceitar ou rejeitar se uma estrutura factorial hipotética ou de um modelo previamente estabelecido (domínios *cuidar* e *compartilhar*) é ajustada para os dados, ou seja, verificar o grau de correspondência entre os dados recolhidos e o modelo de medida proposto (KAHN, 2006). Na AFC foi utilizado o método da máxima verossimilhança (MV) e índices de ajustamento do modelo:

Qui-quadrado (χ^2): comprova a probabilidade de um modelo se ajustar aos dados, pois permite averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a matriz de covariância dos dados observados (amostra) e a matriz de covariância implícita do modelo. Diferenças estatisticamente significativas sugerem discrepância do modelo em relação aos dados. Isso pode ocorrer em grandes amostras mesmo quando o modelo providencia bom ajuste dos dados, portanto deve ser analisado em conjunto com outros índices (KAHN, 2006; MARSH; BALLA; McDONALD, 1988). Valores $2df < \chi^2 \leq 3 df$ (grau de liberdade) são considerados aceitáveis (SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003).

Razão entre o χ^2 e o grau de liberdade (χ^2 / df): compara a magnitude de χ^2 com o esperado valor da distribuição da amostra, ou seja, com o número de graus de liberdade (df). Tem sido utilizada como um critério útil para comparar o nível de ajuste de modelos alternativos. Ainda que não exista um valor crítico exato para decidir sobre a adequação ou não do modelo, na prática, a razão χ^2 / df deveria ser tão menor quanto possível, e são recomendáveis valores entre 2 e 3, que é indicativo de “bom” ou “aceitável” ajuste dos dados, podendo-se aceitar valores até 5 (BYRNE; SHAVELSON; MUTHÉN, 1989; MARSH; BALLA; McDONALD, 1988; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003).

Goodness-of-Fit Index (GFI): indica a quantidade relativa entre variâncias e co-variâncias na matriz de covariância empírica (estimação da população) predita pela matriz de covariância implicada no modelo, ou seja, compara o ajuste do modelo com o modelo nulo. Os valores variam entre 0 (ajuste ruim) e 1 (ajuste perfeito). Resultados iguais ou superiores a 0,9 são considerados aceitáveis (MARSH; HAU; WEN, 2004).

Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI): é uma medida de variância corrigida com os graus de liberdade e o número de variáveis observadas. O valor também varia entre 0 e 1, sendo que valores maiores que 0,9 indicam bom ajuste relativo ao modelo de base e maiores que 0,85 podem ser considerados um ajuste aceitável. Tanto o AGFI quanto o GFI são dependentes do tamanho da amostra (MARSH; HAU; WEN, 2004; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003).

Comparative Fit Index (CFI): representa uma classe de índices de ajuste incremental que são derivados da comparação de um modelo restrito (estrutura imposta pelos dados) com um modelo independente (todas as correlações entre variáveis são zero). Ou seja, indica quão bem o modelo se ajusta aos dados em comparação com um modelo nulo. Admite valores iguais ou superiores a 0,9. É o índice menos afetado pelo tamanho da amostra (BENTLER, 1990; HU; BENTLER, 1999).

No-normed Fit Index (NNFI) ou Tucker-Lewis Index (TLI): compara o modelo alternativo ou proposto com o modelo nulo, determinando a simplicidade descritiva do modelo proposto face ao modelo nulo. É relativamente independente do tamanho da amostra. Seus valores variam de 0 a 1 e considera-se bom ajuste acima de 0,95 e ajuste aceitável acima de 0,9 (HU; BENTLER, 1999; TUCKER; LEWIS, 1973; WESTON et al., 2008).

Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR): corresponde à raiz quadrada média residual. Um valor próximo de zero indica que o modelo teórico se justa aos dados, uma vez que seus residuais (diferença entre as discrepâncias da matriz de covariância do modelo e da população) se aproximam de zero. Valores iguais ou superiores a 0,08 indicam bom ajuste e menor que 0,1, aceitáveis (JORESKOG, 1993; KAHN, 2006; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003). É afetado pelo tamanho da amostra (ANDERSON; GERBING, 1984).

Root Mean Square Error Approximation (RMSEA): é uma medida de aproximação de ajuste na população, cuja medida de discrepância é expressa em graus de liberdade. É sensível ao número de parâmetros estimados no modelo e relativamente independente do tamanho da amostra (SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003; STEIGER, 1990). Valores iguais ou inferiores a 0,05 indicam bom ajuste, entre 0,05 e 0,08, adequados, entre 0,08 e 0,1, medíocres, e maiores que 0,1, inaceitáveis (BROWNE; CUDEK, 1993). RMSEA

igual a 0,06 pode ser um indicativo de bom ajuste entre o modelo hipotético e os dados observados (HU; BENTLER, 1999; KAHN, 2006; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003). No entanto, deve ser associado ao intervalo de confiança (IC) de 90%, pois permite assegurar a precisão da *RMSEA* estimada para aquele modelo na população (KELLY; LAI, 2011; MacCALLUM; BROWNE; SUGAWARA, 1996).

3.6 Análise estatística

A análise estatística descritiva foi utilizada para caracterizar os dados sócio-demográficos dos participantes, calcular os dados perdidos e a proporção de participantes com os menores e maiores escores possíveis (efeitos piso e teto, respectivamente) da EOMP.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors*, foi realizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados da amostra.

A confiabilidade da consistência interna foi verificada pelo coeficiente alfa *Cronbach* e a confiabilidade teste-reteste, pelo coeficiente de correlação Intraclass (CCI), ambos realizados para a amostra total, para cada categoria (pacientes, estudantes de medicina e médicos residentes) e para cada domínio.

Na análise fatorial exploratória (AFE), a fatorabilidade da amostra foi confirmada pelos índices de Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise dos componentes principais (ACP) com extração de dois fatores (critério *a priori*), rotação ortogonal *Oblimin* e critério de Kaiser, considerando cargas fatoriais satisfatórias se superiores a 0,3 (HAIR et al., 2006, KAHN, 2006).

A análise fatorial confirmatória foi verificada pelo método da máxima verossimilhança (MV) e pelos índices de ajustamento do modelo: χ^2 dividida pelos graus de liberdade (χ^2/df), *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*), *SRMR* (*Standardized Root Mean-Squared Residual*), *GFI* (*Goodness-of-Fit Index*), *AGFI* (*Adjusted Goodness-of-Fit Index*), *NNFI* (*No-normed Fit Index*) e o *CFI* (*Comparative Fit Index*) (HU; BENTLER, 1999; KAHN, 2006; WESTON; GORE, 2006).

O nível de significância estatística considerado foi $p < 0,05$.

O programa *SPSS Statistics* 17.0 foi utilizado para as análises estatísticas e para AFE e o programa *LISREL* 8.8 para a AFC.

4 RESULTADOS

4.1 Tradução

4.1.1 Técnica Delphi

A técnica Delphi foi realizada de abril a julho de 2010.

Cinco itens (01, 07, 08, 10 e 14) (27,8%) obtiveram consenso na primeira rodada, sete (02, 06, 09, 11, 13, 15 e 18) (38,9%), na segunda, três (03, 12 e 16) (16,7%), na terceira, e três (04, 05 e 17) (16,7%), na quarta rodada. Uma pergunta que foi introduzida no item 09 (pergunta 09A) com o objetivo de esclarecer o significado da palavra “status” obteve consenso na quarta rodada.

Doze itens (01, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 18) (66,7%) atingiram 100% de concordância dos revisores; os itens 01, 07, 08, 10 e 14 na primeira, os itens 09, 11, 13, 15 e 18, na segunda e os itens 12 e 16, na terceira rodada, respectivamente.

Os itens 02, 03, 05 e 06 (22,2%) foram encerrados com 80% da concordância entre os revisores: os itens 02 e 06 na segunda; o item 03, na terceira e o item 05, na quarta rodada, respectivamente.

Os itens 04 e 17 (11,1%) e a pergunta 9A encerraram a quarta rodada com 60% de concordância.

Os revisores escolheram a versão reconciliada (alternativa 3) em nove itens (02, 03, 07, 09, 10, 11, 15, 16 e 18) (50%) e a segunda tradução (alternativa 2), em sete itens (04, 05, 06, 12, 13, e 14) (33,3%). A versão reconciliada (alternativa 3) manteve a segunda tradução (alternativa 2) dos itens 01, 08 e 17. Os revisores não optaram pela primeira tradução (alternativa 1) em nenhum item.

No decorrer do processo Delphi, os revisores modificaram um item (04) (5,6%) na tradução, quatro itens (05, 10, 12 e 13) (22,2%) na retrotradução, cinco (06, 07, 09, 16 e 17) (27,8%) na tradução e retro-tradução e fizeram algumas considerações nos itens 02 e 11:

Item 02: a palavra “*medical assistance*” foi escolhida na retrotradução para o significado de “*health care*” da versão original. Oitenta por cento dos revisores confirmaram que a expressão “*medical assistance*” representaria “*health care*” no contexto da língua portuguesa.

Item 04: sessenta por cento dos revisores optaram por traduzir a palavra “*often*” como “*geralmente*” (ao invés de “*frequentemente*”), “*of their medical condition*” como “*de sua*

condição médica “(ao invés de “... acerca de sua condição médica”) e “*for patients if they do not have*” como “para os pacientes se eles não tiverem” (ao invés de “que os pacientes não tenham”), na segunda, terceira e quarta rodadas, respectivamente.

Item 05: os revisores não concordaram com a retrotradução da palavra “deveriam” em “*must have*”, pois o sentido da versão original (“should”) seria de um conselho e não uma obrigação. A tradução aceita (alternativa 2) foi encaminhada para a retrotradução.

Item 06: a tradução da palavra “*prying*” como “aprofundando” foi substituída por “intrometendo” na terceira rodada com 80% de concordância entre os revisores. A tradução aceita (alternativa 2) foi encaminhada para a retrotradução.

Item 07: na segunda e terceira rodadas, respectivamente, 80% dos revisores concordaram em mudar o tempo verbal (do passado para o presente) na retrotradução (“*If doctors were really...*” para “*If doctors are really...*”) e na tradução (“Se os médicos forem realmente...” para “Se os médicos são realmente...”), em conformidade com a versão original (“*If doctors are truly...*”).

Item 09: na primeira rodada, 80% dos revisores concordaram com o autor da escala que, na retrotradução, “*conditions*” não representa o significado da palavra “*status*” (versão original). Na segunda rodada, foi acrescentada uma pergunta para os revisores (09A) com o objetivo de obter uma melhor tradução da palavra “*status*”. Na terceira e quarta rodadas, os revisores mantiveram 60% de concordância para a tradução da palavra “*status*” como “em pé de igualdade”. A tradução (alternativa 3) com a incorporação da palavra “em pé de igualdade” foi encaminhada novamente para retrotradução ao término da quarta rodada.

Item 10: o autor da escala questionou se, na retrotradução, “*tranquilized*” tem significado diferente da palavra “*reassurance*” (versão original). Oitenta por cento dos revisores concordaram que “tranquilizados” representava adequadamente a tradução de “*reassurance*”.

Item 11: o autor da escala questionou se, na retrotradução, “*receptivity and affection*” tem significado diferente da palavra “*open and warm*” (versão original). Cem por cento dos revisores confirmaram que as palavras “receptivo e afetuoso” representavam adequadamente a idéia da versão original (“*open and warm*”).

Itens 12 e 13: a tradução final (alternativa 2) escolhida por 100% dos revisores foi enviada pelos coordenadores para retrotradução na terceira (item 12) e segunda (item 13) rodadas.

Item 16: na terceira rodada, 100% dos revisores concordaram que a melhor opção para a tradução da palavra “*background*” é “histórico” e não “experiências”. A tradução aceita (alternativa 3) foi novamente encaminhada para retrotradução.

Item 17: 80% dos revisores concordaram com o autor que a versão da retrotradução de “*the main ingredient...*” não correspondia ao significado da versão original (“*a major ingredient...*”). Duas alternativas de tradução foram acrescentadas pelos coordenadores na terceira rodada: alternativa 3 (“Humor é um dos ingredientes principais do médico no tratamento do paciente”) e alternativa 4 (“Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente”). Sessenta por cento dos revisores escolheram a alternativa 4 como tradução aceita na quarta rodada.

As distribuições dos itens da EOMP segundo os tipos de gráficos de itens foram representados na Tabela 1 e graficamente exemplificados nas Figuras 2 a 4 (Apêndice E).

Tabela 1. Distribuição dos itens da EOMP segundo os tipos de gráficos de itens (estudo *Delphi*)

Descrição	Itens	Ocorrência no exemplo (estudo <i>Delphi</i>) (%)
A Opinião estável e moderada concordância estável.	02 e 03	11,11
B Opinião estável com crescimento para moderada concordância.	05 e 06	11,11
C Opinião estável com crescimento para forte concordância.	09, 11, 12, 13, 15 e 18	33,32
D Opinião estável e discordância estável.	04	5,55
E Mudança de opinião entre 1 ^a e 2 ^a rodada e entre a 1 ^a e 2 ^a rodada para a 3 ^a rodada com crescimento para forte concordância.	16	5,55
F Aumento da mudança de opinião com crescimento para moderada concordância.	17	5,55
G Opinião estável e concordância estável.	09 A*	
Mesma opinião e total concordância na 1 ^a rodada.	01, 07, 08, 10 e 14	27,77

*Pergunta inclusa no item 09

Fonte: Adaptada de Greatorex e Dexter (2000).

Na Figura 2, os gráficos A e D indicam opiniões e grau de concordância razoavelmente estáveis através das rodadas (média e desvio padrão coerente através das rodadas). Há maior concordância no gráfico A (baixo desvio padrão com decréscimo) que no gráfico D (baixo desvio padrão com acréscimo).

Figura 2. Gráficos de item tipo A (opinião estável e concordância estável) e D (opinião estável e discordância estável), média e DP

Gráfico de item tipo A

Item 03

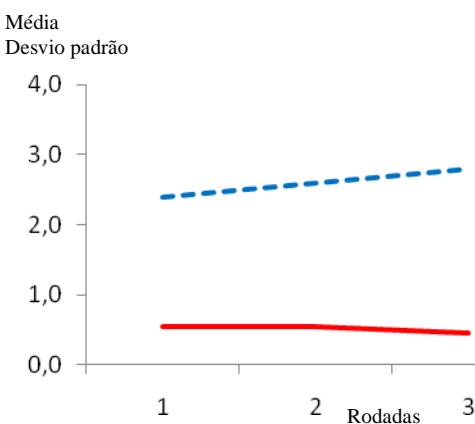
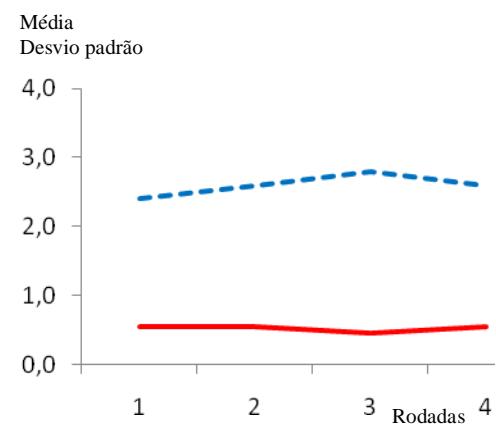


Gráfico de item tipo D

Item 04



Na Figura 3, os gráficos B e C indicam opiniões razoavelmente estáveis através das rodadas, mas o grau de concordância do grupo de revisores aumentou através das rodadas. No gráfico B houve aumento da concordância de opinião dos revisores, embora moderado. No gráfico C a concordância de opinião dos revisores aumentou até existir a concordância total (desvio padrão diminuiu e alcançou zero).

Figura 3. Gráficos de item tipo B (opinião estável com crescimento para moderada concordância) e C (opinião estável com crescimento para forte concordância), - - - = média e — = DP.

Gráfico de item tipo B

Item 05

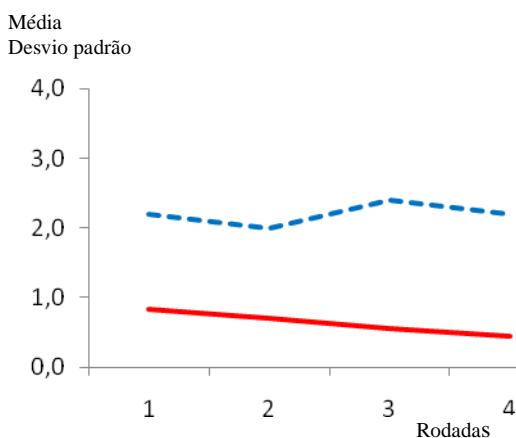
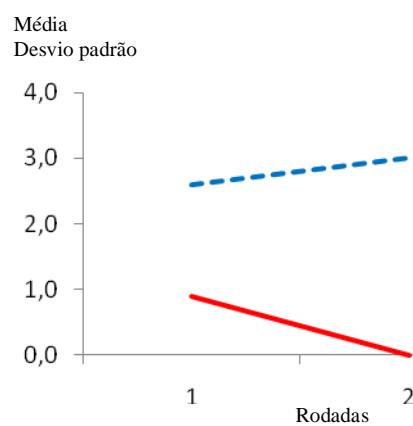


Gráfico de item tipo C

Item 15



Na Figura 4, os gráficos E (item 16) e F (item 17) indicam maior mudança de opinião no grupo de revisores (as médias das rodadas variaram consideravelmente). No gráfico E, ocorreu um deslocamento ascendente (aumento da média) da opinião dos revisores e a concordância de opinião do grupo aumentou (redução do desvio padrão) até a concordância total (desvio padrão igual a zero). No gráfico F, houve um deslocamento ascendente da opinião dos revisores e crescimento para moderada concordância, o que sugere instabilidade da decisão final dos revisores.

Figura 4. Gráficos de item tipo E (mudança de opinião entre 1^a e 2^a rodada e entre a 1^a e 2^a rodada para a 3^a rodada com crescimento para forte concordância) e F (aumento da mudança de opinião com crescimento para moderada concordância), - - - = média e _____ = DP.

Gráfico de item tipo E

Item 16

Média
Desvio padrão

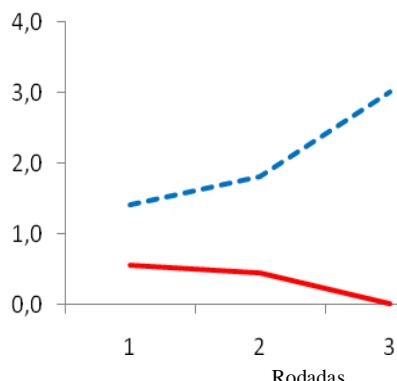
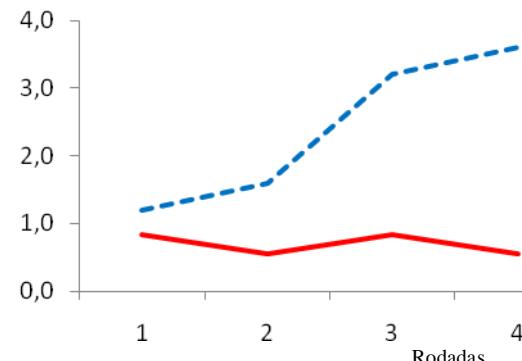


Gráfico de item tipo F

Item 17

Média
Desvio padrão



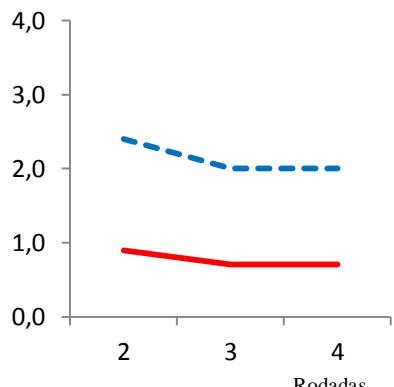
Na Figura 5, o gráfico G indica opinião e concordância estáveis, com deslocamentos descendentes da opinião (redução da média) e da concordância (redução do desvio padrão) dos revisores da segunda para a terceira rodada e estabilidade das suas opiniões na quarta rodada.

Figura 5. Gráfico de item tipo G (opinião estável e concordância estável), - - - = média e _____ = DP

Gráfico de item tipo G

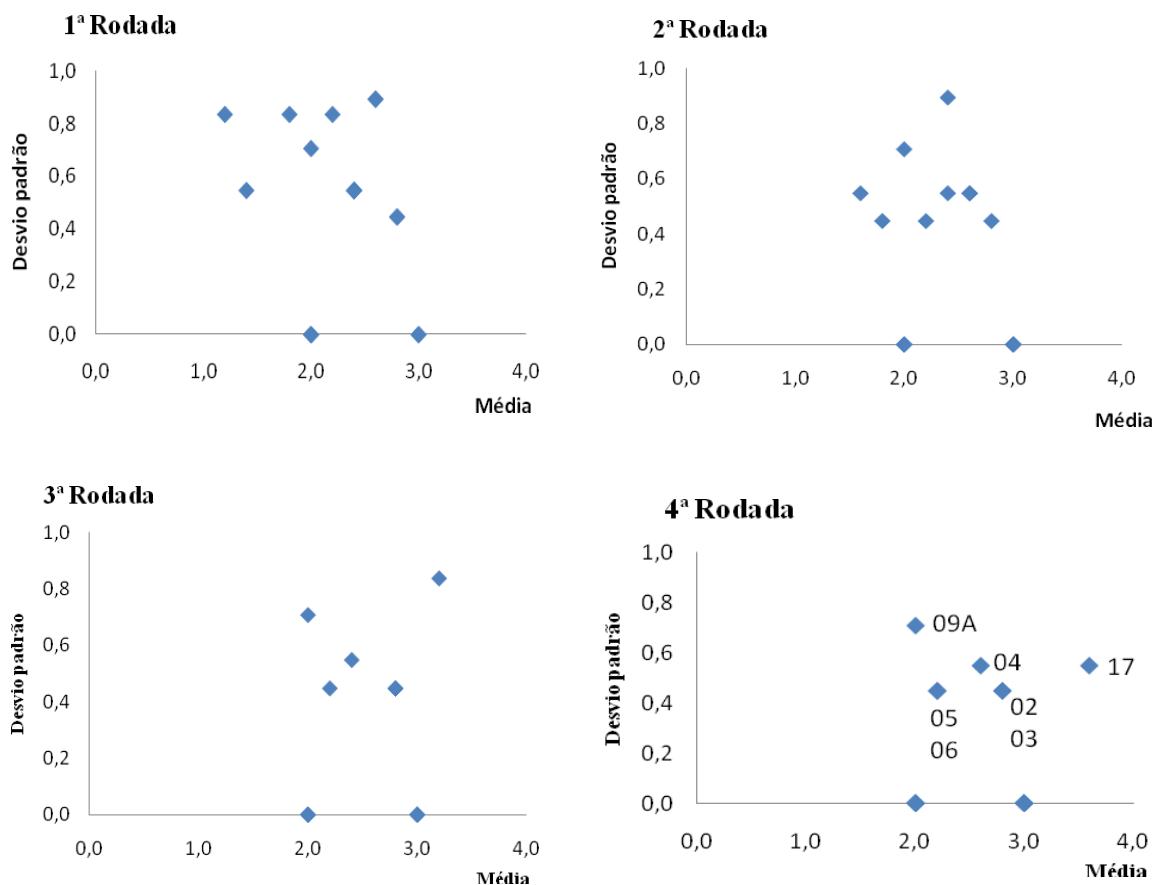
Pergunta 09 A

Média
Desvio padrão



A distribuição das mudanças de opiniões e a extensão da concordância entre os revisores em cada rodada, representadas pela média e o desvio padrão, respectivamente, são apresentadas por gráficos de dispersão (Figura 6). Verifica-se estabilização da opinião do grupo de revisores entre a média 2 e 3 e aumento da concordância através das rodadas, que pode ser observada pela progressiva redução dos desvios-padrão e pelo deslocamento da média em direção ao valor inteiro (2 ou 3). Os itens 02, 03, 04, 05, 06, 17 e pergunta 09A não atingiram 100% de concordância e são identificados na representação da quarta rodada.

Figura 6. Gráficos de dispersão exibindo médias e desvios padrão de cada item em cada rodada



4.1.2 Pré- teste

4.1.2.1 Entrevista retrospectiva

Dificuldade de interpretação ou de entendimento foi relatada por dois residentes (16,7%), quatro estudantes (30,8%) e seis pacientes (50%). O item 02 foi citado por um estudante que considerou muito vaga a expressão “... assistência médica esteja menos pessoal...”.

Apenas um item (08) foi referido como irrelevante por um estudante e um paciente. Nenhum item foi identificado como ofensivo.

Um residente e um estudante indicaram dificuldade na interpretação do enunciado: “o enunciado é para responder o que a maioria pensa ou o que o respondente pensa?” e “especificar melhor o enunciado quanto à opinião de quem está respondendo, de acordo com as suas concepções, o quanto você concorda ou discorda”, respectivamente.

Um estudante sugeriu que se acrescentasse um item acerca de como ocorreu a indicação do médico (“se o paciente tinha referência deste médico que o procurou ou se foi por conta própria”) e um paciente a respeito da educação e paciência dos médicos para com os pacientes.

Oito residentes (66,7%), um estudante (7,7%) e cinco pacientes (41,7%) fizeram comentários sobre a escala e encontraram dificuldades para quantificar a diferença entre concordo e discordo (totalmente, moderadamente e ligeiramente) na escala *Likert*.

4.1.2.2 Entrevista cognitiva

Os respondentes não apresentaram dificuldade de entendimento e não indicaram sugestões em cinco itens (01, 03, 14, 15 e 16) (27,8%).

Em seis itens (05, 06, 07, 10, 12 e 17) (33,3%), as dificuldades de entendimento e/ou sugestões apresentadas pelos respondentes foram consideradas irrelevantes pelos coordenadores por não apresentarem os critérios estabelecidos para possíveis modificações.

Os sete itens restantes (02, 04, 08, 09, 11, 13 e 18) (38,9%) apresentaram os critérios estabelecidos previamente para serem modificados:

Item 02: “Embora a assistência médica esteja menos pessoal hoje em dia, este é um pequeno preço a se pagar pelos avanços na medicina”. Um residente (2,7%), três estudantes (8,1%) e nove pacientes (24,3%) apresentaram dificuldade de entendimento. Observações e/ou sugestões foram feitas por quinze respondentes (40,5%): duas pelos residentes (inverter a ordem das frases e substituir “... é um pequeno preço a se pagar...” por “... é um preço que se paga...”), quatro pelos estudantes (definir melhor, retirar ou substituir “menos pessoal” por “impessoal”, “mais amigo do paciente” ou “menos íntima à amigável”; retirar “pequeno” e substituir o item por “Os avanços da medicina estão dificultando/ distanciando à relação médico-paciente”) e nove pelos pacientes (“menos pessoal seria menos atencioso, individual ou menos agilidade?”, substituir por “embora o médico conheça menos o paciente”; “pequeno preço é no sentido financeiro? Tem que pagar?” e “assistência médica na consulta ou na medicina?”). A versão modificada pelos coordenadores (“Embora a assistência médica esteja *mais impessoal* hoje em dia, este é um pequeno *prejuízo que se tem em troca dos avanços na medicina*”) foi aprovada pelos avaliadores com três sugestões (retirar “pequeno”, “... este é um pequeno prejuízo quando se consideram os avanços da medicina” e “... este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina”). Os coordenadores optaram pela última sugestão (“Embora a assistência médica *seja mais impessoal* hoje em dia, este é um pequeno *prejuízo em troca dos avanços da medicina*”) que foi aprovada pelo autor.

Item 04: “Geralmente, é melhor para os pacientes se eles não tiverem uma explicação completa de sua condição médica”. Um residente sugeriu substituir “se eles não tiverem” por “que eles não tenham”. Os coordenadores consideraram que a sugestão melhoraria o entendimento dos respondentes. Todos os avaliadores concordaram com a sugestão e o item foi modificado: “Geralmente, é melhor para os pacientes *que eles não tenham* uma explicação completa de sua condição médica”.

Item 08: “Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo que não estejam aprendendo nada de novo.” Dois residentes (5,4%), três estudantes (8,1%) e dois pacientes (5,4%) apresentaram dificuldade de entendimento. Observações e/ou sugestões foram feitas por doze respondentes (32,4%): cinco residentes (inverter as frases, substituir “*aprendendo nada de novo*” por “adquirindo nenhum conhecimento novo” e “nada de novo” por “novidade, novamente”), cinco estudantes (substituir “mesmo que não estejam aprendendo nada de novo” por “mesmo que não estejam entendendo o que o médico fala” ou “mesmo após serem esclarecidos sobre seu estado de saúde” ou “mesmo tendo conhecimento do

assunto continuam a reforçar as perguntas”; modificar a frase para “*Você concorda que muitos pacientes devem continuar* fazendo perguntas, mesmo que não estejam aprendendo nada de novo” e “Não estejam aprendendo nada sobre o que? Nada sobre sua doença?”) e dois pacientes (substituir “Mesmo que não estejam aprendendo nada de novo por “mesmo que não estejam entendendo” e inverter as frases). Os avaliadores sugeriram modificações para a versão apresentada pelos coordenadores (“Mesmo que não estejam aprendendo nada de novo, muitos pacientes continuam fazendo perguntas”): “*Mesmo quando não têm mais o que aprender na consulta*, muitos pacientes continuam fazendo perguntas” e “*Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo quando não têm mais o que aprender na consulta*”. A ultima sugestão foi aceita pelos coordenadores e aprovada pelo autor.

Item 09: “Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, em pé de igualdade”. Duas observações foram feitas pelos residentes: “Tem os mesmos direitos e deveres?” e “Em que aspecto de igualdade? Especificar melhor em pé de igualdade”. Os coordenadores consideraram relevantes as observações feitas pelos residentes. A versão modificada pelos coordenadores (“Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder, direitos e deveres semelhantes”) foi aprovada por todos os avaliadores e pelo autor.

Item 11: “Se as características principais de um médico são ser receptivo e afetuoso, ele não terá muito sucesso”. Três pacientes (8,1%) apresentaram dificuldade de entendimento e fizeram três observações e/ou sugestões: especificar “receptivo e afetuoso”, substituir “receptivo por “atencioso, receber bem ou compreensivo” e “afetuoso” por “carinhoso”. Os coordenadores consideraram que haveria necessidade de modificação das palavras “receptivo e afetuoso”. Os avaliadores foram questionados qual seria a melhor opção de tradução para as palavras ”open” (sincero, acessível ou disponível) e “warm” (amigável, caloroso ou afetivo). No entanto, não houve consenso. O autor da escala considerou que, dentre as opções, “sincerity” (“sincero”) e “friendliness” (“amigável”) têm significado correspondente de “open” e “warm” da versão original.

Item 13: “Um plano de tratamento pode não ter êxito se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente”. Sete pacientes (18,9%) apresentaram dificuldade de entendimento. As sugestões e/ou observações foram feitas por mais de 20% dos respondentes (21,6%): um estudante (substituir “êxito” por: “dar certo ou ter um bom efeito”) e sete

pacientes (retirar “plano”, substituir “êxito” por “sucesso” ou “dar certo”, “Estilo de vida ou valores? Plano de saúde? Tem que pagar?” e “Estilo de vida seria qualidade de vida?”). A versão modificada pelos coordenadores (“*Uma proposta* de tratamento pode não ter *sucesso* se estiver em conflito com os *hábitos de vida* ou valores do paciente”) não foi aprovada pelos avaliadores e diante das sugestões apresentadas (“Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente” ou “Uma proposta de tratamento pode não dar os resultados desejados se estiver em conflito com os modos de vida ou com as crenças do paciente”) os coordenadores optaram pela primeira sugestão como versão final da tradução.

Item 18: “Quando o paciente procura por informações médicas por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda”. Dois pacientes (5,4%) apresentaram dificuldade de entendimento. Cinco sugestões e/ou observações foram feitas por três residentes e dois pacientes (Confunde médico ou paciente? e “Informações médicas do médico, do paciente ou da doença?”). Os coordenadores consideraram relevantes as observações feitas pelos respondentes e visando um melhor entendimento apresentaram uma versão modificada (“Quando o paciente procura por informações *sobre seu estado de saúde* por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda”) para os avaliadores, aceita por todos e pelo autor.

As modificações que ocorreram na EOMP na etapa de revisores independentes (estudo *Delphi*) e após o pré-teste são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Equivalência cultural entre a PPOS (versão original) e a EOMP (versão alvo)

Item- versão original	Versão pré-final Após etapa dos revisores independentes (Técnica Delphi)	% FCR nº R	Alteração do item após o pré-teste	Versão final da EOMP Após pré-teste
01- <i>The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.</i>	É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta.	100% 1R	IN	É o médico quem deve decidir o que será conversado durante a consulta.
02- <i>Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.</i>	Embora a assistência médica esteja menos pessoal hoje em dia, este é um pequeno preço a se pagar pelos avanços na medicina.	80% 2R	AL	Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina.
03- <i>The most important part of the standard medical visit is the physical exam.</i>	A parte mais importante da consulta médica é o exame físico.	80% 3R	IN	A parte mais importante da consulta médica é o exame físico.
04- <i>It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.</i>	Geralmente, é melhor para os pacientes se eles não tiverem uma explicação completa de sua condição médica.	60% 4R	AL	Geralmente, é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica.
05- <i>Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.</i>	Os pacientes deveriam confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sobre sua condição por si mesmos.	80% 4R	IN	Os pacientes deveriam confiar no conhecimento de seus médicos e não tentarem descobrir sobre sua condição por si mesmos.
06- <i>When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.</i>	Quando os médicos fazem muitas perguntas a respeito do histórico do paciente, eles estão intrometendo muito em questões pessoais.	80% 2R	IN	Quando os médicos fazem muitas perguntas a respeito do histórico do paciente, eles estão intrometendo muito em questões pessoais.

% FCR = porcentagem final da concordância entre os revisores; nº R= número total de rodadas; AL= alterado; IN= inalterado.

Tabela 2 (continuação)

Item- versão original	Versão pré-final Após etapa dos revisores independentes (Técnica Delphi)	% FCR nº R	Alteração do item após o pré-teste	Versão final da EOMP Após Pré-teste
07- <i>If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.</i>	Se os médicos forem realmente bons em diagnóstico e tratamento, a maneira como eles se relacionam com os pacientes não é tão importante.	100% 1R	IN	Se os médicos forem realmente bons em diagnóstico e tratamento, a maneira como eles se relacionam com os pacientes não é tão importante.
08- <i>Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.</i>	Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo que não estejam aprendendo nada de novo.	100% 1R	AL	Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, mesmo quando não têm mais o que aprender na consulta.
09- <i>Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.</i>	Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, em pé de igualdade.	60% questão 9A 4R	AL	Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder, direitos e deveres semelhantes.
10- <i>Patients generally want reassurance rather than information about their health.</i>	Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde.	100% 1R	IN	Os pacientes geralmente querem ser tranquilizados em vez de ter informação sobre sua saúde.
11- <i>If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.</i>	Se as características principais de um médico são ser receptivo e afetuoso , ele não terá muito sucesso.	100% 2R	AL	Se as características principais de um médico são ser sincero e amigável , ele não terá muito sucesso.
12- <i>When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.</i>	Quando os pacientes discordam de seu médico, é um sinal que o médico não tem o respeito e a confiança de seu paciente.	100% 3R	IN	Quando os pacientes discordam de seu médico, é um sinal que o médico não tem o respeito e a confiança de seu paciente.

% FCR = porcentagem final da concordância entre os revisores; nº R= número total de rodadas; AL= alterado; IN= inalterado.

Tabela 2 (continuação)

Item- versão original	Versão pré-final Após etapa dos revisores independentes (Técnica Delphi)	% FCR nº R	Alteração do item após o pré-teste	Versão final da EOMP Após Pré-teste
13- <i>A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.</i>	Um plano de tratamento pode não ter êxito se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente.	100% 2R	AL	Um tratamento pode não ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente.
14- <i>Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.</i>	A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível.	100% 1R	IN	A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível.
15- <i>The patient must always be aware that the doctor is in charge.</i>	O paciente deve estar sempre ciente de que o médico é quem está no comando.	100% 2R	IN	O paciente deve estar sempre ciente de que o médico é quem está no comando.
16- <i>It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.</i>	Não é tão importante conhecer a cultura e o histórico do paciente para tratar sua doença.	100% 3R	IN	Não é tão importante conhecer a cultura e o histórico do paciente para tratar sua doença.
17- <i>Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.</i>	Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente.	60% 4R	IN	Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente.
18- <i>When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.</i>	Quando o paciente procura por informações médicas por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda.	100% 2R	AL	Quando o paciente procura por informações sobre seu estado de saúde por conta própria, isso geralmente confunde mais do que ajuda.

% FCR = porcentagem final da concordância entre os revisores; nº R= número total de rodadas; AL= alterado; IN= inalterado

4.2 Características dos participantes e dados sócio-demográficos

4.2.1 *Médicos residentes*

Os 120 médicos residentes, do primeiro ao quinto ano, recrutados nas diferentes especialidades, apresentaram a seguinte distribuição: 34 indivíduos do primeiro ano (28,3%); 35 (29,2%), do segundo; 27 (22,5%), do terceiro; 20 (16,7%), do quarto e quatro (3,3%), do quinto. Sessenta e um eram da área cirúrgica (50,8%) e 59, da clínica (49,2%).

A idade variou de 24 a 34 anos (média = 28,20; mediana = 28 e desvio padrão = 2,23). Sessenta e um residentes (52,5%) eram do sexo feminino.

A maioria dos residentes (87; 72,5%) apresentava vínculo empregatício e 72 (60%) desejavam exercer a medicina principalmente como profissional liberal após a conclusão da especialidade.

A renda familiar variou de R\$ 1.500,00 a R\$ 70.000,00 (média = R\$ 8119,68, mediana = R\$ 6.000,00 e desvio padrão de 8.236,44).

A existência de profissionais médicos na família foi detectada em 61 residentes (50,8%), destes 23 (37,7%) eram parentes de 1º grau.

A religião católica foi a mais citada (77; 64,2%) e 13 residentes (10,8%) afirmaram não ter envolvimento com a religião (Tabela 3).

Tabela 3. Características sócio-demográficas dos médicos residentes

Características	Valor
Idade média (anos) (DP)	28,2 (2,2)
Sexo feminino, n (%)	61,0 (52,5)
Escolaridade, n (%)	
- ensino superior	120,0 (100,0)
- ensino médio	
- ensino fundamental	
Profissional médico na família, n (%)	61,0 (50,8)
Grau de parentesco, n (%)	
- 1º grau	23,0 (37,7)
- 2º grau	14,0 (23,0)
- 3º grau	12,0 (19,7)
- 4º grau	12,0 (19,7)
Vínculo empregatício, n (%)	87,0 (72,5)
Renda familiar (R\$), (mediana)	6.000,00
Religião, n (%)	
- católica	77,0 (64,2)
- evangélica	12,0 (10,0)
- espírita	18,0 (15,0)
- outras	1,0 (0,8)
- nenhuma	12,0 (10,0)
Envolvimento com a Religião, n (%)	
- alto	8,0 (6,7)
- moderado	55,0 (45,8)
- baixo	44,0 (36,7)
- nenhum	13,0 (10,8)
Tempo de residência, n (%)	
- 01 ano	34,0 (28,3)
- 02 anos	35,0 (29,2)
- 03 anos	27,0 (22,5)
- 04 anos	20,0 (16,7)
- 05 anos	4,0 (3,3)
Exercício da medicina, n (%)	
- profissional liberal	72,0 (60,0)
- serviço público	36,0 (30,0)
- empresa privada	7,0 (5,8)
- outros	5,0 (4,2)
Tipo de especialidade, n (%)	
- clínica	59,0 (49,2)
- cirúrgica	61,0 (50,8)

4.2.2 Estudantes de medicina

A idade dos estudantes variou de 18 a 29 anos (média = 22,63, mediana = 22,50 e desvio padrão = 2,57). Sessenta e três (52,5%) eram do sexo masculino.

A maioria dos estudantes (110; 91,7%) eram procedentes do Estado de Minas Gerais. Apenas um estudante relatou ter vínculo empregatício.

Quanto à escolha da especialidade pretendida após a conclusão do curso de medicina, 50 estudantes (41,7%) não tinham decidido qual área gostariam de exercer (clínica ou cirúrgica); 36 estudantes (30%) optaram pela área clínica e 34 (28,3%), pela cirúrgica. Após a conclusão do curso, 63 estudantes (52,5%) pretendiam exercer a medicina como profissional liberal, 32 (26,7%), no serviço público, 13 (10,8%), em empresa privada e 12 (10%), nos setores público e privado.

Vinte um estudantes (17,5%) recebiam bolsa de estudo, 40 (33,3%) desempenhavam qualquer atividade artística e 53 (44,2%) faziam estágios extracurriculares ou iniciação científica.

A religião católica foi a mais prevalente (74 estudantes; 61,7%) e 21 estudantes (17,5%) não tinham envolvimento com a religião.

Setenta e seis pais (63,3%) e 79 mães (65,8%) tinham curso superior, 14 (11,7%) pais (pai ou mãe) eram médicos. Cinco estudantes (4,2%) apresentaram doença grave pessoal e 76 (63,3%), relataram doença grave na família.

A renda familiar variou de R\$ 950,00 a R\$ 40.000,00 (média = R\$ 8.008,19, mediana = R\$ 6.000,00 e desvio padrão = 6.169,28) (Tabela 4).

Tabela 4. Características sócio-demográficas dos estudantes de medicina

Características	Valor
Idade média (anos) (DP)	22,6 (2,6)
Sexo feminino, n (%)	57,0 (47,5)
Escolaridade, n (%)	
- ensino superior	120,0 (100,0)
- ensino médio	
- ensino fundamental	
Profissional médico na família, n (%)	14,0 (11,7)
Grau de parentesco, n (%)	
- 1º grau	14,0 (11,7)
- 2º grau	
- 3º grau	
- 4º grau	
Vínculo empregatício, n (%)	1,0 (0,8)
Renda familiar (R\$), (mediana)	6.000,00
Religião, n (%)	
- católica	74,0 (61,7)
- evangélica	11,0 (9,2)
- espírita	12,0 (10,0)
- outras	3,0 (2,4)
- nenhuma	20,0 (16,7)
Envolvimento com a Religião, n (%)	
- alto	12,0 (10,0)
- moderado	49,0 (40,8)
- baixo	36,0 (30,0)
- nenhum	21,0 (17,5)
Exercício da medicina, n (%)	
- profissional liberal	63,0 (52,5)
- serviço público	32,0 (26,7)
- empresa privada	13,0 (10,8)
- outros	11,0 (10,0)
Especialidade que pretende, n (%)	
- clínica	36,0 (30,0)
- cirúrgica	34,0 (28,3)
- não sabe	50,0 (41,7)
Escolaridade Pai/ mãe, n (%)	
- superior	76,0 (63,3) / 79,0 (65,8)
- médio	36,0 (30,0) / 31,0 (25,8)
- fundamental	8,0 (6,7) / 10,0 (8,3)
Exposição à doença grave, n (%)	
- familiar	76,0 (63,3)
- pessoal	5,0 (4,2)

4.2.3 Pacientes

A idade dos pacientes variou de 18 a 60 anos (média = 39,51, mediana = 39 e desvio padrão = 11,37). Sessenta e um (50,8%) eram do sexo masculino.

A maioria dos pacientes (107/89,2%) gostaria de retornar ao médico que o encaminhou ao pré- anestésico.

Sessenta e um pacientes (50,8%) cursaram o ensino médio, 34 (28,3%), o ensino fundamental e 25 (20,8%), o ensino superior.

Setenta e três pacientes (60,8%) estavam empregados. A renda familiar variou de R\$ 225,00 a R\$ 6.000,00 (média = R\$ 1.747,49, mediana = R\$ 1.211,00 e o desvio padrão = 1.286,79).

Apenas 19 pacientes (15,8%) relataram ter parentes médicos na família. Destes, em doze (66,7%) o parentesco era de quarto grau.

Sessenta e nove pacientes (57,5%) eram católicos e oito (6,7%) não tinham envolvimento com a religião (Tabela 5).

Tabela 5. Características sócio-demográficas dos pacientes

Características	Valor
Idade média (anos) (DP)	39,5 (11,4)
Sexo feminino, n (%)	59,0 (49,2)
Escolaridade, n (%)	
- ensino superior	25,0 (20,8)
- ensino médio	61,0 (50,8)
- ensino fundamental	34,0 (28,3)
Profissional médico na família, n (%)	18,0 (15,8)
Grau de parentesco, n (%)	
- 1º grau	0,0 (0,0)
- 2º grau	4,0 (22,2)
- 3º grau	2,0 (11,1)
- 4º grau	12,0 (66,7)
Vínculo empregatício, n (%)	73,0 (60,8)
Renda familiar (R\$), (mediana)	1.211,00
Religião, n (%)	
- católica	69,0 (57,5)
- evangélica	32,0 (26,7)
- espírita	7,0 (5,8)
- outras	8,0 (6,7)
- nenhuma	4,0 (3,3)
Envolvimento com a Religião, n (%)	
- alto	25,0 (20,8)
- moderado	61,0 (50,8)
- baixo	26,0 (21,7)
- nenhum	8,0 (6,7)
Retorno ao médico, n (%)	107,0 (89,2)

4.3 Propriedades psicométricas

4.3.1 Qualidade dos dados

4.3.1.1 Dados perdidos

Dos participantes, apenas um estudante não respondeu um item do domínio *cuidar* (item 11) da EOMP. A taxa de dados perdidos foi de 0,28%.

4.3.1.2 Efeito piso e efeito teto

O efeito piso foi observado nos itens 17 (11,66%) e 18 (11,66%) respondidos pelos residentes e no item 17 (11,66%), pelos estudantes. A maioria dos itens, exceto os itens 04 (3,33%) e 17 (2,50%), respondidos pelos pacientes apresentaram efeito piso (Tabela 5).

O efeito teto foi detectado na maioria dos itens respondidos pelos residentes, estudantes e pacientes, exceto em três itens (10, 17 e 18), dois (10 e 18) e em um (15), respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6. Efeito piso e efeito teto dos itens da EOMP para cada categoria.

Itens	Efeito piso n (%)			Efeito teto n (%)		
	R	E	P	R	E	P
01	3 (2,50)	3 (2,50)	26 (21,66)	13 (10,83)	29 (24,16)	35 (29,16)
02	5 (4,16)	0 (0,00)	20 (16,66)	21 (17,50)	54 (45,00)	36 (30,00)
03	2 (1,66)	2 (1,66)	31 (25,83)	34 (28,33)	44 (36,66)	28 (23,33)
04	3 (2,50)	1 (0,83)	4 (3,33)	71 (59,16)	67 (55,83)	87 (72,50)
05	8 (6,66)	4 (3,33)	49 (40,83)	25 (20,83)	33 (27,50)	22 (18,33)
06	0 (0,00)	1 (0,83)	14 (11,66)	93 (77,50)	90 (75,00)	84 (70,00)
07	0 (0,00)	1 (0,83)	18 (15,00)	102 (85,00)	107 (89,16)	63 (52,50)
08	10 (8,33)	9 (7,50)	19 (15,83)	13 (10,83)	26 (21,66)	31 (25,83)
09	12 (10,00)	7 (5,83)	28 (23,33)	29 (24,16)	42 (35,00)	42 (35,00)
10	11 (9,16)	6 (5,00)	20 (16,66)	10 (8,33)	05 (4,16)	53 (44,16)
11	3 (2,50)	3 (2,50)	15 (12,50)	55 (45,83)	70 (58,33)	78 (65,00)
12	4 (3,33)	6 (5,00)	32 (26,66)	16 (13,33)	27 (22,50)	28 (23,33)
13	1 (0,83)	3 (2,50)	15 (12,50)	59 (49,16)	79 (65,83)	48 (40,00)
14	2 (1,66)	6 (5,00)	23 (19,16)	34 (28,33)	31 (25,83)	52 (43,33)
15	6 (5,00)	4 (3,33)	52 (43,33)	18 (15,00)	35 (29,16)	10 (8,33)
16	0 (0,00)	1 (0,83)	16 (13,33)	80 (66,66)	106 (88,33)	82 (68,33)
17	14 (11,66)	14 (11,66)	3 (2,50)	12 (10,00)	13 (10,83)	79 (65,83)
18	14 (11,66)	10 (8,33)	43 (35,83)	11 (9,16)	09 (7,50)	21 (17,50)

4.3.2 Confiabilidade

4.3.2.1 Confiabilidade teste-reteste

Os coeficientes de correlação intraclasse verificados foram: 0,670 ($p = 0,000$) (amostra total); 0,731 ($p = 0,000$) (residentes); 0,731 ($p = 0,000$) (estudantes) e 0,515 ($p = 0,000$) (pacientes) (Tabela 7).

Tabela 7. Variáveis do Teste-reteste: Coeficiente Correlação Intraclasse (CCI)

Categoria	CCI	Intervalo Confiança (IC- 95%)	p-valor
Residente	0,731	0,649 - 0,794	0,000
Estudante	0,731	0,649 - 0,794	0,000
Paciente	0,516	0,368 - 0,630	0,000
Total	0,670	0,616 - 0,718	0,000

4.3.2.2 Confiabilidade da consistência interna

Os coeficientes alfa *Cronbach* verificados foram: 0,605 (amostra total) (domínio *cuidar* = 0,462; *compartilhar* = 0,494), 0,554 (residentes, total), 0,596 (estudantes, total) e 0,503 (pacientes, total) (Tabela 8).

Tabela 8. Coeficiente Alfa *Cronbach* total, domínios *compartilhar* e *cuidar* da EOMP nas três categorias: médico residente, estudante de medicina e paciente

Categoria	Total	Cuidar	Compartilhar	Intervalo de Confiança (IC 95%)	p- valor
Residente	0,554	0,220	0,575	0,428- 0,662	0,000
Estudante	0,596	0,470	0,516	0,482- 0,695	0,000
Paciente	0,503	0,480	0,298	0,364- 0,624	0,000
Total	0,605	0,462	0,494	0,543- 0,662	0,000

4.3.3 Análise fatorial

4.3.3.1 Análise fatorial exploratória

Antes da realização das análises fatoriais foi observada a ausência de normalidade na distribuição dos dados da amostra ($p < 0,01$) pelo teste de *Lilliefors*.

Na análise fatorial exploratória, o valor do determinante da matriz de correlação foi diferente de zero (0,091), o teste de esfericidade de Bartlett de 842,441 ($df = 153$; $p = 0,000$) e o índice KMO de 0,716. A análise dos componentes principais com a presença de dois fatores (critério *a priori*) explicou 26,82% da variância total (17,73% para o primeiro fator – domínio *cuidar*). Os itens 02 e 14 apresentaram carga fatorial maior no domínio *compartilhar* (0,397 e 0,353, respectivamente) do que no seu domínio (*cuidar*) (0,118 e 0,070, respectivamente). A carga fatorial foi menor que 0,3 no item 09 (fator 1 = 0,125 e fator 2 = -0,020) e maior que 0,3 nos itens 13 (fator 1 = 0,609 e fator 2 = -0,351) e 15 (fator 1 = 0,446 e fator 2 = 0,379) nos dois fatores (Tabela 9).

Tabela 9. Análise factorial exploratória (cargas fatorais e comunalidades) e análise descritiva dos itens da EOMP

Domínio/ Itens		Fator 1	Fator 2	Comunalidades	Média	DP	Assimetria
Cuidar	02	,147	,385	,193	4,03	1,53	-0,42
	03	,457	,115	,243	4,27	1,62	-0,57
	06	,720	-,063	,504	4,14	1,65	-0,48
	07	,728	,075	,557	5,35	1,09	-2,16
	11	,326	,207	,177	3,76	1,79	-0,25
	13	,609	-,351	,408	5,46	1,21	-2,65
	14	,032	,352	,130	5,39	1,33	-2,38
	16	,679	,049	,476	3,79	1,60	-0,19
	17	-,413	-,116	,204	4,10	1,78	-0,49
Compartilhar	01	,198	,316	,164	3,67	1,61	-0,02
	04	-,018	,435	,187	5,03	1,47	-1,58
	05	,166	,532	,346	4,09	1,61	-0,66
	08	-,060	,539	,282	5,04	1,39	-1,68
	09	,129	-,033	,016	4,41	1,59	-0,82
	10	-,083	,340	,111	3,64	1,72	-0,18
	12	,060	,454	,221	5,56	1,22	-2,73
	15	,411	,342	,342	4,11	1,63	-0,38
	18	-,134	,529	,269	3,24	1,65	0,19

Método de extração: análise de componente principal. Método de rotação: *Oblimin* com normalização Kaiser.

Rotação convergiu em 8 iterações. Fator 1: domínio cuidar; fator 2: domínio compartilhar; DP: desvio padrão.

4.3.3.2 Análise factorial confirmatória

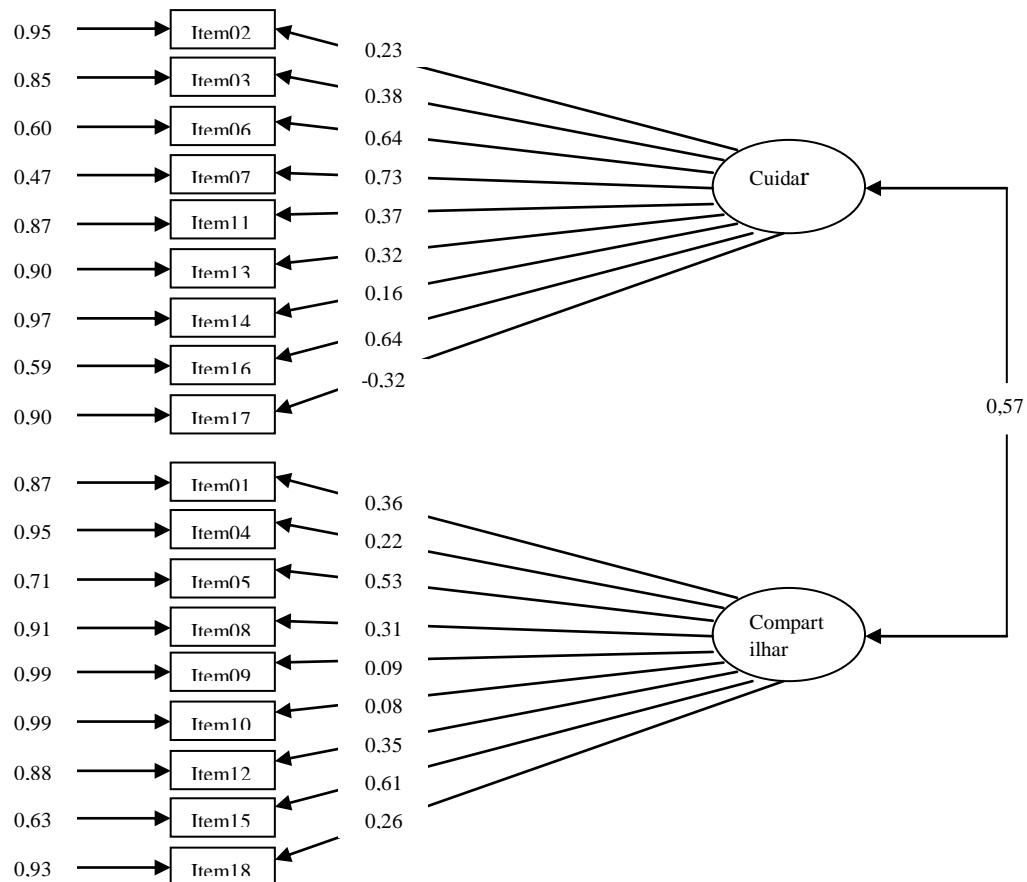
Na análise factorial confirmatória (AFC), os resultados de ajustamento global do modelo demonstraram $X^2 = 313,25$, $p = 0,00$; $df = 134$; $X^2 / df = 2,33$; $GFI = 0,91$; $AGFI = 0,89$; $CFI = 0,84$; $NNFI = 0,81$; $RMSEA = 0,062$ (IC 90% = 0,053-0,070; $p = 0,016$) e $SRMR = 0,065$. A correlação entre os fatores foi 0,57 ($p = 0,000$) (Tabela10 e Figura 7).

Tabela 10. Índices de ajuste global da AFC para o modelo fatorial hipotetizado da EOMP

Modelo	2 fatores (18 itens)	Nível de ajuste mínimo recomendados
χ^2	313,25	$2 df < \chi^2 \leq 3df$
p value	0,00	$0,01 \leq p \leq 0,05$
df	134	
χ^2 / df	2,33	$2 < \chi^2 / df \leq 3$
GFI	0,91	$> 0,90$
$AGFI$	0,89	$> 0,85$
CFI	0,84	$> 0,90$
$NNFI$	0,81	$> 0,90$
$SRMR$	0,065	$0,05 < SRMR \leq 0,10$
$RMSEA$ (90% CI)	0,062 (0,052-0,070)	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$ (Próximo $RMSEA$)
P value ($RMSEA < 0,05$)	0,016	$0,05 \leq p \leq 0,10$

χ^2 = chi-square, χ^2/df = ratio of chi-square to degrees of freedom, GFI = Goodness Fit Index, $AGFI$ = Adjusted Goodness-of-Fit Index, CFI = Comparative Fit Index, $NNFI$ = Non-Normed Fit Index, $RMSR$ = Standardized Root Mean Squared Residual, $RMSEA$ = Root Mean Square Error of Approximation (90% confidence interval)

Figura 7. Diagrama do modelo fatorial hipotetizado para EOMP



$$\chi^2=316,13, df=134, p=0,00000; RMSEA=0,062$$

5 DISCUSSÃO

A tradução, a adaptação cultural e a validação dos instrumentos de medida das variáveis físicas e psicossociais, de forma confiável e válida, devem ser objeto de investigação em Ciências da Saúde. Esses procedimentos, ao oferecer padronização das medidas, asseguram sua aplicação na população de interesse e permite comparar pesquisas (como, por exemplo, ensaios clínicos) realizadas em diversos países e culturas (FACHADO et al., 2007).

O presente estudo traduziu e adaptou culturalmente a *Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)*, bem como verificou que a sua versão brasileira é confiável e válida. Embora esse instrumento já tivesse sido traduzido e aplicado anteriormente nos estudantes de medicina da UFMG (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007), sua adaptação cultural e suas propriedades psicométricas não haviam sido testadas.

Os instrumentos de pesquisa necessitam ser culturalmente aceitáveis e apropriadamente traduzidos para serem validados. No entanto, não há uma metodologia de tradução que possa ser considerada como “padrão ouro” (ACQUADRO et al., 2008). O processo de tradução, utilizado neste estudo, seguiu normas internacionais de tradução, preconizadas por Eremenco, Cella e Arnold (2005) e Beaton et al. (2000), que contemplam os princípios gerais que devem ser observados na tradução de escalas em pesquisas transculturais, sobretudo a instituição de técnicas combinadas de tradução (CHA; KIM; ERLEN, 2007) que incluem múltiplas etapas com a finalidade de manter a melhor equivalência de conteúdo e semântica entre o instrumento original e o traduzido.

Com o objetivo de conferir maior autenticidade e credibilidade ao processo de tradução, foi aplicada a técnica *Delphi* na etapa de revisores independentes, como um instrumento de apoio na tomada de decisão, pois a mesma permite um processo estruturado de comunicação em grupo com a participação de *experts* em tradução; e também leva em conta a superioridade da opinião do grupo sobre a do indivíduo e a preferência da opinião particular (autêntica e isentas de influências externas) sobre confrontação face a face (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000, HSU; SANDFORD, 2007). A apresentação dos resultados, por meio da média e do desvio padrão em cada rodada, possibilitou uma análise dinâmica das opiniões e concordâncias ao longo do processo, e não apenas o critério da porcentagem (80%) pré-estabelecida para a decisão final (GREATOREX; DEXTER, 2000).

Os critérios pré-estabelecidos para a finalização utilizados no processo *Delphi*, a partir da segunda rodada, estão em conformidade com os sugeridos na literatura. Sumsion (1998) recomenda 70% de concordância entre os respondentes, Green et al. (1999), 80% e Keeney, Hasson e McKenna (2006), no mínimo 75%. Crisp et al. (1997) sugerem que a estabilidade das respostas por meio de uma série de rodadas é o indicador mais confiável de consenso.

Além disso, um número maior que quatro rodadas não é aconselhável, em virtude de restrições de tempo, e pelo fato de não serem observadas, em geral, mudanças significativas de opinião nas rodadas posteriores. Os itens que apresentaram 100% de concordância na primeira rodada não foram considerados no processo *Delphi* (GIOVINAZZO, 2001).

Uma abordagem analítica acessível foi utilizada por meio das representações gráficas da média e desvio padrão para identificar o que acontece entre as rodadas. Os gráficos demonstraram se a opinião do grupo era estável ou mudava entre as rodadas, sugerindo instabilidade na decisão final e se a concordância do consenso existiu completamente na segunda rodada, ou se era alcançado nas duas últimas rodadas como resultado do processo *Delphi*; o que atesta a qualidade e a confiabilidade da decisão final. Por exemplo, na pergunta 09 A, ocorreu estabilidade do consenso da terceira para a quarta rodada (Tabela 2 e Gráfico item tipo G), o que confirma a opinião e a concordância entre os revisores de acordo com suas experiências. Apenas os itens 04 (“Geralmente, é melhor para os pacientes que eles não tenham uma explicação completa de sua condição médica”) e 17 (“Humor é um ingrediente principal do médico no tratamento do paciente”) não atingiram consenso de 80% ou estabilização das opiniões ao final das rodadas. É impossível prever a opinião dos revisores caso houvesse rodadas subsequentes (GREATOREX; DEXTER, 2000).

Na ausência de critérios de concordância universalmente aceitos para selecionar os *experts* e guia de orientação do número mínimo ou máximo de experts no painel do estudo *Delphi* (GIOVINAZZO, 2001; KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006), os revisores atenderam os seguintes requisitos necessários para participar do estudo: interesse no estudo, *expertise* científica, formadores de opinião (HSU; SANDFORD, 2007), vínculo universitário, bilíngues, pertencentes a grupos heterogêneos com diferentes personalidades e perspectivas (POWELL, 2003), habilidades de comunicação efetiva (SKULMOSKI; HARTMAN; KRAHN, 2007) e envolvimento com a população alvo.

Nesse estudo, durante a realização da técnica *Delphi*, nenhum dos revisores optou pela alternativa 01 como a tradução final em nenhum dos itens. Provavelmente isso se deve à preferência dos revisores por uma tradução supostamente livre (fiel ao conteúdo e livre na forma) à uma criativa (livre no conteúdo e na forma).

No pré-teste, as entrevistas retrospectiva e cognitiva procuram assegurar a consistência de conteúdo e validade de face entre as versões original e traduzida da escala (BEATON et al., 2000; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005). As dificuldades de entendimento da versão pré-final da EOMP foram mais frequentes entre os pacientes e resultaram na maioria das modificações realizadas. Isso pode ser explicado por diferenças

sócio-culturais existentes entre os grupos, bem como pelo fato de haver uma menor experiência prévia por parte dos pacientes com questões pertinentes à relação médico-paciente. Foi necessária substituição, na escala *Likert*, da forma descritiva para a numérica, pois os residentes e os pacientes encontraram dificuldade no seu entendimento, o que parece demonstrar pouca familiaridade com esse tipo de escala.

Na análise da qualidade dos dados, a proporção de participantes que responderam à escala foi considerada adequada, indicando cautela e atenção na coleta por parte dos pesquisadores, além de grande aceitabilidade e empenho dos respondentes em participar da pesquisa e preencher a EOMP. O efeito piso e teto foram verificados nas três categorias participantes do estudo, principalmente nos pacientes, e podem ser justificados pela dificuldade no entendimento da escala *Likert*, pela heterogeneidade da população ou pela limitação do instrumento em detectar mudanças sutis dos indivíduos com escores próximos dos extremos (HEALTH..., 2000).

A confiabilidade do teste-reteste, avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse, foi considerada “moderada a boa”, o que confirma a estabilidade temporal da escala (FLEISS, 1986). No estudo de Wahlqvist et al. (2010), a confiabilidade da PPOS foi avaliada pelo teste de linguagem e teste-reteste (coeficiente *Kappa*) e apresentou valores aceitáveis, exceto apenas nos itens 04, 11 e 16.

A confiabilidade da consistência interna determinada pelo coeficiente de alfa *Cronbach* para cada categoria foi considerada adequada nesse estudo (McHORNEY et al., 1994). O resultado foi semelhante aos de Lee et al. (2008) que encontraram valores de α -*Cronbach* de 0,51 para o domínio *cuidar* e 0,61 para o *compartilhar*. Os coeficientes para cada domínio (*cuidar* e *compartilhar*) da amostra apresentaram valores menores que o total. Isso pode ser atribuído à diminuição do número dos itens e sua intercorrelação, bem como da ausência da influência da correlação entre os domínios (CORTINA, 1993; GREEN; LISSITZ; MULAIK, 1977). A categoria *pacientes* apresentou o menor coeficiente, que provavelmente se deve à influência da maior variância atribuída aos sujeitos. As categorias *residentes* e *pacientes* apresentaram coeficientes baixos nos domínios *cuidar* e *compartilhar* respectivamente, que poderá ser imputado à variância atribuída entre os sujeitos e os itens (CORTINA, 1993).

A validade factorial foi utilizada para assegurar que o conteúdo do item e a estrutura factorial correspondente sejam representativos e consistentes com os construtos *cuidar* e *compartilhar* e que a estrutura factorial seja replicável, claramente interpretável e generalizada nas populações relevantes (REISE; WALLER; COMREY, 2000). A

fatorabilidade da matriz de correlação no presente estudo foi confirmada pelo valor do determinante da matriz de correlação diferente de zero, pela significância do teste de esfericidade de Bartlett e pelo bom índice Kaiser-Meyer-Olkin (HAIR et al., 2006, KAHN, 2006).

Na análise fatorial exploratória, os resultados foram similares aos relatados por Krupat et al. (2000). A maioria dos itens apresentou carga fatorial adequada. No fator 1, os itens 06, 07, 13 e 16 e no fator 2, os itens 05, 08 e 18 obtiveram cargas fatoriais maiores que 0,5, representando melhor os respectivos fatores. No entanto, os itens 02 (“Embora a assistência médica seja mais impessoal hoje em dia, este é um pequeno prejuízo em troca dos avanços da medicina”) e 14 (“A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório do médico o mais rápido possível”) obtiveram cargas fatoriais mais altas no fator inconsistente com a classificação *a priori* (*compartilhar* ao invés de *cuidar*) e o item 15 (“O paciente deve estar sempre ciente de que o médico é quem está no comando”) foi considerado fatorialmente complexo. Além disso, o item 09 (“Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder, direitos e deveres semelhantes”) não apresentou associação com os fatores, uma vez que a carga fatorial foi inadequada nos dois domínios. Dificuldades semelhantes foram também relatadas na validação fatorial da versão original e, portanto, não parecem ser devidas a diferenças culturais (KRUPAT; YEAGER; PUTNAM, 2000).

A análise fatorial confirmatória analisou a matriz de correlação e demonstrou que a estrutura do modelo hipotetizado de dois fatores foi concordante com os dados e forneceu um ajuste aceitável com as variáveis observadas. A partir dos dados disponíveis, obteve-se um Qui-quadrado (χ^2) significativo, o que parece refletir o alto grau de sensibilidade ao tamanho da amostra (amostras grandes) e a violação da normalidade, observado mesmo quando o modelo providencia um bom ajuste dos dados (MARSH; BALLA; McDONALD, 1988; KAHN, 2006). Os demais índices de ajuste apresentaram valores aceitáveis (χ^2/df , GFI, AGFI, SRMR e RMSEA) ou próximos (CFI e NNFI) dos recomendados pela literatura (HU; BENTLER, 1999; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003; KAHN, 2006; MARSH; HAU; WEN, 2004; WESTON et al., 2008). Além disso, a correlação entre os fatores verificada neste estudo foi no sentido e na magnitude de resultados anteriores (KRUPAT et al., 1999).

A população deste estudo não apresentou normalidade na distribuição dos dados, portanto, o método da máxima verossimilhança (MV) foi utilizado para estimar os parâmetros da amostra, pois é o recomendado para estudos realizados com amostras pequenas e

moderadas e permite estimativas mais precisas, por ser sensível às violações da normalidade (HAU; MARSH, 2004; OLSSON et al., 2000; SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003; ULLMAN, 2006; WESTON et al., 2008).

Embora as condições de não normalidade possam resultar em aumento da variabilidade das estimativas e viés positivo (o ajustamento do modelo poderia ser melhor do que deveria ser), modelos que utilizam máxima verossimilhança com quatro pares de itens ou oito itens por fator, amostras pequenas e com violação da normalidade quase sempre estimam soluções completamente adequadas e parâmetros não enviesados. Além disso, o ajuste dos itens pode aumentar com o tamanho da amostra [ajustamento pobre (n= 50), marginal ou moderado (n= 250) e bom ou grande (n=1000)] (HAU; MARSH, 2004), pois a distribuição do estimador aproxima-se da distribuição normal (SCHERMELLEH-ENGEL; MOOSBRUGGER; MÜLLER, 2003) e a probabilidade de rejeitar falsamente um modelo aceitável é moderada para amostra pequena e zero para amostra grande (MARSH; HAU; WEN, 2004).

A máxima verossimilhança (MV) com e sem correção da não normalidade tende a ser em geral não somente mais estável, mas também demonstra alta acurácia em termos de ajuste empírico e teórico comparado com outros estimadores (ADF- *Asymptotically distribution free*) (OLSSOM et al., 2000). A utilização da robusta estimação da MV (Satorra-Bentler- S-B χ^2) (SATORRA; BENTLER, 2001), para a correção da não normalidade, diminui a variabilidade da estimativa e o viés positivo, mas necessita relativamente de amostras grandes, no mínimo acima de 400 (BOOMSMA; HOOGLAND, 2001; YANG-WALLENTIN; JÖRESKOG, 2001; YANG-WALLENTIN et al., 2004).

Com o aumento do tamanho da amostra e do número de itens por fator (mínimo 3 a 4 itens por fator), bem como com a correlação dos fatores e altas comunalidades (cargas fatoriais de 0,6 a 0,9), ocorre o aumento da proporção de convergência das soluções fatoriais (ANDERSON; GERBING, 1984; BOOMSMA, 1985, MacCALLUM et al., 1999). A EOMP apresenta número de variáveis por fator adequado (nove variáveis por fator), moderada correlação entre os fatores ($R^2 = 0,57$), mas apenas quatro itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,6. Esse resultado demonstra uma proporção maior da variância específica do que a comum, ou seja, baixas comunalidades. Portanto, é possível que o aumento do número de participantes possa fornecer cargas fatoriais amostrais que permitam estimativas mais precisas das cargas da população estudada (MacCALLUM et al., 1999; REISE; WALLER; COMREY, 2000).

A versão final da EOMP apresentou parâmetros adequados de confiabilidade e aceitáveis de validade, o que indica que a escala parece medir com acurácia aquilo que se propôs. Entretanto, apenas com o uso repetido do instrumento utilizando-se amostras independentes poderá indicar resultados mais consistentes a respeito de sua confiabilidade e validade.

No entanto, convém observar que os resultados obtidos demonstram que o modelo proposto é plausível (e não verdadeiro ou único). A utilização da EOMP, nas diferentes regiões do Brasil, dará continuidade à validação do modelo teórico da escala e de sua estrutura fatorial. E a necessidade de aprimoramento dos itens da escala, levando-se em conta as diferenças culturais existentes entre a população brasileira e norte-americana, assegurará a sensibilidade cultural e as preferências da população brasileira.

6 CONCLUSÃO

A versão em português do Brasil da PPOS se mostrou compreensível e de fácil aplicação. Os resultados demonstraram que o instrumento possui confiabilidade adequada e validade aceitável. A EOMP poderá contribuir para a avaliação e monitorização da atitude de médicos, estudantes de medicina e pacientes na relação profissional frente à operacionalização das estratégias de ensino baseadas nas DCN, voltadas à valorização dos aspectos psicossociais, da comunicação efetiva e das mudanças de comportamento em saúde, buscando sempre a satisfação dos atores envolvidos e redução de custos.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 44-52, 2009. Suplemento 1.

ACQUADRO, C. et al. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Value Health**, Malden, v. 11, p. 509-521, 2008.

ANDERSON, J. C.; GERBING, D. W. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 49, p. 155-173, 1984.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measure. **Spine**, Philadelphia, v. 25, p. 3.186-3.191, 2000.

BENTLER, P. M. Comparative fit indexes in structural models. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 107, p. 238-246, 1990.

BOOMSMA, A. Nonconvergence, improper solutions, and starting values in LISREL maximum likelihood estimation. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 52, p. 345-370, 1985.

BOOMSMA, A.; HOOGLAND, J. J. The robustness of LISREL modeling revisited. In: CUDECK, R.; TOIT, S. DU; SÖRBOM, D. (Ed.). **Structural equation models: Present and future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog**. Chicago: Scientific Software International, 2001. p. 139-168

BRADDOCK, C.; ECKSTROM, E.; HAIDET, P. The “new revolution” in medical education, fostering professionalism and patient-centered communication in the contemporary environment. **Journal of General Internal Medicine**, [Philadelphia], v. 19, p. 610-611, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília, DF, 2001.

BROWNE, M. W.; CUDECK, R. Alternative ways of assessing model fit. In: BOLLEN, K. A.; LONG, J. S. (Org.). **Testing structural equation models**. Newbury Park: Sage, 1993. p. 136-162.

BYRNE, B. M.; SHAVELSON, R. J.; MUTHÉN, B. Testing for the equivalence of factor covariance and mean structures: The issue of partial measurement equivalence. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 105, p. 456-466, 1989.

CARLSEN, B.; AAKVIK, A. Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction. **Health Expectations**, Oxford, v. 9, n. 2, p. 148-157, 2006.

CHA, E.-S.; KIM, K. H.; ERLEN, J. A. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, p. 386-395, 2007.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

COLARES, M. F. A. et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 194-203, 2002.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha: An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 78, p. 98-104, 1993.

CRAMER, J. A. Principles of Health-related Quality of Life: Assessment in Clinical Trials. **Epilepsia**, New York, v. 43, p. 1.084-1.095, 2002.

CRISP, J. et al. The Delphi method? **Nursing Research**, New York, v. 46, p. 116-118, 1997.

CVENGROS, J. A. et al. Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. **Annals of Behavioral Medicine**, Mahwah, v. 33, n. 3, p. 262-268, 2007.

CVENGROS, J. A. et al. Patient preference for and reports of provider behavior: impact of symmetry on patient outcomes. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 28, n. 6, p. 660-667, 2009.

DALKEY, N. C.; HELMER, O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Management Science**, Providence, v. 9, n. 3, p. 458-467, 1963.

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, New York, v. 196, p. 129-135, 1977.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation & the Health Professions**, London, v. 28, n. 2, p. 212-232, 2005.

FACHADO, A. A. et al. [Cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)]. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, p. 525-533, 2007.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FLEISS, J. L. **The design and analysis of clinical experiments**. New York: John Wiley & Sons, 1986.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1.923-1.958, 2010.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001.

GREATOREX, J.; DEXTER, T. An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, p. 1.016-1.024, 2000.

GREEN, S. B.; LISSITZ, R. W.; MULAIK, S. A. Limitations of coefficient alpha as an index of test unidimensionality. **Educational and Psychological Measurement**, Durhan, v. 37, p. 827-838, 1977.

GREEN, B. et al. Applying the Delphi technique in a study of GP's information requirements. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 198-205, 1999.

GUYATT, G. H. et al. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life: evidence-based medicine working group. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 277, n. 15, p. 1.232-1.237, Apr. 1997.

HAIDET, P. et al. Medical students': attitudes toward the doctor-patient relationship. **Medical Education**, Oxford, v. 36, n. 6, p. 568-574, 2002.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, 2006.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, p. 1.008-1.015, 2000.

HAU, K.; MARSH, H. W. The use of item parcels in structural equation modeling: Non-normal data small sample sizes. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, London, v. 57, p. 327-351, 2004.

HEALTH outcomes methodology symposium. Glossary. **Medical Care**, Philadelphia, v. 38, n. 9, p. 7-13, 2000. Supplement 2.

HSU, C. C.; SANDFORD, B. A. The Delphi technique: Making sense of consensus. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, [s.l.], v. 12, n. 10, p. 1-8, 2007.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, Hillsdale, v. 6, p. 1-55, 1999.

HUNG, H.-L.; ALTSCHULD, J. W.; LEE, Y.-F. Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. **Evaluation and Program Planning**, New York, v. 31, p. 191-198, 2008.

IACOBUCCI, D.; DUHACHEK A. Advancing Alpha: Measuring Reliability with Confidence. **Journal of Consumer Psychology**, Hillsdale, v. 13, n. 4, p. 478-487, 2003.

JORESKOG, K. G. Testing structural equation models. In: BOLLEN, K. A.; LONG, J. S. (Ed.). **Testing structural equation models**. Newbury Park: Sage Publications, 1993. p. 294-316.

KAHN, J. H. Factor analysis in counseling psychology research, training, and practice: Principles, advances, and applications. **Counseling Psychologist**, Newbury Park, v. 34, p. 684-718, 2006.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 53, n. 2, p. 205-212, 2006.

KELLEY, K.; LAI, K. Accuracy in Parameter Estimation for the Root Mean Square Error of Approximation: Sample Size Planning for Narrow Confidence Intervals. **Multivariate Behavioral Research**, Mahwah, v. 46, p. 1-32, 2011.

KRUPAT, E. The practice orientations of doctors and patients. The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. **Patient Education and Counselling**, Limerick, v. 39, p. 49-59, 2000.

KRUPAT, E.; YEAGER, C. M.; PUTNAM, S. Patient role orientations, doctor-patient fit and visit satisfaction. **Psychology & Health**, Chur, v. 15, p. 707-719, 2000.

KRUPAT, E. et al. Patient-centredness and its correlates among first-year medical students. **Thw International Journal of Psychiatry in Medicine**, Farmingdale, v. 29, p. 347-356, 1999.

KRUPAT, E. et al. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. **Journal of Family Practice**, Montvale, v. 50, p. 1.057-1.062, 2001.

LAMPERT, J. B. et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 5-18, 2009. Suplemento 1.

LEE, K. H. et al. Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. **Medical Education**, Oxford, v. 42, n. 1, p. 1.092-1.099, 2008.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. Introduction. In: LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. (Ed.). **The Delphi method: Techniques and applications**. Reading: Addison-Wesley Publishing Company, 1975. p. 3-12.

LITTLE, P. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care : observational study. **BMJ**: British Medical Journal, London, v. 322, p. 1-7, 2006.

MacCALLUM, R. C.; BROWNE, M. W.; SUGAWARA, H. M. Power analysis and determination of sample size in covariance structure modeling. **Psychological Methods**, [s.l.], v. 1, p. 130-149, 1996.

MacCALLUM, R. C. et al. Sample size in factor analysis. **Psychological Methods**, [s.l.], v. 4, p. 84-99, 1999.

MARSH, H. W.; BALLA, J. R.; McDONALD, R. P. Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 103, p. 391-410, 1988.

MARSH, H. W.; HAU, K. T.; WEN, Z. In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's findings. **Structural Equation Modeling**, Hillsdale, v. 11, p. 320-341, 2004.

MARTINO, J. P. **Technological forecasting for decision making**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1993.

McGRAW, K. O.; WONG, S. P. Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. **Psychological Methods**, [s.l.], v. 1, p. 30-46, 1996.

McHORNEY, C. A. et al. The MOS 36 item short-form healthy survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. **Medical Care**, Philadelphia, v. 32, n. 1, p. 40-66, 1994.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 51, p. 1.087-1.110, 2000.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E. & ONOKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 104-110, 2009. Suplemento 1.

MOORE, M. What do Nepalese medical students and doctors think about patient-centred communication? **Patient Education and Counselling**, Limerick, v. 76, p. 38-43, 2009.

MOORE, M. What does patient-centred communication mean in Nepal? **Medical Education**, Oxford, v. 42, p. 18-26, 2008.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 262-270, 2009.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OLSSON, U. H. et al. The performance of ML, GLS, and WLS estimation in structural equation modeling under conditions of misspecification and nonnormality. **Structural Equation Modeling**, Hillsdale, v. 7, p. 557-595, 2000.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PASQUALI, L. Validade dos testes. In: PASQUALI, L. **Psicometria**. Teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 158-191.

PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 229-236, 2011.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 41, n. 4, p. 376-382, 2003.

RIBEIRO, M. M. F. **Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico**. 2006. 116f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-7, 2008.

RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, Basingstoke, v. 29, p. 204-208, 2007.

REISE, S. P.; WALLER, N. G.; COMREY, A. L. Factor analysis and scale revision. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 12, p. 287-297, 2000.

ROTER, D. L. et al. Communication patterns of primary care physicians. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v. 277, n. 4, p. 350-356, 1997.

ROWE, G.; WRIGHT, G. The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. **International Journal of Forecasting**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 353-375, 1999.

RUPERTO, N. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Pisa, v. 19, p. S1-9, 2001.

SATORRA, A.; BENTLER, P. M. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 66, n. 4, p. 507-514, 2001.

SCHERMELLEH-ENGEL, K.; MOOSBRUGGER, H.; MÜLLER, H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. **Methods of Psychological Research**, [Frankfurt, v. 8, p. 23-74, 2003.

SIBILLE, K.; GREENE, A.; BUSH, J. P. Preparing Physicians for the 21st Century: Targeting Communication Skills and the Promotion of Health Behavior Change. **Annals of Behavioral Science and Medical Education**, McLean, v. 16, n. 1, p. 7-13, 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafio e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SKULMOSKI, G. J.; HARTMAN, F. T.; KRAHN, J. The Delphi method for graduate research. **Journal of Information Technology Education**, [s.l.], v. 6, p. 1-21, 2007.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-69, 2009. Suplemento 1.

STEIGER, J. H. Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. **Multivariate Behavioral Research**, Mahwah, v. 25, n. 2, p. 173-180, 1990.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **Journal of Family Practice**, Montvale, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

STREET, R. L. et al. Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. **Journal of General Internal Medicine**, [Philadelphia], v. 18, p. 609-616, 2003.

SUMSION, T. The Delphi technique: an adaptive research tool. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v. 61, n. 4, p. 153-156, 1998.

TSIMTSIOU, Z. et al. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. **Medical Education**, Oxford, v. 41, p. 146-153, 2007.

TUCKER, L. R.; LEWIS, C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 38, n. 1, p. 1-10, 1973.

ULLMAN, J. B. Structural equation modeling: Reviewing the basics and moving forward. **Journal of Personality Assessment**, Hillsdale, v. 87, p. 35-50, 2006.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WAHLQVIST, M. et al. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. **Medical Teacher**, Basingstoke, v. 32, p. e191-e193, 2010.

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. **Journal of Strength and Conditioning Research**, Colorado Springs, v. 19, n. 1, p. 231-240, 2005.

WESTON, R.; GORE, P. A. A brief guide to structural equation modeling. **Counseling Psychologist**, Newbury Park, v. 34, p. 719-751, 2006.

WESTON, R. et al. An introduction to using structural equation models in rehabilitation psychology. **Rehabilitation Psychology**, New York, v. 53, n. 3, p. 340-356, 2008.

WOLOSCHUK, W. et al. Attitude change during medical school: a cohort study. **Medical Education**, Oxford, v. 38, n. 5, p. 522-534, 2004.

WONG, L.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 5-26, 2006.

YANG-WALLENTIN, F.; JÖRESKOG, K. G. Robust standard errors and chi-squares for interaction models. In: MARCOULIDES, G. A.; SCHUMACKER, R. E. (Ed.). **New developments and techniques in structural equation modeling**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2001. p. 159-171.

YANG-WALLENTIN, F. et al. Is There Any Interaction Effect Between Intention and Perceived Behavioral Control? **Methods of Psychological Research Online**, [Koblenz-Landau], v. 8, n. 2, p. 127-157, 2004.

ZANDBELT, L. C. et al. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. **Medical Care**, Philadelphia, v. 45, n. 4, p. 330-339, 2007. PubMed: 17496717.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação cultural e validação da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira com a finalidade de avaliar a atitude do paciente a respeito da relação médico-paciente. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a dois questionários: um sobre a sua atitude a respeito da relação médico-paciente (Escala de orientação médico-paciente-PPOS) e outro referente a dados sócio-demográficos relacionados a você (Questionário sócio-demográfico).

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente do seu atendimento médico na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do paciente a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do paciente na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

A2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudante de medicina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação cultural e validação da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira com a finalidade de avaliar a atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a dois questionários: um sobre a sua atitude a respeito da relação médico-paciente (Escala de orientação médico-paciente- PPOS) e outro referente a dados sócio-demográficos relacionados a você (Questionário sócio-demográfico).

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente de suas atividades curriculares na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do estudante de medicina na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

A3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o médico residente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa de tradução, adaptação cultural e validação da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira com a finalidade de avaliar a atitude do médico residente a respeito da relação médico-paciente. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a dois questionários: um sobre a sua atitude a respeito da relação médico-paciente (Escala de orientação médico-paciente- PPOS) e outro referente a dados sócio-demográficos relacionados a você (Questionário sócio-demográfico).

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente de suas atividades do Programa de Residência Médica na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do médico residente a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do médico na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

A4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista retrospectiva e cognitiva – paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma entrevista para avaliar se você, ao responder a versão brasileira da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS), apresentou dificuldade de interpretação, se observou itens irrelevantes ou ofensivos e tópicos que gostaria que fossem acrescentados. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a essa entrevista para que possamos detectar problemas de interpretação e providenciar alternativas de tradução dessa escala.

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente do seu atendimento médico na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do paciente a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do paciente na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

A5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista retrospectiva e cognitiva - estudante de medicina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma entrevista para avaliar se você, ao responder a versão brasileira da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS), apresentou dificuldade de interpretação, se observou itens irrelevantes ou ofensivos e tópicos que gostaria que fossem acrescentados. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a essa entrevista para que possamos detectar problemas de interpretação e providenciar alternativas de tradução dessa escala.

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente de suas atividades curriculares na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do estudante de medicina na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

A6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a entrevista retrospectiva e cognitiva - médico residente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convite à participação de um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar de uma entrevista para avaliar se você, ao responder a versão brasileira da escala americana de orientação médico-paciente (PPOS), apresentou dificuldade de interpretação, se observou itens irrelevantes ou ofensivos e tópicos que gostaria que fossem acrescentados. Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a essa entrevista para que possamos detectar problemas de interpretação e providenciar alternativas de tradução dessa escala.

Gostaríamos de esclarecer que não haverá riscos para você nesta pesquisa, pois sua participação é voluntária, sem qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro, independentemente de suas atividades do Programa de Residência Médica na instituição que em nada serão influenciados caso você não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os benefícios da pesquisa consistem em obtermos uma escala que avalia a atitude do médico residente a respeito da relação médico-paciente, adaptada e válida a nossa cultura, para que possamos orientar medidas que aumentem a satisfação do médico na relação médico-paciente com menor custo para o sistema de saúde e para o paciente.

Se você quiser fazer alguma pergunta antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la e a qualquer momento poderá desistir de participar do projeto sem nenhum prejuízo para você.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

O pesquisador responsável por este projeto é o Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, Professor Permanente e Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa instituição.

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a Dra Cláudia Maria Alves da Silva Pereira ou Dr. Carlos Henrique Martins da Silva na secretaria do Programa de Pós-Graduação: Av. Pará 1720, bloco H, Campus Umuarama – Uberlândia- MG, CEP: 38405- 320. Telefone: 34- 3218-2389. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia- MG, CEP: 38408- 100. Telefone: 34- 3239- 4131.

Uberlândia, de..... de 20....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APENDICE B - Questionário sócio-demográfico

B1 - Questionário sócio-demográfico para o estudante de medicina

Este questionário contém algumas perguntas sobre você, suas atividades e escolhas em relação à medicina. Assinale a alternativa correta em cada item:

- 1- Ano que você está cursando: () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º () 6º Período:.....
- 2- Idade 3- Sexo: () Masculino () Feminino
- 4- Instituição a que pertence: () UFMG () UFU
- 5- Renda Familiar em Reais:
- 6- Procedência (onde você morava antes de estudar medicina): Estado:.....
- 7- Possui bolsa de estudo () Sim () Não Se sim, especificar:
- 8- Experiência com doença grave pessoal () Sim () Não
- 9- Experiência com doença grave na família () Sim () Não
- 10- Tem alguma atividade artística (Exemplo: faz pinturas, faz teatro, toca instrumento musical, , escreve poesias, versos, contos, etc) () Sim () Não
- 11- Escolaridade do pai () Fundamental () Médio () Superior
- 12- Escolaridade da mãe () Fundamental () Médio () Superior
- 13- Pai ou mãe médicos () Sim () Não
- 14- Estágios extracurriculares () Sim () Não
- 15- Atividade de iniciação científica () Sim () Não
- 16- Especialidade pretendida após a formatura :
 () Área clínica. Especificar
 () Área cirúrgica . Especificar
 () Outras . Especificar
 () Não sei
- 17- Pretende exercer a medicina **principalmente** como:
 () profissional liberal
 () emprego em serviço público
 () emprego em empresa privada
 () outra modalidade Especifique
- 18- Está empregado no momento? () Sim () Não
- 19- Religião a que pertence:
 () Católica () Afro-brasileira
 () Evangélica () Judaísmo
 () Espírita () Outras _____
 () Budismo () Nenhuma
 () Ortodoxa
- 20- Grau de envolvimento com religião:
 () Nenhum
 () Baixo
 () Moderado
 () Alto

B2 - Questionário sócio-demográfico para o médico residente

Este questionário apresenta algumas perguntas sobre você e sua escolaridade. Por favor, responda os quesitos:

1. Idade: _____
2. Sexo: () F () M
3. Ano de residência: R1 () R2 () R3 () R4 ()
4. Instituição a que pertence: () UFMG () UFU
5. Na sua família existe algum profissional médico?
() Sim () Não Grau de parentesco: _____
6. Está empregado no momento? () Sim () Não
7. Renda familiar em Reais: _____
8. Religião a que pertence:
() Católica () Afro-brasileira
() Evangélica () Judaísmo
() Espírita () Outras _____
() Budismo () Nenhuma
() Ortodoxica
9. Grau de envolvimento com religião:
() Nenhum () Baixo
() Moderado () Alto
10. Especialidade que está cursando:
() Acupuntura
() Anestesiologia
() Cirurgia Geral
() Clínica Médica
Especialidades cirúrgicas () Cir. Cabeça e PESCOÇO () Cirurgia Plástica
() Cirurgia Vascular () Ginecologia e obstetrícia
() Neurocirurgia () Otorrinolaringologia
() Ortopedia e traumatologia () Oftalmologia
() Urologia
Especialidades Clínicas () Cardiologia () Dermatologia
() Endocrinologia () Gastroenterologia
() Infectologia () Neurologia
() Pneumologia () Pediatria
() Psiquiatria () Medicina Intensiva
() Generalista ou Saúde da Família () Homeopatia
() Medicina Social - incluindo gerenciamento e administração
() Métodos Diagnósticos () Patologia Clínica
() Radiologia e Diagnóstico por imagem
() Outros. Especificar _____ () Não sei
11. Pretende exercer a medicina **principalmente** como:
() profissional liberal
() emprego em serviço público
() emprego em empresa privada
() outra modalidade Especifique

B3 - Questionário sócio-demográfico para o paciente

Este questionário apresenta algumas perguntas sobre você e sua escolaridade. Por favor, responda os quesitos:

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: ()F ()M
- 3) Escolaridade: () Fundamental
() Médio
() Superior
- 4) Instituição a que pertence: () UFMG () UFU
- 5) Você gostaria de voltar ao médico que lhe encaminhou ao pré-anestésico?
() Sim () Não
- 6) Na sua família existe algum profissional médico?
() Sim () Não Grau de parentesco: _____
- 7) Está empregado no momento? () Sim () Não
- 8) Renda familiar em Reais: _____
- 9) Religião a que pertence:
() Católica () Afro-brasileira
() Evangélica () Judaísmo
() Espírita () Outras _____
() Budismo () Nenhuma
() Ortodoxica
- 10) Grau de envolvimento com religião:
() Nenhum
() Baixo
() Moderado
() Alto

APÊNDICE C – Convite aos revisores independentes

Projeto de pesquisa: Tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico-paciente (EOMP) para a cultura brasileira.

Estamos convidando você a participar do processo de tradução, adaptação cultural e validação da escala de orientação médico- paciente (EOMP) para obtenção da versão final dessa escala.

Nesta etapa de revisão, serão analisados conjuntamente a tradução, a reconciliação, a retro-tradução, a versão original e os comentários do autor, com o principal propósito de avaliar a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre a escala original e a retro-tradução.

Durante esta etapa do processo de tradução, os participantes (lingüistas e médicos) receberão todos os itens da escala referentes aos processos anteriores para se obter um consenso através da aplicação de questionários, que serão repassados até que seja obtida uma convergência de respostas que represente uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo (Técnica Delphi).

A técnica Delphi baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, tendo como características essenciais o anonimato dos participantes, a representação estatística da distribuição de resultados e o feedback de respostas do grupo para a reavaliação das rodadas subsequentes.

Os questionários são elaborados pelos coordenadores, com questões fechadas e abertas, os quais estão sendo enviados aos participantes que deverão respondê-los de forma independente, preservando o anonimato e encaminhá-los aos coordenadores em um prazo máximo de dez dias.

Após o recebimento, os coordenadores avaliarão as respostas das questões que receberão análises estatísticas simples e os resultados serão devolvidos aos participantes juntamente com o questionário da 2^a rodada, para que os participantes possam avaliar as suas respostas de acordo com o resultado do grupo e assim sucessivamente até que seja atingido o consenso entre os respondentes, perfazendo o máximo de três rodadas.

A participação efetiva dos envolvidos neste processo de revisão é de suma importância para a validação da escala.

Ao término do processo de tradução, todos os envolvidos conecerão o resultado final da sua contribuição nesta metodologia interativa de consenso.

Obrigada por participar deste projeto.

Os Coordenadores.

Cláudia Maria Alves da Silva Pereira- claudia.masp@hotmail.com- (34) 9971 3493

Helena Borges Martins da Silva Paro- helenaparo@terra.com.br- (34) 9662 3734

APÊNDICE D - Escala de Orientação Médico- Paciente

EOMP

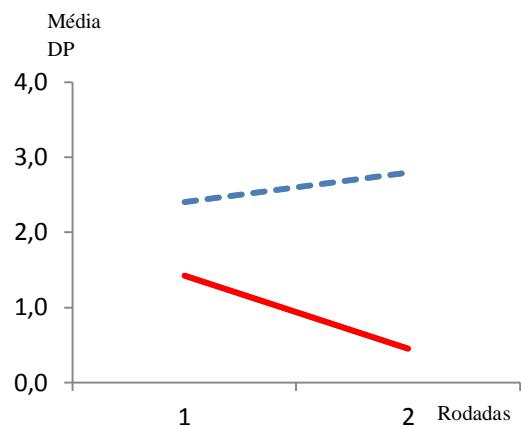
As afirmações abaixo referem-se a crenças que as pessoas possam ter a respeito de médicos, pacientes e assistência médica. Leia cada item e depois marque o **círculo** que indica o quanto **você** concorda ou discorda de cada um. O número 6 indica discordância total e o número 1 indica concordância total.

APÊNDICE E - Representação gráfica da opinião (média) e concordância (desvio padrão) entre os revisores de cada item em cada rodada da EOMP no estudo *Delphi*

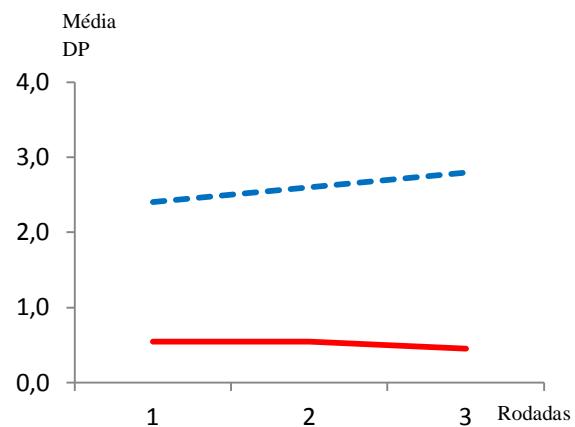
Gráficos de itens tipo A (opinião estável e concordância estável), = média e = DP (desvio padrão)

Gráficos de itens tipo A

Item 02



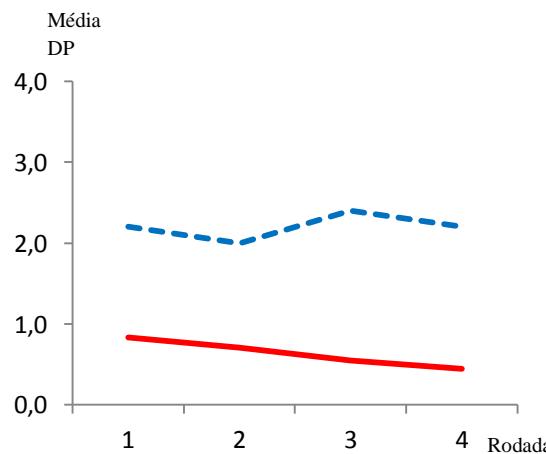
Item 03



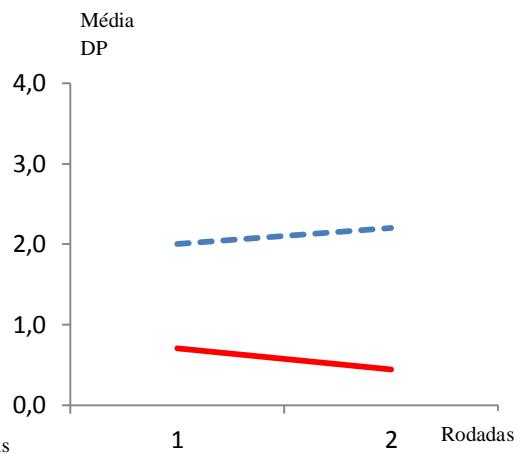
Gráficos de itens tipo B (opinião estável com crescimento para moderada concordância), = média e = DP

Gráficos de itens tipo B

Item 05



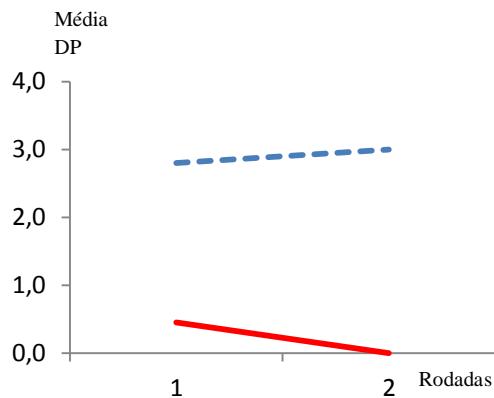
Item 06



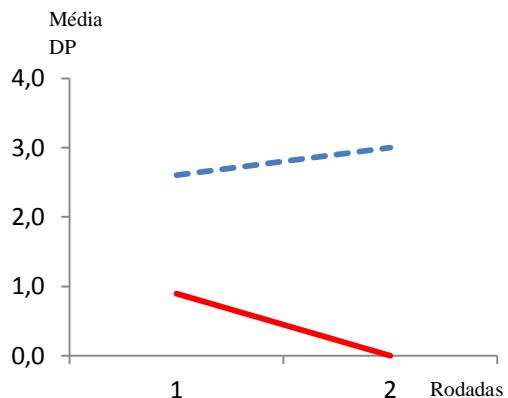
Gráficos de itens tipo C (opinião estável com crescimento para forte concordância), $\text{---} =$ média e $\text{—} =$ DP

Gráficos de itens tipo C

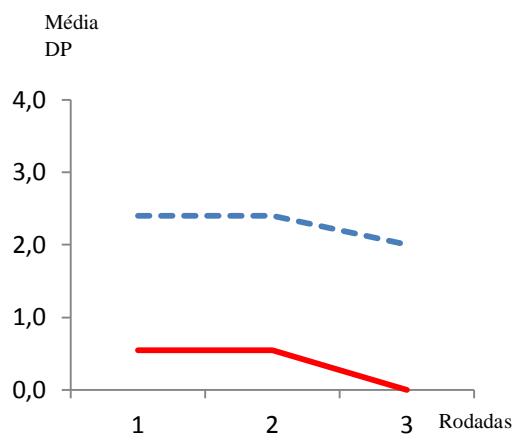
Item 09



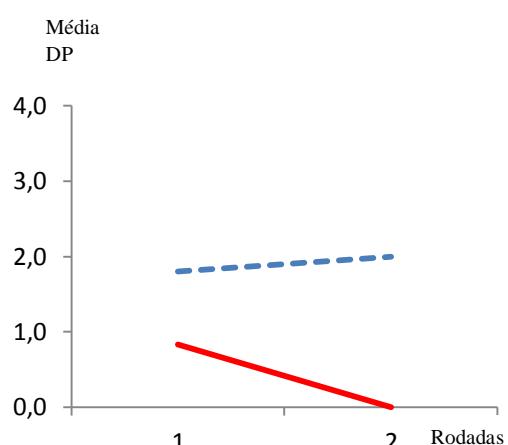
Item 11



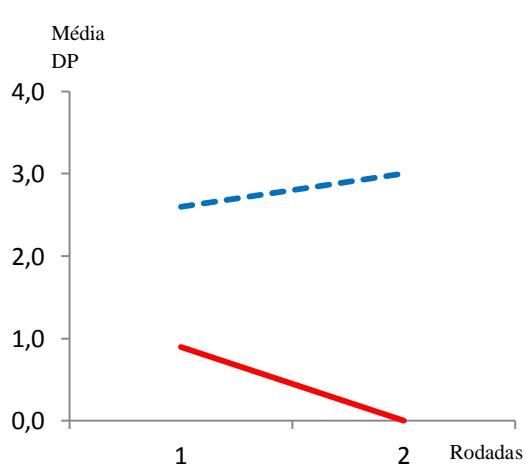
Item 12



Item 13



Item 15



Item 18

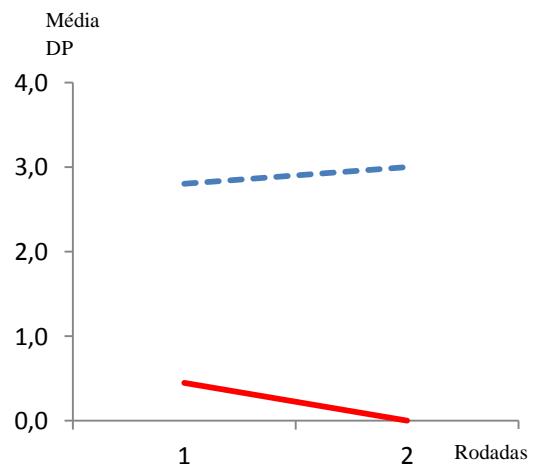


Gráfico de item tipo D (opinião estável e discordância estável), = média e = DP

Gráfico de item tipo D

Item 04

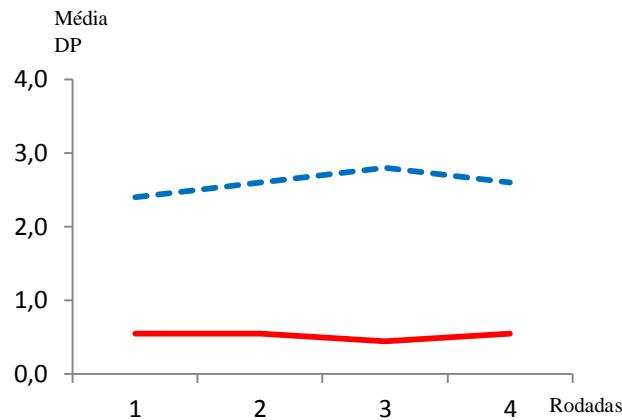


Gráfico de item tipo E (Mudança de opinião entre 1^a e 2^a rodada e entre a 1^a e 2^a rodada para a 3^a rodada com crescimento para forte concordância), = média e = DP

Gráfico de item tipo E

Item 16

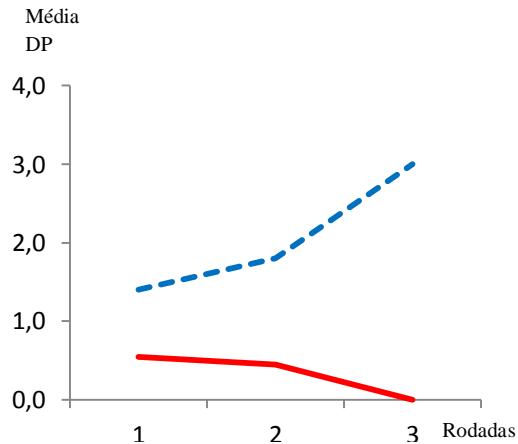


Gráfico de item tipo F (Aumento da mudança de opinião com crescimento para moderada concordância), = média e = DP

Gráfico de item tipo F

Item 17

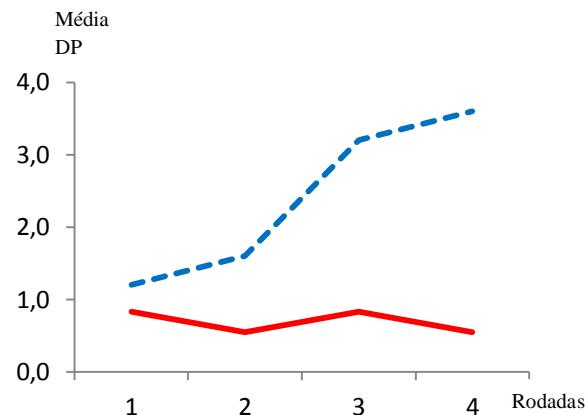
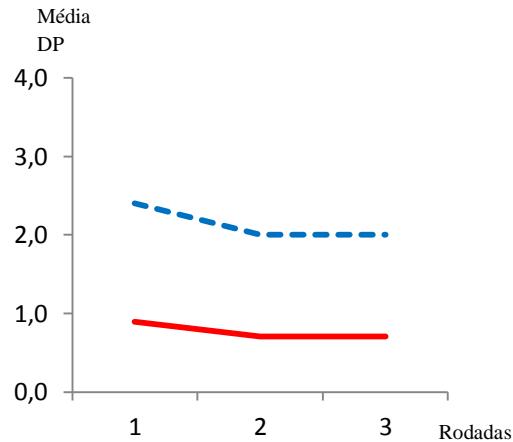


Gráfico de item tipo G (opinião estável e concordância estável), = média e = DP

Gráfico de item tipo G

Item 09 A



ANEXOS

**ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de Uberlândia**



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131
e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

**ANÁLISE FINAL Nº. 767/09 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO
CEP/UFU 332/09**

**Projeto de Pesquisa: Tradução, adaptação e validação lingüística da escala de orientação
médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira.**

Pesquisador Responsável: Carlos Henrique Martins

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

Data de entrega do relatório parcial: dezembro de 2010.

Data de entrega do relatório final: outubro de 2011.

**OBS: OS PESQUISADORES DEVERÃO ENCAMINHAR AO CEP/UFU O PARECER DO CEP DA UFMG
ASSIM QUE O PROJETO FOR AVALIADO PELO COEP-UFMG.**

**O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA
IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.**

Uberlândia, 11 de dezembro de 2009.

**Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU**

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requerem ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). E papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista.

**ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de Minas Gerais**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0217.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Maria Mônica Freitas Ribeiro
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de junho de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Tradução, adaptação e validação lingüística da escala de orientação médico-paciente (PPOS) para a cultura brasileira"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C - Autorização da utilização da escala pelo autor

O autor da escala, Dr Edward Krupat, autorizou a tradução, adaptação cultural e a validação da escala PPOS (*Patient Practitioner Orientation Scale*) no Brasil.

----- Forwarded message -----

From: **Ed Krupat** <ed_krupat@hms.harvard.edu>

Date: 2009/9/29

Subject: Re: PPOS

To: Mônica Ribeiro <mmonicaribe@gmail.com>

Monic,

You and Claudia certainly have my permission to use the PPOS. I would like to learn more about the project, and would be glad to collaborate with you and her.

Best,

Ed

ANEXO D – PPOS - Patient-Practitioner Orientation Scale

PPOS - Patient-Practitioner Orientation Scale

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients, and medical care. Read each item and then blacken in the circle to indicate how much you agree or disagree with each.

		Strongly disagree	Moderately disagree	Slightly disagree	Slightly agree	Moderately agree	Strongly agree
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	The most important part of the standard medical visit is the physical exam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Patients generally want reassurance rather than information about their health.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	The patient must always be aware that the doctor is in charge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>