



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

TESE DE DOUTORADO

**QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NO BRASIL E SUA ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DE MÉDICOS E PACIENTES**

LUCAS WOLLMANN

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, novembro de 2023



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

TESE DE DOUTORADO

**QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NO BRASIL E SUA ASSOCIAÇÃO COM
CARACTERÍSTICAS DE MÉDICOS E PACIENTES**

LUCAS WOLLMANN

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

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

Porto Alegre, Brasil.
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Wollmann, Lucas
Qualidade da relação médico-paciente no Brasil e sua associação com características de médicos e pacientes / Lucas Wollmann. -- 2023.
167 f.
Orientador: Erno Harzheim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Relações Médico-Paciente. 2. Psicometria. 3. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 4. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. I. Harzheim, Erno, orient. II. Título.

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

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Prof. Dr. Otávio Pereira D'Ávila, Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

MENSAGEM

“O paciente sempre tem razão.”

Carlos Grossman

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Da graduação ao doutorado fui aluno dessa universidade e tudo o que aprendi foi graças aos excelentes professores e estrutura que tive à disposição.

Agradeço à Prof. Christina Van Der Feltz-Cornelis, autora do instrumento usado no meu mestrado e doutorado, pela disponibilidade, cortesia, conhecimento e inteligência que sempre compartilhou comigo e com meu orientador.

Agradeço à Milena Rodrigues Agostinho Rech e Rudi Roman, médicos de família, pela parceria e competência dedicada a essa pesquisa.

Agradeço à Lisiane Hauser, com quem cada conversa é uma aula, por trazer as soluções e o rigor estatístico que permitem transformar hipóteses em conhecimento científico.

Agradeço aos meus pais e meus irmãos. Não existem palavras para expressar a importância de nascer numa família tão inteligente e amorosa.

Agradeço à Diani, minha esposa, de quem só recebo amor, apoio e incentivo. Nosso encontro foi o maior presente que recebi na vida.

Por fim, agradeço ao meu orientador Erno Harzheim. Mesmo depois de tantos anos de convivência a sua inteligência me surpreende a cada conversa, e sempre saio dos nossos encontros uma pessoa mais inteligente também.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas.....	9
Resumo.....	10
Abstract.....	12
1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE ATRAVÉS DO TEMPO.....	17
3.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIFINIÇÕES E CONCEITOS.....	25
3.2.1 <i>O que é relação médico-paciente?</i>	25
3.2.2 <i>Modelos de relação médico-paciente</i>	26
3.3 O EFEITO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA SAÚDE DAS PESSOAS.....	30
3.3.1 <i>Desfechos Clínicos</i>	32
3.3.2 <i>Prevenção quaternária</i>	39
3.3.3 <i>Medidas preventivas</i>	40
3.3.4 <i>Adesão</i>	41
3.3.5 <i>Satisfação</i>	43
3.3.6 <i>Custo</i>	45
3.4 FATORES QUE INFLUENCIAM A RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE.....	46
3.4.1 <i>Características dos pacientes</i>	48
3.4.2 <i>Características dos médicos ou do serviço de saúde</i>	49
3.5 COMO MEDIR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE?.....	53
3.5.1 <i>Patient-reported experience measures</i>	53
3.5.2 <i>Instrumentos de medida da relação médico-paciente</i>	55
3.5.3 <i>Descrição do PDRQ-9</i>	58
3.5.4 <i>Utilização do PDRQ-9</i>	60
3.5.5 <i>A utilização do PDRQ-9 no Brasil</i>	62

3.6 A UTILIZAÇÃO DE PONTOS DE CORTE EM ESCORES DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	63
3.7 A INSERÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NOS PARADIGMAS DE CUIDADO.....	65
3.7.1 <i>Triple/Quadruple Aim</i>	66
3.7.2 <i>Atenção Primária à Saúde</i>	67
3.7.3 <i>Cuidado centrado na pessoa</i>	68
4. OBJETIVOS.....	71
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
6. ARTIGO 1.....	86
7. ARTIGO 2.....	102
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
ANEXOS.....	122
ANEXO A. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA.....	122
ANEXO B. QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS PACIENTES.....	125
ANEXO C. QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS MÉDICOS.....	152

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - atenção primária à saúde.

AUC - área sob a curva/*area under the curve*.

DCV - doença cardiovascular.

DM2 - diabetes mellitus tipo 2.

ECR - Ensaio Clínico Randomizado.

EEG - equação de estimação generalizada.

HAQ - *Helping Alliance Questionnaire*.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IC - Intervalo de confiança.

J - Índice de Youden.

LGBT+ - população de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e outras sexualidades e identidades de gênero.

MBE - medicina baseada em evidências.

NPS - *Net Promoter Score*.

OR - *odds ratio*.

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*.

PDRQ-9 - *Patient-Doctor Relationship Questionnaire*.

PREM - *Patient-reported experience measure*.

PROM - *Patient-reported outcome measure*.

QIC - critério de quase-verossimilhança sob o modelo de independência.

ROC - *Receiver Operating Characteristic*.

RP - Razão de prevalência.

SEM - Sintomas sem Explicação Médica.

SUS - Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Introdução: A qualidade da relação médico-paciente desempenha um papel crucial na qualidade dos serviços de saúde, através da experiência dos usuários. Uma boa relação médico-paciente está associada com diversos efeitos positivos, como melhor cuidado de doenças crônicas, melhor autocuidado, maior adesão aos tratamentos e maior satisfação com o tratamento recebido. A fim de aferir a qualidade da relação médico-paciente, instrumentos de psicometria tem sido usualmente utilizados, com destaque para o *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9), considerando sua praticidade e bons parâmetros psicométricos. O PDRQ-9 já foi validado em diversos contexto e países, não foram definidos parâmetros categóricos de qualidade a partir do escore obtido pelo instrumento. Também não foram estudados os fatores associados a uma relação médico-paciente de alta qualidade no Brasil. O objetivo deste estudo é estabelecer parâmetros categóricos de qualidade da relação médico-paciente a partir do escore do PDRQ-9, bem como investigar fatores relacionados a pacientes e médicos da atenção primária à saúde (APS) do SUS associados com a qualidade da relação médico-paciente. **Método:** Trata-se de estudo transversal, realizado através de entrevista *in loco*, da população adulta usuária da APS do SUS e seus médicos de referência, de todas as regiões brasileiras. A coleta de dados ocorreu entre julho e novembro de 2016. Foram incluídos 6.160 pacientes e 494 médicos no estudo. As categorias de qualidade foram estabelecidas através do uso de Análise de Classes Latentes. O ponto de corte foi estabelecido através da utilização do Índice de Youden. As características de pacientes e médicos associadas ao alto escore do PDRQ-9 foram identificadas por meio da equação de estimação generalizada (EEG). **Resultados:** O PDRQ-9 apresentou duas categorias distintas: uma relacionada a uma alta avaliação da qualidade da relação médico-paciente e outra relacionada a uma avaliação moderada. O ponto de corte para distinguir entre essas categorias foi estabelecido em 3,5 (em uma variação possível de 1 a 5). Este ponto de corte demonstrou uma altos Índice de Youden, sensibilidade e especificidade, com valores de 0,94, 0,96 e 0,98, respectivamente. Na análise dos fatores associados a um alto escore do PDRQ-9,

apenas características dos pacientes mantiveram-se significativamente associadas à relação médico-paciente de alta qualidade na análise multivariada: residir em município urbano, sexo masculino, possuir 10 ou mais anos de estudo, obter a consulta no mesmo dia que procurou atendimento, ter consultado mais de 3 vezes no último ano com o seu médico e ser atendido em Unidade de Saúde da Família (USF) com alto escore de qualidade da APS. **Discussão:** A definição de categorias de qualidade do PDRQ-9 facilitará a comunicação dos resultados e sua aplicação na avaliação da qualidade do cuidado. Através da sua utilização, foi possível identificar iniquidades na relação médico-paciente no Brasil, com pacientes que compartilham características comuns com seus médicos, ou que consultam em USFs com alto escore de APS, tendendo a ter relacionamentos mais satisfatórios. Isso ressalta a importância do desenvolvimento da competência cultural dos médicos e da estruturação dos serviços para melhorar a qualidade do cuidado. Em suma, os resultados deste estudo são valiosos para pacientes, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores, pois oferecem resultados importantes sobre como diferenciar uma relação médico-paciente de alta qualidade e quais fatores influenciam nessa qualidade, permitindo o desenvolvimento de estratégias de melhoria da experiência das pessoas com o atendimento recebido.

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente; Psicometria; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The quality of the doctor-patient relationship plays a crucial role in healthcare services, impacting user experiences. A good doctor-patient relationship is associated with various positive effects, such as better care for chronic diseases, improved self-care, greater adherence to treatments, and higher satisfaction with the received treatment. To assess the quality of the doctor-patient relationship, psychometric instruments have been commonly used, with emphasis on the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), considering its practicality and good psychometric parameters. The PDRQ-9 has been validated in various contexts and countries, but categorical quality parameters based on the instrument's score have not been defined. Additionally, factors associated with a high-quality doctor-patient relationship in Brazil have not been studied. The aim of this study is to establish categorical quality parameters for the doctor-patient relationship based on the PDRQ-9 score and investigate factors related to patients and physicians associated with the quality of the doctor-patient relationship in primary healthcare (PHC) of the Brazilian Unified Health System (SUS). **Method:** This is a cross-sectional study conducted through in-person interviews with the adult population using PHC in the SUS and their reference physicians from all Brazilian regions. Data collection took place between July and November 2016, involving 6,160 patients and 494 physicians. Quality categories were established using Latent Class Analysis, and the cutoff point was determined using the Youden Index. Patient and physician characteristics associated with a high PDRQ-9 score were identified through Generalized Estimation Equation (GEE) analysis. **Results:** The PDRQ-9 presented two distinct categories: one related to a high assessment of the quality of the doctor-patient relationship and another related to a moderate assessment. The cutoff point to distinguish between these categories was set at 3.5 (on a possible range of 1 to 5). This cutoff point demonstrated high Youden Index, sensitivity, and specificity, with values of 0.94, 0.96, and 0.98, respectively. In the analysis of factors associated with a high PDRQ-9 score, only patient characteristics remained significantly associated with a high-quality

doctor-patient relationship in multivariate analysis: residing in an urban municipality, male gender, having 10 or more years of education, obtaining a consultation on the same day as seeking care, consulting with the doctor more than 3 times in the last year, and consulting in a Family Health Facility (FHF) with a high PHC quality score. **Discussion:** Defining PDRQ-9 quality categories will facilitate communication of results and their application in assessing quality of care. Through its use, inequalities in the doctor-patient relationship in Brazil were identified, with patients sharing common characteristics with their physicians, or consulting FHF's with a high APS score, tending to have more satisfactory relationships. This underscores the importance of physicians' cultural competence development and service structuring to improve quality of care. In summary, the results of this study are valuable for patients, healthcare professionals, researchers, and managers as they provide important insights into differentiating a high-quality doctor-patient relationship and the factors influencing this quality, enabling the development of strategies to improve people's experiences with healthcare.

Keywords: Physician-Patient Relations; Psychometrics; Quality Indicators, Health Care; Process Assessment, Health Care.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO BRASIL E SUA ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DE MÉDICOS E PACIENTES”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 de novembro de 2023. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

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

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Nunca se investiu tanto em saúde. Tanto financeira quanto intelectualmente. A cada dia novas descobertas são apresentadas, novos métodos diagnósticos e tratamentos são incorporados pelos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, nunca se conheceu tanto os determinantes biológicos e sociais da saúde das populações (Our World in Data 2023). As pessoas também estão cada vez mais interessadas e participativas no seu próprio cuidado. Esperaria-se que tanto desenvolvimento se traduzisse em níveis igualmente inéditos de saúde e satisfação com o cuidado.

E efetivamente foi possível observar um avanço significativo em indicadores importantes da saúde das populações, como aumento da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil (Our World in Data 2023). Mesmo assim, não faltam notícias de que os sistemas de saúde estão em crise, os profissionais estão sobrecarregados e os pacientes frustrados com o cuidado recebido. Além disso, a incorporação tecnológica tem elevado os custos da saúde a níveis insustentáveis no longo prazo (Institute of Medicine 2001; Biel et al. 2023).

São imensas as transformações provocadas pela tecnologia. Muitas delas com potencial de melhorar o acesso e efetividade do cuidado em saúde, com redução de custos. Recentemente está sendo possível acompanhar as inovações relacionadas à telessaúde e inteligência artificial (Hollander e Sharma 2022; Thirunavukarasu et al. 2023). Ao mesmo tempo, tal incorporação tem levantado questões relacionadas a uma potencial desumanização do cuidado (Botrugno 2021). De fato, quando confrontadas com a utilização de ferramentas de inteligência artificial no cuidado em saúde, as pessoas não confiam nas decisões tomadas por essas ferramentas como naquelas tomadas por médicos, nem sentem que não está sendo dada a devida atenção às suas necessidades particulares (Promberger e Baron 2006; Langoni et al. 2021). A expectativa e o desafio colocado aos médicos é a oferta de um cuidado resolutivo, mas individualizado,

preocupado e compassivo. Essa preocupação é tão antiga quanto a própria medicina e não parece ter mudado com os recentes avanços tecnológicos.

Para enfrentar este desafio, é necessário mais do que investimentos em tecnologia. É necessário que se construam relacionamentos significativos entre as pessoas, profissionais e pacientes. O diagnóstico e a propedêutica tecnicamente corretos são o fundamento do ofício dos médicos. Mesmo corretos, frequentemente eles serão inócuos caso não estejam sendo desenvolvidos no contexto de uma aliança terapêutica sólida. Para entender a relação médico-paciente, tema desta tese, é preciso entender o que precisa existir para tornar esse relacionamento terapêutico satisfatório e efetivo para profissionais e pacientes. E, a partir disso, desenvolver estratégias de aperfeiçoamento deste domínio determinante da qualidade do cuidado.

Para atender a esse desafio, a revisão da literatura desta tese busca inicialmente descrever a evolução da relação médico-paciente ao longo do tempo. Em seguida, é feita uma apresentação do conceito e dos modelos de relação entre o médico e o paciente. O impacto em indicadores de saúde e os fatores que interferem na relação médico-paciente são apresentados em seguida. Na sequência, as formas de mensuração são apresentadas e, para finalizar, é feita e discussão da relevância da relação médico-paciente, a partir da sua inserção em diferentes paradigmas consagrados de qualidade em saúde.

A primeira parte desta pesquisa busca estabelecer uma forma válida de diferenciação categórica da relação médico-paciente de alta qualidade, a partir da aplicação do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9). A segunda parte pretende identificar quais características de pacientes e médicos da atenção primária à saúde do SUS estão relacionadas com uma relação de alta qualidade. Ou seja, esta tese é um grande estudo diagnóstico da qualidade da relação médico-paciente no Brasil. Espera-se que ela auxilie a entender como os médicos podem melhorar naquilo que torna o toque humano insubstituível: a arte do cuidado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE ATRAVÉS DO TEMPO¹

A relação médico-paciente é naturalmente tão antiga quanto a própria medicina. Ao longo dos séculos a maneira como médicos e pacientes relacionam-se mudou e a sua descrição, e mais recentemente análise, foram objeto de estudo. Em cada momento histórico o contexto social e o desenvolvimento científico da medicina devem ser observados para compreender as mudanças através do tempo (Szasz et al. 1958).

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

Por volta do quinto século a.C, a civilização grega desenvolveu uma abordagem empírico-racional dos problemas de saúde, inserida no contexto das grandes transformações políticas e científicas da época (Szasz et al. 1958). Houve uma separação entre a ciência e a religião, dividindo a atuação do médico e a do sacerdote (Lázaro, J.; Gracia 2006).

Os escritos atribuídos a Hipócrates de Cós (460 a.C. - 370 a.C.), considerado o pai da medicina moderna, transformaram a medicina de uma prática empírica para um sistema racional cientificamente orientado (Askitopoulou e Vgontzas 2018). Neles, é possível observar uma recomendação em relação a como o médico deve relacionar-se com o seu paciente.

¹ Este histórico atem-se apenas a evolução da medicina ocidental, reconhecendo a riqueza da medicina oriental e mesmo a sua influência na medicina ocidental.

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

Observa-se a prática da medicina orientada por princípios de beneficência e não-maleficência. Há um elevado grau de humanismo, bem como uma ética que se coloca acima do interesse pessoal do médico (Szasz et al. 1958). Apesar das críticas em função de seu paternalismo, Hipócrates foi o primeiro a se referir a princípios éticos e afirmou que a finalidade da medicina é proteger os interesses do paciente (Askitopoulou e Vgontzas 2018).

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

Com o fim da Idade Média e o Renascimento há uma nova inflexão no sentido da secularização da medicina. Dentre outros fatores, destaca-se o avanço do ensino nas universidades, a Reforma Protestante e a Revolução Francesa, questionando os dogmas da Igreja Católica e defendendo ideias de igualdade, dignidade, liberalismo e ciência laica (Szasz et al. 1958; Lázaro, J.; Gracia 2006).

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

rapidamente ser felizes e adquirirem e preservarem a alegria (Hoffmanni 1746). John Gregory e Thomas Percival, da Escócia, no século XVIII e XIX, estabeleceram as bases para a Ética Médica, por meio de palestras e de textos sobre a adequação da relação do médico com seus pacientes, especialmente em termos de confidencialidade (Gregory 1772) e do comportamento honrado por parte do médico (Percival 1803).

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

Em um artigo seminal para a área, Jewson argumenta que o período de 1770 a 1870 presenciou “o desaparecimento do doente (*sick-man*)”. O aumento do controle sobre a produção do conhecimento médico e a concentração desse controle nos hospitais e universidades provocou uma mudança no discurso da teoria médica: de uma concepção integrada da pessoa para uma rede de conexões entre partículas microscópicas. A abundância de teorias e terapias decorrentes centralizou nas mãos dos experts a autoridade de decisão sobre a doença, cabendo ao doente o papel de subordinação (Jewson 1976). Também é possível destacar o impacto da obra de Michel Foucault. Através da apresentação do nascimento da medicina anátomo-clínica, bem como dos efeitos das mudanças econômicas e sociais dos séculos XVIII e XIX (criação do Estado moderno, urbanização, Revolução Industrial), ele discute as relações de poder e controle adquiridas e exercidas pela medicina ao longo do período e o efeito da medicalização sobre a percepção individual e social do adoecimento, do papel do doente e da submissão necessária para o reestabelecimento da saúde (Foucault 2011, 2021).

A tensão entre a evolução da medicina como ciência, em detrimento da redução da sua capacidade de enxergar a particularidade de cada pessoa foi extensamente discutida ao longo do século XX. Em 1927, Francis Peabody já denunciava essa situação em um artigo célebre, lembrando que “...uma das qualidades essenciais do clínico é o interesse pela humanidade, pois o segredo do cuidado do paciente está em cuidar do paciente” (Peabody 1927).

Em 1957, o psiquiatra inglês Michael Balint publicou o livro intitulado “O Médico, o Paciente e sua Doença”, resultado de seminários de discussão de casos clínicos realizados com médicos de família ingleses ao longo de anos. No livro, o autor afirma que a terapêutica mais prescrita na clínica geral é o próprio médico, e que como tal, sua apresentação, dose e efeitos adversos deveriam ser estudados e conhecidos. Sobre relação médico-paciente, o autor escreve que:

É muito difícil descrever essa relação do ponto de vista psicológico. Não se trata de amor, nem respeito mútuo, nem identificação recíproca, nem amizade, embora contribuam para formá-la elementos de tudo isto. Denominamos – na falta de melhor expressão – uma “companhia de investimento mútuo”. Com isto queremos dizer que o médico adquire gradualmente um capital muito valioso, investido em seu paciente; e que, reciprocamente, o paciente adquire um muito valioso capital investido em seu clínico geral.

A partir dessa ideia, a relação médico-paciente é extensamente analisada, e suas características e efeitos são descritos através de uma série de fenômenos. Os pacientes buscam atendimento com uma doença ainda não “organizada”. A partir “das ofertas dos pacientes e as respostas do médico” estabelecem-se as consequências para o futuro da relação. Os médicos podem escapar de suas responsabilidades através da “eliminação de problemas pelos exames físicos apropriados”, da “perpetuação da relação professor-aluno” ou do “o conluio do anonimato” que se estabelece com os especialistas que são chamados a acompanhar o paciente. Também é apresentada e discutida “a função apostólica” do médico, indissociável da personalidade do próprio profissional, através da qual a relação com o paciente se molda e os efeitos da “substância” médico são

observados. O potencial dos clínicos gerais na oferta de psicoterapia também é discutido, sempre através da utilização de casos reais, em relação a “quando começar” e “quando parar” (Balint, 2006). O trabalho de Balint e seu grupo é considerado o início do movimento que posteriormente se expandiu em torno da concepção de um cuidado centrado na pessoa/paciente.

O teólogo Paul Ramsey publicou em 1973 o livro “The Patient as Person”, estabelecendo as bases éticas para uma relação médico-paciente adequada (Ramsey 1973). Em 1976, os médicos de família ingleses Byrne e Long lançaram o livro “Doctor Talking to Patients”, no qual, após análise de milhares de consultas, apresentam um modelo a partir do qual a consulta médica se desenvolve ao longo de seis fases (Byrne e Long 1976):

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

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

Em 1977, George Engel enfatizou a necessidade dos médicos reconhecerem e incorporarem no cuidado as preocupações pessoais do paciente,

características psicológicas e contextos sociais, o que veio a ser amplamente conhecido e discutido como o modelo biopsicossocial (Engel 1977).

Todas essas transformações permitem que possa ser observado, a partir da segunda metade do século XX, a menor passividade dos pacientes em relação ao seu próprio cuidado. Além das mudanças já apresentadas, outros fatores relacionados podem ser elencados (Szasz et al. 1958; Hellin 2002; Lázaro, J.; Gracia 2006):

- a) O avanço dos conhecimentos em psicologia e psicanálise, identificando a importância de pensamentos conscientes e inconscientes no desenvolvimento de doenças;
- b) O avanço das doenças crônicas, nas quais não é possível controle sem a participação ativa da pessoa acometida;
- c) O avanço das sociedades democráticas, com maior percepção dos direitos e liberdades individuais e um maior desejo pela participação em decisões relacionadas a si próprio;
- d) O aparecimento de sistemas de serviços de saúde, públicos e privados, com maior burocratização do atendimento, inserindo um terceiro elemento na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas;
- e) A proliferação de especialidades em saúde, com o trabalho em equipe passando a ser a rotina no cuidado;
- f) O avanço científico, multiplicando possibilidades diagnósticas e terapêuticas para o mesmo problema de saúde;
- g) Mais recentemente, o uso da internet por médicos e pacientes, transformando mais uma vez o cenário da busca de informação e tomada de decisão.

Há uma inflexão no sentido de colocar o paciente como figura central no cuidado. Em uma extensa obra, Eric Cassel busca resgatar o papel do médico

como curador (*healer*), que pretende principalmente aliviar o sofrimento das pessoas, em detrimento do médico “perseguidor de doenças” (Cassell 2004; Boudreau et al. 2018).

O avanço da discussão acerca da consulta centrada da pessoa ganhou ainda mais espaço nas últimas décadas e graças ao trabalho do grupo da Universidade de Western Ontario. Iniciado pelo médico Ian McWhinney e seguido pela epidemiologista Moira Stewart, é proposto um modelo de quatro componentes interativos:

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

Já adotando uma perspectiva econômica, Potter e McKinlay, desenvolveram um quadro teórico para examinar a relação médico-paciente no século XXI. Eles apontam para a mudança em direção ao consumismo na saúde, significativamente afetada por uma terceira influência na relação – a fonte pagadora. A tradicional relação médico-paciente foi invadida pela fonte pagadora dos serviços de saúde – governo ou planos de saúde. Essas entidades monitoram o número de pacientes atendidos pelos médicos e o tempo gasto com eles, além de microgerenciar as decisões clínicas (Potter e McKinlay 2005).

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

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

	Metade do século XX	Início do século XXI
Pessoa que procura o cuidado	Paciente	Cliente

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

Fonte: Potter; Mckinlay, 2005.

3.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIFINIÇÕES E CONCEITOS

3.2.1 *O que é relação médico-paciente?*

A percepção da relação médico-paciente como um fator importante no contexto de atendimento em saúde é um conceito culturalmente consolidado (Starfield 1994; Kearley et al. 2001). Ela apresenta componentes relacionados a troca verbal de informações associados a fatores socioemocionais (Roter e Hall 1989). Contudo, o significado da relação médico-paciente é diverso. As dimensões consideradas, de maneira isolada ou em conjunto, como constituintes

do relacionamento entre médicos e pacientes são (Ridd et al. 2009; Greenhalgh e Heath 2010; Eveleigh et al. 2012; Chipidza et al. 2015):

- a) Confiança (englobando recursos subsidiários como satisfação, competência e privacidade);
- b) Aliança terapêutica, composta por concordância em relação aos objetivos, definição de responsabilidades e desenvolvimento de vínculo;
- c) Empatia;
- d) Habilidades de comunicação e interação do médico;
- e) A relação de continuidade do atendimento entre médico e paciente.

A despeito da falta de um conceito único, a **relação médico-paciente pode ser entendida de maneira operativa como um tipo especial de relação humana que, seja em termos de função ou estrutura, é um componente do cuidado com potencial de afetar a saúde das pessoas** (Kaba e Sooriakumaran 2007; Ridd et al. 2009).

3.2.2 Modelos de relação médico-paciente

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

- a) *Atividade-Passividade*: Nesse cenário, não há participação alguma do paciente. De fato, a interação psicológica é inexistente. O paciente é considerado como um ser inanimado e cabe ao médico toda a ação. São exemplos atuais desse tipo de relação o atendimento a pacientes inconscientes (emergência, unidades de tratamento intensivo, anestesia);

- b) *Orientação-Cooperação*: Nesse modelo, o paciente expressa seu sofrimento e aspirações, mas cabe ao médico definir qual o melhor caminho a ser tomado de acordo com essas informações. É esperado que o paciente aceite a determinação do médico sem perguntas ou discordâncias. Apesar do paciente contribuir ativamente com a relação, o poder de decisão concentra-se no médico, sem espaço para negociação;
- c) *Participação mútua*: Aqui, o poder é dividido de maneira aproximadamente igual entre médico e paciente. Há a necessidade de empatia, especialmente por parte do médico, no sentido de reconhecer a interdependência no processo decisório. É esperado que as duas partes contribuam em todas as fases do atendimento clínico e que entrem em consenso sobre qual a melhor alternativa de tratamento.

Em 1972, Robert Veatch publica artigo sugerindo uma divisão alternativa dos modelos de relação médico-paciente (Veatch 1972):

- a) *Modelo engenheiro*: o médico atua de maneira estritamente técnica. É sua tarefa apresentar ao paciente todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas de maneira isenta, cabendo ao paciente a decisão sobre qual caminho tomar. O médico não compartilha os seus próprios valores nem ajuda o paciente a decidir de acordo com os dele. Nessa situação, o médico mantém a sua figura de autoridade mas abdica de todo o poder de decisão;
- b) *Modelo sacerdotal*: tanto a autoridade quanto o poder estão concentrados no médico nesse modelo. Ele deve atuar orientado pelos princípios de beneficência e não-maleficência (de acordo com sua própria instrução). Há o envolvimento moral do médico na relação, mas não o do paciente, que é um mero espectador de sua própria situação, pois está implícito que o médico é capaz de decidir pelo seu melhor interesse. Espera-se que o

paciente haja com gratidão, mesmo quando discordar da decisão do médico;

- c) *Modelo colegial*: nesse modelo médico e paciente atuam como colegas. Dessa forma, poder e autoridade estão divididos igualmente. Pode ser considerado como um “trabalho em equipe”, com contribuições igualmente relevantes, através das quais são tomadas as decisões;
- d) *Modelo contratualista*: Nesse cenário é entendido que médico e paciente possuem obrigações e benefícios que advem da relação. Cada um contribui com aquilo que tem condições de apresentar com mais valor: o médico com seu conhecimento técnico e expertise clínica e o paciente com seus valores e preferências. A partir de uma troca de informação ativa pelas partes, estabelece-se um contrato, que deve ser entendido no sentido de pacto. A responsabilidade é compartilhada, de acordo com a contribuição de cada um.

É possível observar uma mudança no sentido de uma igualdade entre médico e paciente dentro da relação. Essa premissa é questionada por Pellegrino, que enfatizou que a autonomia do paciente é limitada pela doença, o que compromete a capacidade de avaliação e decisão, resultando em uma relação médico-paciente desigual. Ele concentra-se mais no compromisso do médico em agir orientado por virtudes profissionais. Esse compromisso inspira a confiança do paciente, que deve ser respeitada pelo médico agindo com beneficência (Pellegrino e Thomasma 1987).

Essa discussão foi incorporada por Ezekiel e Linda Emanuel, que propuseram novos modelos de relação médico-paciente (Emanuel e Emanuel 1992):

- a) *Modelo paternalístico*: Preserva as características do modelo sacerdotal proposto por Veatch. Os autores aceitam que esse modelo é justificado em situação de emergência e risco de vida iminente. Mas salientam que

em outras situações nem mesmo os médicos tensionam a relação nesse sentido, por entenderem que é divergente o que é considerado benéfico para cada um dos entes envolvidos;

- b) *Modelo informativo*: aqui existem as características do modelo engenheiro de Veatch. É considerado um problema desse modelo a impessoalidade, a falta de sentido de uma relação de cuidado. Além disso, há a imposição de uma autonomia adulterada, visto que os valores de médico e paciente não são expostos nem discutidos, apesar de serem peças fundamentais no processo de tomada de decisão;
- c) *Modelo interpretativo*: esse modelo adiciona os valores do paciente ao processo decisório. Assim como no modelo informativo, o médico deve ser capaz de expor as diversas possibilidades do caso, mas também deve ser capaz de elucidar os valores do paciente e ajudar que este tome a decisão mais coerente de acordo com eles. Um problema desse modelo é a possível falta de capacidade dos médicos em realizar uma interpretação adequada dos valores de seus pacientes, acabando por impor seus próprios valores e escorregar para o modelo paternalístico. Mesmo quando a interpretação dos valores for feita de maneira adequada, podem existir problemas, tendo em vista que os valores do paciente nem sempre atuam no sentido do que é melhor para si;
- d) *Modelo deliberativo*: nesse modelo é esperado que o médico, através de sua expertise, consiga dialogar no sentido de discutir as opções de tratamento à luz dos valores do paciente, mas discriminando quais opções tem maior valor em saúde agregado. O médico deve atuar persuadindo o paciente a considerar determinadas opções de maior valor em saúde, sugerindo ao paciente questionar suas decisões, se necessário. A persuasão não deve ser aplicada de maneira manipulativa, pois os valores do paciente devem ser respeitados. Contudo, abre-se espaço para o desenvolvimento moral do paciente. O problema desse modelo é igualmente a possibilidade de deslize para o modelo paternalístico, com o médico impondo seus valores. Também deve-se considerar a dificuldade

em estabelecer o que possui maior valor em saúde e que médicos podem não ser capazes de hierarquizar as opções de maneira adequada. Além disso, existe o conflito em relação às pessoas que procuram ajuda para um problema de saúde e são instigadas a discutir e repensar suas preferências, sem o interesse e desejo para tal.

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

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

3.3 O EFEITO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA SAÚDE DAS PESSOAS

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

Mas ainda que seja difícil uma avaliação objetiva de muitos elementos da relação médico-paciente, é possível tentar defini-los, valorá-los, preservá-los e reproduzi-los (Greenhalgh e Heath 2010). Além disso, cada vez mais e de maneira irreversível, a qualidade dos serviços de saúde vem sendo padronizada e avaliada através de indicadores de saúde (McGlynn e Brook 2001). Contudo, parâmetros como mortalidade ou desfechos clínicos de controle de doença mostram apenas uma parte da qualidade do cuidado. As pessoas estão preocupadas tanto com os aspectos do processo de cuidado, como com seus resultados. Indicadores relacionados à comunicação com profissionais de saúde, fornecimento de informações, envolvimento em decisões, conforto físico, suporte emocional e transição do cuidado são cada vez mais desejados (Coulter 2017).

O efeito da relação médico paciente, numa perspectiva biológica, pode ser explicado através de estudos em sociofisiologia – o estudo da resposta fisiológica às emoções desencadeadas pelas interações sociais – que demonstram que a experiência de sentir-se cuidado em uma relação reduz a secreção de hormônios estressores e ativa o sistema neuroendócrino no sentido da homeostase (Adler 2002).

Uma maneira de compreender como a relação médico-paciente pode interferir na saúde das pessoas é através da teoria de auto-regulação desenvolvida por Leventhal (Blasi et al. 2001). De acordo com esse modelo, quando indivíduos sentem-se ameaçados por sinais e/ou sintomas, eles respondem com reações cognitivas e emocionais. As reações cognitivas caracterizam-se como pensamentos sobre identidade, causa, duração e consequências do problema, além de expectativas em relação a cura e controle. As reações emocionais podem ser manifestar como medo, ansiedade, raiva, depressão, negação. De maneira semelhante, médicos podem modular essas reações oferecendo cuidado cognitivo e emocional. O cuidado cognitivo é descrito como a maneira que médicos influenciam crenças e expectativas do paciente acerca do problema ou do tratamento. Já o cuidado emotivo refere-se a como o profissional reduz sentimentos negativos (medo, raiva, ansiedade), oferecendo suporte através de empatia, segurança e afetuosidade. Cuidado cognitivo e emocional atuam de maneira sinérgica, aumentando a efetividade terapêutica.

3.3.1 Desfechos Clínicos

A avaliação do efeito da relação médico-paciente em desfechos clínicos é fundamental. Mesmo que intuitivamente faça sentido a ideia desta influência, é a análise dessa associação em diferentes cenários que confere a solidez necessária para a incorporação desse domínio como fundamento do cuidado. Foram realizadas diversas pesquisas relacionadas a esse tema, que posteriormente foram sumarizados em revisões sistemáticas e meta-análises, apresentadas a seguir.

Em artigo seminal na avaliação do impacto da relação médico-paciente em desfechos clínicos foi realizado um estudo agregando os resultados de 3 ensaios clínicos randomizados (ECR) e 1 quase-experimento, em pacientes com hipertensão, diabetes, úlcera gástrica e câncer de mama (n=252). Foram gravadas consultas e posteriormente codificadas em três categorias de avaliação da relação: controle, afeto e comunicação. Também foram avaliados o status funcional, autoavaliação de saúde e algumas medidas fisiológicas objetivas dos

pacientes (pressão arterial, controle glicêmico). Os resultados indicaram que maior controle da consulta pelo paciente, maior expressão de afeto ou emoção (tanto positiva quanto negativa) e maior oferta de informação pelo médico estiveram significativamente associadas a melhora em todos os desfechos mensurados (Kaplan et al. 1989).

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

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

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

Fonte: Stewart, 1995.

Outra revisão sistemática avaliou desfechos em saúde (medidas objetivas, escalas subjetivas, satisfação, adesão) após manipulação da interação entre médicos e pacientes. Foram incluídos 35 ECRs (a maioria na atenção primária e na América do Norte), em pacientes com doenças crônicas, num total de 13.500 participantes. Os estudos eram heterogêneos em relação às intervenções e

desfechos e apenas 4 estudos alcançaram os critérios de qualidade que haviam sido preestabelecidos. Em 74% dos estudos o desfecho principal favoreceu a intervenção, mas com significância estatística em apenas 40% dos casos. Os autores chamam a atenção para a baixa qualidade metodológica dos estudos a fazendo um chamado para mais ECRs sobre o tema (Griffin et al. 2004).

Nova revisão sistemática buscou avaliar a influência da relação médico-paciente em desfechos de saúde, analisando o papel de diferentes domínios (relacionamento, troca de informações, educação do paciente e habilidades de comunicação). Foram incluídos 17 ECRs, 17 estudos controlados e 8 estudos qualitativos. A troca de informações e a educação do paciente foram os domínios mais investigados, com efeitos inequivocamente positivos. Segundo os autores, quando perguntados sobre suas preferências, os pacientes claramente consideraram uma comunicação aberta como o aspecto mais importante da relação. Habilidades de comunicação também foram associadas com melhores desfechos de saúde e ajudaram os pacientes a lidarem melhor com sentimentos e comportamentos associados aos tratamentos. A qualidade do relacionamento apresentou resultados ambíguos, com três dos cinco estudos analisados relatando resultados positivos e dois estudos com resultados negativos, em relação à melhora da saúde. Dois estudos incluíram uma avaliação econômica com redução dos custos de saúde (Riedl e Schüßler 2017).

Em meta-análise de 13 ECRs, avaliou-se o efeito da relação médico-paciente em adultos. Os estudos incluídos eram publicados em inglês onde a relação foi sistematicamente manipulada e os desfechos avaliados eram objetivos (ex. pressão arterial, perda de peso) ou escalas subjetivas validadas (ex. dor, qualidade de vida). Foram excluídos estudos com: desfechos intermediários (ex. satisfação ou adesão ao tratamento); se a intervenção na relação ocorreu apenas sobre paciente e não sobre o comportamento dos médicos; paciente com doenças mentais ou abuso de substâncias; o tempo da consulta foi desigual entre as condições. No total, a análise incluiu 11.514 participantes. Cada estudo incluído tinha em mediana 279 pacientes e 39 médicos. O risco de viés foi considerado baixo e também foi verificada uma baixa heterogeneidade ($I^2=19,77\%$). Utilizando um modelo com efeitos aleatórios - *Cohen's d* - a

estimativa de tamanho de efeito agrupado foi favorável à intervenção ($d=0,11$ IC 95% 0,02-0,20), com pequena magnitude. Os autores lembram que outras intervenções em saúde também possuem pequena magnitude de efeito, como por exemplo o uso de aspirina para redução de infarto do miocárdio em 5 anos ($d=0,06$) (Kelley et al. 2014).

A despeito das diferentes formas de conceituação da relação-médico-paciente e dos diferentes desfechos clínicos aferidos, é possível notar uma clara influência positiva, confirmada em diferentes revisões.

Componentes específicos da relação-médico-paciente também foram avaliados em diferentes estudos. A confiança é um dos principais atributos de qualquer relação interpessoal, especialmente em uma relação que propõem-se ser terapêutica. O efeito da confiança nos profissionais foi avaliado em meta-análise de 47 estudos ($n=34.817$). Foi encontrada uma associação positiva com desfechos de saúde ($r=0,24$, IC 95% 0,19–0,29) (Birkhäuser et al. 2017).

Para que uma relação de confiança se estabeleça é necessário tempo. A relação de continuidade do atendimento entre médico e paciente é um dos tópicos isoladamente mais estudados, e para os quais há mais evidência de impacto em diversos desfechos em saúde. Estudo longitudinal acompanhando 3.645 participantes ao longo de um ano identificou que a melhora da relação médico-paciente se associou a melhora da saúde funcional (mental e física), enquanto a piora da relação teve efeito oposto. A associação manteve-se nos diferentes níveis de qualidade iniciais da relação entre médico e paciente (alto/baixo). Todas as análises foram controladas para múltiplos confundidores, mantendo significância estatística (Olaisen et al. 2020).

Em revisão sistemática sobre continuidade da relação e qualidade do cuidado, foram selecionados 18 artigos (12 estudos transversais, 5 estudos de coorte e 1 ECR). Nenhum dos estudos incluídos encontrou alguma relação negativa da longitudinalidade com as diferentes medidas de qualidade do cuidado. Em quatro estudos foi identificada uma relação consistente entre longitudinalidade e maior satisfação do paciente. No ensaio clínico incluído (cuja população eram doentes crônicos), no grupo randomizado para

continuidade no atendimento foi encontrada menor média de dias de hospitalização (5,7 vs 9,1, $p=0,02$) e menor proporção de idas à emergência (20% vs 39%, $p=0,002$), em um período de 18 meses (Cabana e Jee 2004).

Outra revisão que incluiu 13 estudos encontrou uma associação positiva entre longitudinalidade e redução da mortalidade na APS. Apesar do resultado consistente de redução da mortalidade entre os estudos, os autores ponderam que não foram encontrados estudos experimentais, os tamanhos de efeito foram modestos e uma variedade de desenhos e medidas de continuidade foram usados, não sendo possível dizer se a influência da continuidade foi maior em populações mais velhas ou com maior morbidade. A redução da mortalidade foi atribuída ao maior conhecimento do médico sobre o paciente, ao aumento da confiança do paciente, permitindo melhor adesão ao aconselhamento médico, e à maior responsabilidade clínica sendo assumida quando o mesmo médico oferece atendimento (Baker et al. 2020).

Doenças crônicas e suas consequências são o principal fator de morbimortalidade no Brasil e no mundo e, considerando o cuidado continuado que exigem, é esperado que uma boa relação médico-paciente exerça um efeito positivo nos problemas crônicos. Isso é confirmado por um conjunto de evidências. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) revisão sistemática de 16 estudos encontrou evidências de uma associação entre a tomada de decisão compartilhada e uma melhor qualidade de decisão, maior conhecimento do paciente e melhor percepção de risco pelo paciente. Foram encontradas poucas evidências de uma associação entre decisão compartilhada e o controle glicêmico, satisfação do paciente, qualidade de vida, adesão à medicação ou confiança no médico (Kashaf et al. 2017). Outra revisão sistemática que inclui 22 estudos buscou avaliar o impacto qualidade da comunicação clínicas em desfechos de saúde em pacientes com DM2. Uma maior percepção da qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente foi associada a uma melhoria no autocuidado e autoeficácia, maior adesão, maior bem-estar e menor angústia relacionada ao diabetes (Peimani et al. 2020). Esses resultados são confirmados por outra revisão sistemática que inclui 10 estudos buscou avaliar o impacto de aspectos da comunicação clínica em desfechos de saúde em

pacientes com doenças reumatológicas. Níveis mais elevados de confiança no médico e participação ativa do paciente na consulta foram associados a menor atividade de doença, melhor saúde global, menor dano nos órgãos acometidos, maior satisfação com o tratamento, menos efeitos colaterais da medicação, crenças mais positivas sobre o controle da doença e sobre a saúde atual e futura (Georgopoulou et al. 2018).

Em pacientes portadores de transtornos mentais também pode ser visto o efeito da relação médico-paciente. Foi realizada uma meta-análise para examinar o papel do relacionamento terapêutico no efeito do tratamento psicofarmacológico. Foram incluídos 8 estudos (n=1.065). O tamanho médio do efeito ponderado geral para a associação entre o relacionamento terapêutico e a melhora do paciente com o tratamento psicofarmacológico foi de $z=0,30$ (IC 95% = 0,20 a 0,39), demonstrando um efeito estatisticamente significativo e moderado (Wienke Totura et al. 2018).

Em pacientes com câncer, meta-análise de 55 estudos (n=12.976), identificou uma associação positiva entre empatia do médico e desfechos do paciente (maior satisfação, menor angústia, menor severidade de sintomas), com um tamanho de efeito avaliado através de correlação = 0,23 (IC 95% = 0,18 a 0,27) (Lelorain et al. 2023).

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

afetados por longitudinalidade, tempo de consulta e relação médico-paciente. Longitudinalidade, maior tempo de consulta e melhor relação médico-paciente foram consideradas custo-efetivas (Sans-Corrales et al. 2006).

Mas de nada adiantaria identificar o efeito positivo da relação médico-paciente se os comportamentos necessários para os médicos desencadearam tais efeitos não puderem ser aprendidos. Contudo, o efeito da relação médico-paciente é possível de ser alterado através de intervenções junto aos médicos, algo importante quando se considera que poderia tratar-se de uma habilidade vinculada a personalidade de cada profissional e pouco sensível à mudança. Em revisão sistemática de 11 bases de dados, foram incluídos 25 ECRs (n=3.611) onde ao menos uma intervenção foi realizada no contexto de relação médico-paciente. Foram excluídos estudos de psicoterapia, aconselhamento, educação em saúde ou em pacientes com doenças psíquicas, dependentes químicos ou voluntários saudáveis. As patologias mais presentes nos estudos incluídos foram hipertensão e dor. A maioria dos estudos foi classificado com qualidade aceitável, boa ou muito boa. Em aproximadamente metade dos estudos foi encontrado efeito positivo sobre a saúde dos pacientes, após manipulação da relação médico-paciente. Estudos que combinaram intervenção cognitiva (fornecer diagnóstico claro, prognóstico positivo ou aumentando as expectativas em relação ao tratamento) com intervenção emocional (atendimento afetivo e amigável ou seguro e tranquilizador) atingiram resultados mais consistentes em relação à melhora em desfechos de saúde (redução da dor e do tempo de recuperação) (Blasi et al. 2001).

3.3.2 Prevenção quaternária

Uma boa relação médico-paciente também age positivamente no sentido de evitar intervenções diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias. Em revisão sistemática que avaliou a efetividade de intervenções na atenção primária com objetivo de reduzir a prescrição de antibióticos para infecções respiratórias em

maiores de 13 anos, doze dos 17 ECRs incluídos mostraram redução estatisticamente significativa de prescrição de antibióticos, sendo que em 6 também houve uma redução clinicamente relevante. O treinamento de habilidades de comunicação e os testes *point-of-care* foram as intervenções mais eficazes. As reduções observadas variaram de 1,5% a 23,3% (Köchling et al. 2018).

Pacientes que apresentam Sintomas sem Explicação Médica (SEM) apresentam maior risco de sofrer algum tipo de iatrogenia. Em estudo qualitativo com objetivo de examinar como as explicações dos sintomas eram negociadas entre médicos e pacientes com SEM, a qualidade da comunicação entre o médico e o paciente, especialmente quando existe uma criação compartilhada da explicação, foi a estratégia com maior aceitação por parte das pessoas (den Boeft et al. 2017).

Outro estudo qualitativo avaliou as estratégias utilizadas por médicos da atenção primária à saúde (APS) a fim de evitar a solicitação de exames de imagens desnecessários. Os médicos utilizaram diferentes estratégias para atender às expectativas dos pacientes, sendo que a longitudinalidade e bom conhecimento pessoal e confiança mútua, mostraram-se cruciais para que os pacientes aceitem as decisões (Walderhaug et al. 2022).

A redução da oferta de cuidados de saúde, mesmo que desnecessários, pode não ser proposta pelos médicos em razão do receio em serem vistos como negligentes ou descuidados. Contudo, dois estudos contrapõem essa percepção. No primeiro, o objetivo era determinar se uma intervenção de desprescrição compromete a confiança de idosos em seus médicos (n=352). Após seis meses da intervenção, a maioria dos participantes ganhou ou manteve estável o seu nível confiança no médico (81,9%, IC 95% - 77,9-86,0) (Zhang et al. 2018). Outro estudo avaliou o impacto da recusa de intervenção de baixo valor em saúde na relação médico-paciente. Os participantes (n=232) eram apresentados a uma vinheta na qual o médico se recusa a fornecer um serviço de baixo valor: antibióticos para sinusite aguda, eletrocardiograma de triagem, teste de vitamina D de triagem. Os pacientes deveriam imaginar o que aconteceria se seu próprio

médico agisse da mesma maneira. A maioria dos participantes acreditava que seu relacionamento com seu clínico não seria afetado negativamente pela recusa, pois confiavam na orientação recebida. Contudo, os participantes enfatizaram que os médicos que inspiram confiança são aqueles que os ouvem, passam tempo com eles e oferecem conselhos compreensíveis (Rockwell et al. 2022a).

3.3.3 *Medidas preventivas*

A longitudinalidade mais uma vez tem papel importante da adoção de medidas preventivas pelas pessoas. Isso pode ser observado em estudo transversal (n=60.446) que a continuidade de cuidado com o médico foi associada a um aumento de 6,0% nas vacinações contra influenza ($p = 0,01$), 6,2% na realização de mamografias ($p = 0,04$) e um aumento não significativo de 2,5% no aconselhamento para cessação do tabagismo ($p = 0,30$). O efeito foi independente daquele provocado pela continuidade de cuidado do mesmo serviço de saúde (Doescher et al. 2004). Outro estudo transversal (n=10.232), com idosos beneficiários do *Medicare*, procurou avaliar a associação da continuidade do cuidado médico, atributos da APS e oferta de serviços preventivos (vacinação contra influenza, mamografia e exame ocular para diabéticos). Conforme a duração do relacionamento aumentava, as pontuações em comunicação, conhecimento acumulado do paciente pelo médico e confiança melhoravam. A duração do relacionamento e a comunicação foram preditores do conhecimento acumulado do paciente pelo médico. Tal conhecimento acumulado predizia a confiança, e a confiança foi preditora da prestação de serviços preventivos (Parchman e Burge 2004).

3.3.4 *Adesão*

A fraca adesão às recomendações médicas é um catalisador reconhecido de consequências adversas em saúde no mundo todo. A literatura destaca a

consciência de saúde como um provável antecedente para a confiança paciente-médico, que por sua vez promove a adesão médica. No entanto, os princípios do cuidado centrado no paciente sugerem que as percepções do paciente sobre a avaliação de suas emoções pelo médico podem influenciar o caminho entre a confiança e a adesão médica. A interação entre paciente e médico pode influenciar de maneira positiva a adesão às recomendações de quatro diferentes formas: técnicas pedagógicas, oferecendo instruções claras e concisas, maior alinhamento entre expectativas de médico e paciente em relação aos objetivos da consulta e do tratamento, “ativação” da responsabilidade do paciente em relação ao tratamento e interação afetiva, traduzida através da percepção de um atendimento amigável, atento e compassivo (Garrity 1981).

Um estudo transversal em países cultural e economicamente diversos (Bósnia-Herzegovina (n = 262) e Estados Unidos (n = 314)), mostrou que a confiança do paciente no médico está positivamente relacionada à consciência de saúde (*health consciousness*), exercendo um efeito mediador importante na associação da consciência de saúde com a adesão às recomendações médicas (Espinosa e Kadić-Maglajlić 2019). Resultado semelhante foi encontrado em revisão sistemática de 4 estudos que buscou avaliar a associação do empoderamento dos pacientes na adesão às recomendações médicas. De acordo com os autores, altos níveis de autoeficácia e de *locus* de controle interno consistentemente promoveram uma maior adesão. O *locus* de controle centrado do médico também apresentou associação positiva. Outras dimensões de *locus* de controle externo apresentaram associação negativa (chance, Deus) ou ambígua (controle atribuído ao poder de alguém) (Náfrádi et al. 2017).

Em revisão sistemática que analisou 22 estudos, buscou-se avaliar os fatores relacionado à não-adesão primária (quando o paciente sequer inicia o tratamento prescrito). Os motivos de não-adesão foram divididos em 5 categorias: paciente, medicação, profissional, sistema de saúde e fatores socioeconômicos. Em relação aos profissionais, a falha de comunicação foi considerada o fator preponderante (Lee et al. 2018).

A doença cardiovascular (DCV) é responsável por quase um terço das mortes no Brasil e afeta desproporcionalmente o estrato mais vulnerável da população, que tem grande dificuldade no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade (Oliveira et al. 2022). Dois estudos apresentam o papel da relação médico-paciente na adesão ao tratamento de doenças cardiovasculares. No primeiro, foi realizada revisão sistemática com objetivo de identificar fatores associados à não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Foram incluídos 44 estudos. Maior copagamento, efeitos colaterais e uma relação médico-paciente ruim foram identificados como os fatores com evidências mais consistentes (Van Der Laan et al. 2017). Outra revisão sistemática buscou sintetizar os resultados de ECRs que visavam melhorar adesão à medicação em pacientes com doença arterial coronariana. As estratégias de intervenção com melhores resultados incluíram: facilitar a comunicação entre paciente e profissionais de saúde, utilizar tecnologias móveis de saúde com ênfase na comunicação bidirecional, fornecer educação ao paciente em conjunto com aconselhamento sobre estilo de vida e comportamento e fornecer apoio psicossocial (Zullig et al. 2017).

Por fim, uma evidência robusta entre a relação médico-paciente e adesão foi identificada através de meta-análise que procurou determinar a magnitude da relação entre a colaboração médico-paciente e a adesão do paciente. Um tamanho médio de efeito ponderado de $M_d = 0,145$ (IC 95%: 0,125 a 0,165; $p < 0,001$) foi derivado dos 48 estudos incluídos. A relação entre colaboração e adesão manteve-se nas populações pediátricas e adultas, em condições crônicas e agudas e entre médicos de atenção primária e especialistas (Arbuthnott e Sharpe 2009).

3.3.5 Satisfação

A satisfação com o cuidado é dos principais indicadores da experiência do paciente com o serviço de saúde, que por sua vez é um dos pilares da qualidade do cuidado (Berwick et al. 2008). A interação dos pacientes com os médicos é um dos principais fatores associados com a satisfação com o cuidado. Isso foi demonstrado em uma série de estudos, em diferentes contextos.

Em estudo de 1.761 episódios de problemas agudos atendidos em dois ambulatórios de atenção primária, foi avaliada a satisfação do paciente com o cuidado recebido pelo médico e com o desfecho de seu problema agudo. O desfecho foi avaliado através de uma escala funcional de sete pontos que varia de funcionalidade plena sem sintomas num extremo e morte no outro. Foram associados de maneira significativa com a satisfação com o cuidado os seguintes preditores: satisfação com o desfecho, acompanhamento com o mesmo médico, expectativa de melhora após a consulta e concordância de expectativas de médico e pacientes após a consulta (Woolley et al. 1978).

Já estudo que avaliou fatores relacionados à satisfação do paciente, lealdade ao médico e recomendação deste a outras pessoas encontrou que os principais preditores desses desfechos foram confiança no médico e boa relação interpessoal (Platonova et al. 2008).

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

Outra revisão sistemática de 17 estudos concluiu que a confiança e a comunicação efetiva entre médico e paciente foram positivamente relacionadas à satisfação do paciente e à qualidade percebida dos serviços de saúde em termos de melhor adesão à medicação e seguimento da orientação médica. O resultado foi encontrado tanto em estudos em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (Chandra et al. 2018).

O efeito da confiança nos profissionais em diferentes desfechos foi avaliado em meta-análise de 47 estudos (n=34.817). Foi encontrada uma grande associação entre confiança e satisfação do paciente ($r= 0,57$, IC 95% 0,49 a 0,64) (Birkhäuser et al. 2017).

Um tempo de consulta adequado é necessário para que componentes importantes da relação médico-paciente sejam desenvolvidos, especialmente dos domínios envolvidos com aliança terapêutica/decisão compartilhada. E isso se traduz em maior satisfação das pessoas, como pode ser detectado em revisão sistemática, que incluiu 5 estudos. Um maior tempo de consulta foi positivamente associado com a satisfação do paciente. O tempo médio de consulta variou de 6,9 a 12,4 minutos (Fitri Surbakti e Sari 2018).

3.3.6 Custo

Para fechar este capítulo, é importante considerar o efeito da relação médico-paciente no custo dos serviços de saúde. Poucas evidências podem ser encontradas sobre este tema, o que é comum em se tratando de componentes *soft* do cuidado, cujo custo de implementação, bem como os efeitos na redução de custos posteriores são difíceis de serem isolados e precificados. Contudo, podem ser encontradas pesquisas que apontam para o valor da relação-médico paciente.

Foi realizado estudo norte-americano com objetivo de analisar o valor econômico do cuidado, traduzido através de sete comportamentos por parte dos

profissionais de saúde: comunicação, ajuda, empatia, respeito, informação, conforto e ser visto. Em análise de custo realizada em cenário hipotético de uma clínica de atenção primária com 5 mil pacientes, foi estimada uma economia de US\$ 186.550,00 em um ano, através de redução de gastos com medicações, exames, procedimentos e ações judiciais, além de ganhos através da propaganda positiva realizada pelos pacientes (Issel e Kahn 1998).

Conforme já foi apresentado, a continuidade é um dos principais componentes da relação médico-paciente. Uma revisão sistemática que incluiu 87 estudos buscou avaliar a associação entre a continuidade do cuidado e os custos ou uso dos serviços de saúde. Dezoito estudos analisaram a associação com custos em saúde, sendo que em 14 a continuidade do cuidado foi associada a menores custos, enquanto os outros 4 estudos não encontraram diferença significativa. O uso dos serviços de saúde foi avaliado em 79 estudos, com 142 diferentes desfechos. Em 95 desfechos houve impacto positivo da continuidade do cuidado (redução de hospitalizações, redução de visitas à emergência, maior uso da atenção primária e redução de uso de serviços indesejados). Outros 36 estudos mostraram uma relação incerta ou mista (Bazemore et al. 2023).

3.4 FATORES QUE INFLUENCIAM A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A cultura local, os valores e costumes de um determinado povo, determinam em parte as características consideradas positivas e negativas da relação médico-paciente. Geert Hofstede define cultura como “a programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categoria de pessoas dos demais”. Hofstede realizou pesquisas fundamentais sobre os valores dominantes dos países e a forma como eles influenciam o comportamento nas organizações. Os dados originais foram baseados em um extenso banco de dados para o qual foram utilizados 116.000 questionários em 72 países e em 20 idiomas (Hofstede et al. 2010). Analisando seus dados, Hofstede identificou cinco grupos de valores (ou "dimensões") que são os mais fundamentais para

entender e explicar as diferenças nas respostas às perguntas individuais em seus questionários (Jacobs e Wursten 2019):

- a) Distância de poder: é a medida em que os membros menos poderosos de uma sociedade aceitam que o poder é distribuído de forma desigual;
- b) Individualismo vs. coletivismo;
- c) Feminilidade vs. Masculinidade;
- d) Evitação de incerteza (ou controle de incerteza): refere-se à medida em que as pessoas se sentem ameaçadas pela incerteza e ambiguidade;
- e) Orientação de Longo Prazo: é a medida em que uma sociedade exhibe uma perspectiva voltada para o futuro, em vez de uma visão de curto prazo.

Em países com alta distância de poder, a consulta é curta e o médico informa o paciente sobre suas conclusões. Em países com baixo índice nessa dimensão, o médico tende a ouvir mais o paciente. Em países altamente individualistas, o médico vai direto ao ponto, enquanto em países com baixo índice, o médico tenta construir um relacionamento antes de iniciar a consulta. Em países altamente masculinos, o paciente espera que o médico cumpra seu papel como profissional eficiente. Em países com alta evitação de incerteza, os médicos enfatizam seu perfil de especialistas. Em países com alto índice de orientação de longo prazo, é possível uma combinação de tratamentos formais e alternativos pelo médico. A partir dessas conclusões, é importante considerar que não existem fatores universais que afetam a relação médico-paciente, ou direção de efeito única. Os fatores devem ser interpretados dentro de seu contexto, uma vez que sofrem importantes influências culturais.

A Tabela 3 apresenta as características de pacientes, médicos e serviços de saúde que influenciam a relação médico-paciente, identificadas e sintetizadas através das evidências encontradas na revisão da literatura. A discussão detalhada destas evidências é apresentada a seguir.

Tabela 3. Características de pacientes, médicos e serviços de saúde que influenciam a relação médico-paciente.

Pacientes		Médicos/serviço de saúde	
Efeito positivo	Efeito negativo	Efeito positivo	Efeito negativo
Maior idade	Ser não-branco	Cor da pele concordante com a do paciente	Ser mulher
Maior nº de consultas	Baixo status socioeconômico	Maior satisfação com o trabalho	Maior carga de trabalho
Portador de doença crônica	População rural	Maior tempo de consulta	Especialização
	População LGBT+	Médicos jovens	

Fonte: autor, a partir da revisão da literatura.

3.4.1 *Características dos pacientes*

Em relação às características dos pacientes que influenciam a percepção da relação médico-paciente, estudo dinamarquês com 28.260 avaliações de pacientes atendidos por médicos de família evidenciou que uma avaliação positiva esteve associada com maior idade dos pacientes, maior quantidade de consultas e pacientes portadores de condições crônicas. Já pacientes com pior auto-avaliação de saúde avaliaram de maneira menos positiva a relação médico-paciente (Heje et al. 2008)

A implicação do sexo de médicos e pacientes na relação médico-paciente também pode ser vista em estudo que avaliou a satisfação do paciente após demonstração de incerteza do médico. A satisfação do paciente reduziu apenas com demonstração de incerteza de médicas, especialmente quando o paciente era homem (Cousin et al. 2013).

A cor da pele de médicos e pacientes também influencia a relação médico-paciente. Em estudo de 1.816 adultos atendidos em 32 clínicas de atenção primária, pacientes negros avaliaram suas consultas como menos

participativas, quando comparados com pacientes brancos, após ajuste para confundidores. Pacientes com cor concordante com a do médico avaliaram as consultas como mais participativas quando comparados com relações entre pessoas de cores discordantes (Cooper-Patrick et al., 1999). Outro estudo mostrou que em comparação com os pacientes brancos, escores de empatia do médico eram numericamente menores para pacientes não brancos, mas sem atingir significância estatística (Roberts et al., 2021).

Outro fator que influencia a relação médico-paciente é o status socioeconômico dos pacientes. Em estudo escocês, 629 moradores de áreas de alto ou baixo status socioeconômico e adscritos a 47 médicos de família foram avaliados em relação a expectativas, características da consulta e desfechos. Pacientes moradores de áreas com pior status socioeconômico tinham menos desejo de decisão compartilhada ($p < 0,001$) e perceberam seus médicos como menos empáticos ($p = 0,02$). Nessa população os médicos, por sua vez, forneceram um atendimento menos centrado no paciente através de comportamentos verbais e não-verbais. A percepção de maior empatia foi um preditor de melhores desfechos após um mês nos dois grupos, em escala de autoavaliação de severidade de sintomas, após análise multinível com regressão múltipla (Mercer et al. 2016). Esse achado é confirmado por uma revisão sistemática com meta-análise de 18 estudos ($n = 9.708$), com objetivo de avaliar se existem disparidades no status socioeconômico e na raça/etnia em relação à experiência relatada pelos pacientes quanto à empatia do médico. Pacientes de baixo status socioeconômico experimentaram menor empatia por parte dos clínicos (*diferenças de médias* = $-0,87$ – IC 95% $-1,72$ a $-0,02$) (Roberts et al. 2021).

Revisão sistemática de 37 estudos, buscando examinar as evidências sobre a relação médico-paciente em populações de pacientes marginalizados, dentro do contexto do cuidado do câncer, encontrou evidências de disparidades para todas as 7 populações de pacientes marginalizados estudadas: mulheres, idosos, população rural, não brancos, portadores de necessidades especiais, população de baixa renda, população LGBTQ+. Confiança e satisfação com o médico foram os principais desfechos avaliados (Palmer Kelly et al. 2021).

3.4.2 *Características dos médicos ou do serviço de saúde*

Conforme já mencionado, o sexo do médico parece estar implicado na interação entre médicos e pacientes, como pode ser visto em estudo transversal belga de avaliação da aliança terapêutica (n=170). Maiores escores foram obtidos por médicos do sexo masculino. Na subamostra de pacientes com uma doença crônica, maiores escores foram relatados por pacientes que tiveram mais de 10 consultas no ano (Boeckxstaens et al. 2020). A idade do médico ou anos de experiência profissional não estiveram associados à maior aliança terapêutica.

A despeito de serem vistas com desconfiança pelos pacientes, as médicas engajam-se mais em comportamentos que favorecem uma relação médico-paciente de alta qualidade. Uma meta-analítica de 26 estudos observacionais, houve associação significativa com sexo feminino os seguintes comportamentos: construção de parceria, conversa positiva, questionamento e aconselhamento psicossocial, conversa focada em emoções. Não houve diferença em relação à quantidade, qualidade ou maneira de oferta de informações biomédicas ou conversa social. As consultas das médicas foram, em média, 2 minutos mais longas (Roter et al. 2002).

Enquanto a presença de comorbidades parece melhorar a avaliação da relação na perspectiva do paciente, tem o efeito oposto na perspectiva do médico. Revisão integrativa de 19 estudos acerca das características associadas a pacientes “difíceis”, mostrou que médicos e/ou acadêmicos de medicina consideravam difíceis os pacientes com: condições clínicas como doenças psicossomáticas e crônicas; sintomas e queixas como dor; emoções fortes; problemas na obtenção e no compartilhamento de informações, nas tomadas de decisão, na adesão ao plano terapêutico e no seu autocuidado; e baixo status socioeconômico/alta vulnerabilidade social (Cruvinel; Grosseman, 2023).

Em estudo canadense, 299 pacientes com doenças crônicas adscritos a 5 médicos rurais foram acompanhados por 3 meses, com objetivo de avaliar o

conhecimento que médicos tinham dos seus problemas. Para isso, os pacientes responderam um questionário a respeito de suas queixas, desconfortos, preocupações, distúrbios diários e problemas sociais. As características associadas com maior conhecimento pelo médico dos problemas dos pacientes foram: pequeno número de problemas, maior número de consultas e o paciente, e não o médico, iniciar a consulta. Idade e escolaridade do paciente, bem como tempo de acompanhamento não foram associados a maior conhecimento dos problemas. Maior conhecimento não esteve associado com maior satisfação do paciente, mas esteve associado com maior autopercepção de melhora dos problemas apresentados (Stewart et al. 1979).

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

O tempo de consulta do qual dispõem médico e paciente exerce bastante influência na qualidade da relação. Ele é desejado pelas duas partes e está associado com maior satisfação por ambos. Um tempo adequado de consulta é necessário para que domínios importantes da relação, como aliança terapêutica e decisão compartilhada, sejam desenvolvidos. Maiores tempos de consulta estão associados a melhor controle de sintomas e doenças crônicas e redução de internação por condições sensíveis a APS. Contudo, locais com maiores necessidades em saúde estão entre aqueles com os menores tempos de consulta (Sans-Corrales et al. 2006; Irving et al. 2017; Cingi e Yalın 2018; Fitri Surbakti e Sari 2018).

Assim como o tempo de consulta permite que exista espaço para o desenvolvimento de um relacionamento satisfatório, a carga de trabalho age no sentido oposto. Médicos que trabalham muitas horas por semana tem maior dificuldade em estabelecer uma boa relação com os seus pacientes. Para além do menor tempo menor de consulta, a sobrecarga de atendimentos dificulta a oferta de atenção qualificada por parte dos profissionais. (Krebs et al. 2006; Qiao et al. 2019a).

A experiência do médico também interfere na qualidade do relacionamento com os pacientes. Médicos mais jovens usualmente são mais empáticos no cuidado oferecido aos pacientes. Por outro lado, tem maior dificuldade em lidar com relacionamentos interpessoais difíceis. A disposição de médicos jovens na construção de um bom relacionamento interpessoal pode ser a explicação da associação negativa que a especialização médica tem com a qualidade da relação médico-paciente, efeito que parece ser independente do tipo de especialidade (Barnsley et al. 1999; Krebs et al. 2006; Quigley et al. 2014).

Contudo, é importante notar que características pessoais, profissionais e estruturais que podem prejudicar a capacidade de construção de uma boa relação por parte do médico podem ser contrabalançadas pela longitudinalidade, um atributo muito valorizado tanto por profissionais como por pacientes, e que serve como base para o desenvolvimento de uma relação de respeito e confiança, que necessita de tempo para amadurecer, como em qualquer relacionamento humano (Greenhalgh e Heath 2010).

A satisfação do médico com o seu trabalho afeta a qualidade do relacionamento com os pacientes. Médicos insatisfeitos com o seu trabalho oferecem cuidado de pior qualidade e tem menor capacidade de estabelecer uma boa comunicação com os pacientes. Ao mesmo tempo, uma baixa qualidade da relação retroalimenta a insatisfação do profissional, uma vez que um dos fatores associados com satisfação é a qualidade do relacionamento com os pacientes (Szecsenyi et al. 2011; Bensing et al. 2013). Outros fatores como remuneração e perspectiva de crescimento profissional, estrutura física e condições de trabalho, autonomia profissional capacidade de gestão da rotina e características regionais

do local onde o médico trabalha estão associados com a satisfação com o seu trabalho (Vitali et al. 2020; Stobbe et al. 2021).

3.5 COMO MEDIR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE?

3.5.1 *Patient-reported experience measures*

Um dos desdobramentos das diferentes iniciativas voltadas para o que amplamente se conhece como o cuidado centrado na pessoa (ou cuidado centrado no paciente, dependendo do autor), foi o desenvolvimento de indicadores que buscam monitorar o sucesso das mudanças desencadeadas por novos paradigmas de cuidado com esse enfoque. Nesse sentido, destacam-se dois conjuntos de indicadores (Desomer et al. 2018):

- a) Medidas de Resultados Relatadas pelo Paciente (*Patient-Reported Outcome Measures – PROMs*): qualquer medição do status de um paciente em relação à sua condição de saúde (qualidade de vida, sintomas, efeitos do tratamento, funcionalidade), obtido diretamente do paciente, sem interpretação da resposta por um clínico ou qualquer outra pessoa;
- b) Medidas de Experiência Relatadas pelo Paciente (*Patient-Reported Experience Measures – PREMs*): medição das percepções dos pacientes sobre sua experiência com o processo (em vez do resultado) do cuidado. Isso inclui experiências subjetivas (satisfação com o cuidado), experiências objetivas (tempo de espera) e observações do comportamento dos prestadores de cuidados de saúde (qualidade da comunicação).

Essas medidas geralmente são aplicadas no contexto de um esforço para ampliar a participação do paciente e centrar o cuidado na pessoa, tornando-a protagonista nas decisões sobre sua saúde. Nesse contexto, o empoderamento do paciente é um conceito mais amplo do que a participação do paciente e o foco no

paciente. Trata-se do apoio que os pacientes recebem para entender suas opções terapêuticas. A utilização de PROMs e PREMs, pode ajudar a desenvolver a autonomia dos pacientes (Desomer et al. 2018).

Além disso, PROMs e PREMs tem sido aplicados com outros objetivos:

- a) Obter informações para melhorar a qualidade do cuidado individual;
- b) Monitoramento da saúde da população;
- c) Avaliação da efetividade das intervenções me saúde;
- d) Mobilizar a melhoria da qualidade do cuidado;
- e) Pagamento por desempenho.

De maneira geral, existe uma associação positiva entre a experiência do paciente, segurança do paciente e resultados em saúde. Essas associações foram observadas em uma ampla variedade de problemas de saúde, cenários de cuidado, medidas de resultado e delineamentos de estudo. Pode ser verificada a associação positiva da experiência do paciente com resultados de saúde como: adesão às recomendações clínicas e utilização de recursos (hospitalização, tempo de internação e consultas na atenção primária) (Doyle et al. 2013).

Por outro lado, existe um debate sobre a confiabilidade, validade e utilidade dos PREMs, e uma falta de evidências claras sobre como utilizar tais dados de maneira significativa para informar melhorias na qualidade do cuidado (Gleeson et al. 2016). Considerando isso, a escolha e implementação correta dos PREMs deve levar em consideração a utilização de instrumentos que tenham passado pelo devido processo de aferição de suas propriedades de medida. Além disso, é necessário que os resultados sejam traduzidos de forma a serem facilmente compreendidos pelos pacientes e profissionais de saúde, a fim de que eles realmente possam desencadear processos de melhoria da qualidade do cuidado (Bull et al. 2022).

3.5.2 Instrumentos de medida da relação médico-paciente

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

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

Um instrumento que vem sendo muito utilizada nos serviços de saúde para avaliação sumarizada da experiência do cuidado é o *Net Promoter Score* (NPS). Ele foi desenvolvido em 2003 e é usado na avaliação de uma grande variedade de serviços em todo o mundo. Muitas vezes descrito com a “pergunta definitiva”, o NPS pergunta “Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria nosso serviço para um amigo?”. Indivíduos que atribuem uma pontuação 9 ou 10 apresentam maior chance de recomendar o serviço. Eles são chamados de

"promotores". Indivíduos que respondem 7 ou 8 são considerados indiferentes ("neutros"). Por fim, aqueles que respondem com pontuações de 0 a 6 provavelmente estão insatisfeitos e são classificados como "detratores". O NPS é então calculado como a porcentagem de "promotores" menos a porcentagem de "detratores" (Krol et al. 2015).

O NPS é uma opção atraente para organizações de saúde por ser um instrumento de medição rápida e simples, que pode gerar um grande número de respostas em pouco tempo. Além disso, ele costuma ser bem compreendido mesmo por pessoas com baixa escolaridade e apresenta boas taxas de resposta. Por outro lado, ele nunca foi validado para o uso no cenário da saúde. Também não existem pesquisas demonstrando que o uso do NPS promova a melhora do cuidado. Isso pode estar relacionado à baixa capacidade do instrumento em discriminar qual foi o motivo da experiência ruim do respondente. Além disso, sua utilização como ferramenta de *benchmarking* entre diferentes serviços tem sido questionada, uma vez que a resposta é sensível a diferentes características do serviço e do usuário, para além da experiência com o cuidado. Por esses motivos, em vez de ser uma medida singular, o NPS pode ser melhor utilizado como um ponto de partida para compreender melhor a experiência do paciente, o que pode ajudar a identificar áreas que requerem investigação adicional e exame detalhado (Adams et al. 2022).

Foi realizada revisão sistemática com objetivo de encontrar diferentes escalas de avaliação da relação médico-paciente e avaliar suas características psicométricas (Eveleigh et al. 2012). Estudos com dezenove diferentes instrumentos foram incluídos. Destes, oito instrumentos eram focados em saúde mental, nove instrumentos em atenção primária e outros dois em tratamento paliativo e comunitário. A maioria dos instrumentos (n=16) era respondido apenas pelos pacientes. A dimensão mais frequentemente mencionada relacionava-se com alguma forma de aliança, com descrições como vínculo, objetivos, tarefas e colaboração. Outras dimensões frequentemente avaliadas eram confiança, empatia e comunicação relacional. Os autores concluem que não há um instrumento melhor que outro, mas que a escolha deve estar adequada ao objetivo e cenário da aplicação. Na atenção primária, sugerem o uso do *patient-*

doctor relationship questionnaire (PDRQ-9), por ser conciso, fácil de aplicar e com excelente consistência interna.

A partir do estudo mencionado no parágrafo anterior, nova revisão sistemática foi publicada em 2018, com objetivo de identificar questionários utilizados na APS na avaliação da qualidade do relacionamento entre pacientes e profissionais. Dos 27 instrumentos identificados, 9 foram recomendados para uso futuro, devido sua relevância, aplicabilidade e qualidade metodológica utilizada no desenvolvimento, dentre eles o PDRQ-9 (Ball et al. 2018). Segundo os autores, a seleção de um questionário deve ser baseada em seu escopo, foco, duração e viabilidade de uso no cenário em que será aplicado.

Outra revisão sistemática que buscou avaliar os instrumentos validados de aferição da satisfação do paciente com a interação médico-paciente. Foram identificados 22 instrumentos validados, incluindo o PDRQ-9. As principais lacunas identificadas nos instrumentos foram a praticidade das pontuações e a adaptação transcultural (Godillot et al. 2021). Essa conclusão está alinhada com os resultados de revisão sistemática com o objetivo avaliar comparativamente os instrumentos mais utilizados para estudar a comunicação na relação médico-paciente, com ênfase no contexto ibero-americano. O PDRQ-9 foi avaliado como possuindo robusta evidência psicométrica acumulada. Os autores também destacam a relevância da adaptação transcultural (Lazzaro-Salazar e Pujol-Cols 2022). Importante notar que uma das fortalezas do PDRQ-9 é sua praticidade. Além disso, encontra-se adaptado para utilização no contexto cultural brasileiro (Wollmann et al. 2018).

3.5.3 Descrição do PDRQ-9

O *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9) foi desenvolvido em 2004 por pesquisadores da *Vrije Universiteit*, em Amsterdam, a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia, o *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ), composto por 11 itens (Van Der Feltz-Cornelis et al. 2004).

A aliança terapêutica é uma relação profissional caracterizada por concordância entre o provedor de cuidados de saúde e o paciente em relação ao(s) objetivo(s) do tratamento, a extensão em que há concordância sobre as tarefas que cada participante irá realizar para alcançar o(s) objetivo(s) do tratamento, e a extensão em que há confiança e afinidade entre o provedor e o paciente. Uma boa aliança terapêutica nos cuidados médicos está intimamente associada à aceitação dos pacientes ao tratamento (avaliado pela utilidade percebida), com os pacientes acreditando que podem participar e se beneficiar do tratamento (avaliado pela autoeficácia de adesão e expectativas de resultados dos cuidados de saúde), e com a adesão percebida dos pacientes ao tratamento (avaliado pela adesão). A aliança terapêutica também está fortemente associada à satisfação do paciente (Fuentes et al. 2017).

O HAQ foi escolhido como base para a construção de um instrumento de avaliação da relação médico-paciente, considerando os muitos pontos de convergência que a relação médico-paciente apresenta com a aliança psicoterapêutica (altos níveis de confiança, cooperação, compreensão empática e pessoalidade). O objetivo era criar um instrumento quantitativo curto, focado em avaliar o quanto o paciente considera seu médico como um profissional de saúde competente e prestativo. Durante o processo de desenvolvimento da versão pré validação do PDRQ-9, alguns itens do HAQ foram modificados e também foram adicionados outros seis itens, com objetivo de adaptar a escala ao cenário da APS. O PDRQ-9 é respondido pelo paciente, de maneira autoaplicada. Cada item do instrumento é uma afirmação sobre a relação terapêutica. O paciente deve responder o quanto concorda com cada afirmação do instrumento através de uma escala Likert de cinco pontos (Van Der Feltz-Cornelis et al. 2004).

No estudo original de validação do instrumento, foram extraídos dois fatores, após análise fatorial. O primeiro fator foca no estilo empático e a disponibilidade do médico, sendo responsável por 58% da variância explicada. O segundo fator foca nos sintomas dos pacientes, sendo responsável por apenas 9% da variância explicada. Os itens integrantes desse fator foram eliminados, sendo considerados como específicos do cenário de psicoterapia, uma vez que assumiam uma mudança no sintoma provocada pelo esforço do profissional.

Essa expectativa não ocorre da mesma forma no atendimento médico, especialmente no contexto das doenças crônicas. Ao final, foi validada uma escala unidimensional de nove itens, que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente.

Cada item do instrumento final examina diferentes aspectos da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade), avaliando aspectos relacionais e de satisfação. Aspectos relacionados à qualidade do cuidado, competência técnica ou padrões de comunicação não são avaliados pelo instrumento. O escore geral do instrumento pode ser calculado de duas formas: através da média aritmética dos 9 itens, situação na qual pode variar de 1 a 5, ou através do somatório dos 9 itens, com variação possível de 9 a 45.

O PDRQ-9 já foi traduzido e sua aplicação validada em diversos países (Tabela 4). Nas validações realizadas apresentou alta confiabilidade e consistência interna.

Tabela 4. Sumário dos estudos de validação do PDRQ-9 em diferentes países

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

Arafat	Bangladesh	2016	50	Ambulatório de Psiquiatria	-	-	0,97
Hegazy	Egito	2021	434	Clínicas de APS	-	-	0,98
Wang	China	2023	201	Hospital	-	80,7	0,93

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

3.5.4 Utilização do PDRQ-9

O PDRQ-9 tem sido utilizado principalmente em três finalidades:

- a) Avaliação da relação médico-paciente em populações específicas;
- b) Avaliação dos fatores associados a relação médico-paciente;
- c) Como variável preditora de resultados de saúde ou como um resultado de saúde em si mesmo.

O PDRQ-9 já foi utilizado para a avaliação da relação médico-paciente em pacientes portadores de doença reumatológica (Pascual-Ramos et al. 2022), pacientes oncológicos (Calderón et al. 2021) e pessoas transgênero (Markovic et al. 2021). Também foi utilizado em alguns estudos de avaliação do efeito da pandemia por COVID-19 na relação médico-paciente (Zhou et al. 2021b, 2021a).

O instrumento também foi aplicado na avaliação dos fatores associados com a qualidade da relação médico-paciente no México (Pascual-Ramos et al. 2022), na China (Qiao et al. 2019b) e na Alemanha (Dinkel et al. 2016b). O PDRQ-9 foi utilizado como base para elaboração de um instrumento que avalia a relação médico-paciente através da perspectiva do profissional (Engler et al. 2023). Assim como veio a ser feito no Brasil (ver próximo tópico), o PDRQ-9 foi incorporado como um dos indicadores de qualidade da atenção primária do sistema de saúde suíço (Ebert et al. 2017).

Como variável preditora, o PDRQ-9 já foi utilizado na avaliação de efeito de mecanismos de enfrentamento aos stress (Sarabia-Tapia et al. 2020) e também na associação da relação médico-paciente com a frequência de busca por serviços de saúde (Dinkel et al. 2016a). Foi adaptado para uso da população pediátrica, a fim de avaliar a associação do escore do instrumento com visitas desnecessárias à emergência (Kirby et al. 2021). Como desfecho de saúde, foi utilizado como medida de resultado em estudo de avaliação do impacto da redução de medidas de baixo valor em saúde (como prescrição de antibióticos em sinusite aguda) na qualidade da relação médico-paciente (Rockwell et al. 2022b). Também foi utilizado como desfecho em estudo com pacientes com câncer, que avaliou a associação da presença personalidade dependente nos pacientes com indicadores de saúde e qualidade do cuidado (Porcerelli et al. 2015).

3.5.5 A utilização do PDRQ-9 no Brasil

O PDRQ-9 foi adaptado para o contexto brasileiro, de forma a ser utilizado tanto através de entrevista como de forma autoaplicada. Para tanto, foi realizado um estudo transversal, com 133 usuários adultos de uma Unidade Básica de Saúde. O PDRQ-9 foi respondido pelos participantes de maneira autoaplicada e por meio de entrevista. O instrumento também foi validado por entrevista, utilizando os dados de 628 participantes da Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos, um estudo transversal com amostra sistemática de Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões do Brasil. Nos dois formatos de aplicação foram realizadas avaliações de equivalência semântica, conceitual e de itens, análise fatorial e avaliação da fidedignidade. A adaptação transcultural do PDRQ-9 no Brasil replicou a estrutura fatorial encontrada no estudo original,

com alta consistência interna. Todos os itens apresentaram carga fatorial $> 0,5$ nos diferentes métodos de aplicação e populações, na análise fatorial. Foi encontrado alfa de Cronbach de 0,94 no método autoaplicado. A aplicação por meio de entrevista encontrou alfa de Cronbach de 0,95 e 0,94 nas duas amostras diferentes (Wollmann et al. 2018).

Conforme já mencionado PDRQ-9 foi utilizado na Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos, onde foram entrevistados 6.160 usuários da APS do SUS em todo o país, com objetivo de comparar a qualidade do cuidado oferecido por médicos de programas de provimento médico federal *versus* médicos que não eram vinculados a programas de provimento. Em todos os grupos de médicos, os itens de avaliação da relação médico-paciente apresentaram escores moderados, variando de 3,0 a 3,5 na escala de 1,0 a 5,0. Em todos os grupos, o item com maior escore foi “Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece”, enquanto o item com menor escore foi “Meu médico tem tempo suficiente para mim” (Organização Pan-Americana da Saúde 2018).

Em 2019, o Ministério da Saúde alterou o modelo de financiamento federal da APS, através do Previn Brasil. Este modelo de financiamento está estruturado em três componentes de financiamento principais: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Ministério da Saúde 2019a). O componente de pagamento por desempenho iniciou com sete indicadores de qualidade do cuidado das equipes de APS. São previstos 21 indicadores a serem implementados, sendo que um dos indicadores previstos é a avaliação da qualidade da relação médico-paciente, aferida através do PDRQ-9 (Ministério da Saúde 2019b).

O PDRQ-9 também foi utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua em 2022, no Suplemento Atenção Primária à Saúde Criança (IBGE 2022). Uma inovação realizada nessa pesquisa foi a adaptação do instrumento para que possa ser respondido pelos pais, a fim de avaliar a relação do médico com a criança.

3.6 A UTILIZAÇÃO DE PONTOS DE CORTE EM ESCORES DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Pontos de corte são um meio de transformar variáveis com escala quantitativa em variáveis com escala categórica. Essa transformação normalmente é feita com o objetivo de estabelecer critérios qualitativos que auxiliem na classificação, entendimento, comunicação e tomada de decisão que podem decorrer da utilização dos resultados de uma medida originalmente feita em escala quantitativa (American Educational Research Association. et al. 2014; Tustumi 2022). Exemplos comuns existem no cenário da educação, onde a partir de um escore é necessário estabelecer um nível de proficiência e decidir pela aprovação do estudante.

No contexto da utilização dos PREMs, usualmente os pacientes respondem aos instrumentos através de escalas de frequência (nunca → sempre) ou concordância (concordo → não concordo), como é o caso do PDRQ-9. Para fins de análise estatística, as respostas são convertidas em escores quantitativos. A apresentação dos resultados em tais escores dificulta a compreensão do seu significado, seja por pacientes, profissionais na saúde ou gestores. Considerando os objetivos fundamentais dos PREMs, que são o fortalecimento da autonomia do paciente e o impulsionamento de melhorias na qualidade do cuidado, é importante que os resultados sejam facilmente acessíveis e apresentados de forma compreensível (Bull et al. 2022).

É necessário considerar que a categorização de variáveis quantitativas pode implicar na perda de informação, redução da precisão e distorção das estimativas estatísticas (Busch 2021). A fim de mitigar tais situações, é importante que o racional e os procedimentos usados para estabelecer os pontos de corte sejam claramente documentados. Quando viável e apropriado, os pontos de corte que definem categorias com interpretações distintas devem ser sustentados por dados empíricos sólidos sobre a relação entre o desempenho no teste e os critérios relevantes (American Educational Research Association. et al. 2014).

Em situações nas quais o racional utilizado sugere a dicotomização da variável quantitativa (notadamente, mas não necessariamente, estudos diagnósticos), um método de definição de ponto de corte comumente utilizado são as curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC). A curva ROC é um gráfico da relação entre a sensibilidade *versus* 1-especificidade para todos os possíveis valores de corte do escore, ou seja, a relação entre verdadeiros e falsos positivos (Fluss et al. 2005; Tustumi 2022). As principais vantagens do uso da curva ROC são praticidade, economia, ampla gama de aplicações e consistência do julgamento com os dados empíricos. Uma vantagem adicional é que ela oferece a oportunidade para uma análise aprofundada da consistência entre os julgamentos e os dados empíricos (Kaftandjieva 2010).

Para avaliar a capacidade discriminatória de um ponto de corte, é comum resumir as informações da curva ROC em um único valor ou índice global. A área sob a curva ROC (AUC) é o índice global mais comumente usado. Contudo, existem métodos que podem qualificar a definição do ponto de corte usando a curva ROC. Um dos critérios comumente utilizados é o índice de Youden (J), que maximiza as taxas de verdadeiro positivo e verdadeiro negativo. A equação é $J = \text{Sensibilidade} + \text{Especificidade} - 1$, que é aplicada a cada ponto da curva ROC. O máximo J é frequentemente usado como ponto de corte. Graficamente, o ponto máximo J representa a distância vertical máxima entre a linha de 45 graus e o ponto na curva ROC. Ao utilizar o máximo J, é possível encontrar o ponto de corte que possui o maior valor na soma de sensibilidade e especificidade, ou na diferença entre a sensibilidade e a taxa de falsos positivos. O índice de Youden varia de 0 a 1. Um índice igual a 1 significa a ausência de falso positivos e de falsos negativos. Quanto mais próximo de 1, mais acurado é o ponto de corte estabelecido (Youden 1950; Fluss et al. 2005; Tustumi 2022).

3.7 A INSERÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NOS PARADIGMAS DE CUIDADO

Cuidados em saúde precários estão vinculados a três grandes causas: dinheiro e financiamento; conhecimento, preconceito e incerteza; e poder e relações humanas. A oferta de cuidado é iniciada pela decisão tomada no contexto da relação médico-paciente. Contudo, é fortemente influenciada pelos recursos disponíveis, normas sociais, sistema político, conhecimento científico, configuração e capacidade do sistema de saúde e formas de financiamento. Estando no centro do ecossistema, a relação médico-paciente afeta a qualidade do cuidado por diferentes mecanismos (Saini et al. 2017):

- a) Desequilíbrios de poder ou confiança impedindo decisões compartilhadas;
- b) Falta de tempo para transmitir informações complexas em um formato compreensível, inviabilizando a tomada de decisão mutuamente respeitosa e promoção de uma cultura de parceria;
- c) Raça, classe ou outras discriminações, levando a uma oferta seletiva de exames e tratamentos;
- d) Barreiras educação, idioma e cultura entre profissionais e pacientes.

A fim de melhorar a qualidade do cuidado, uma série de modelos de organização dos sistemas e serviços de saúde tem sido proposta. A seguir, são apresentados diferentes paradigmas organizacionais, nos três níveis de gestão (macro, meso e micro) que incorporam a relação médico-paciente no escopo de suas propostas.

3.7.1 Triple/Quadruple Aim

Em 2008, Berwick e colegas publicaram um importante artigo (Berwick et al. 2008) no qual estabelecem três objetivos que devem ser perseguidos pelos sistemas de saúde:

1. Melhorar a saúde das populações;

2. Melhorar a experiência da pessoa com o cuidado e;
3. Reduzir o custo *per capita* do cuidado em saúde.

O principal objetivo do *Triple Aim* é melhorar a saúde da população, sendo que os outros dois objetivos – melhorar a experiência do paciente reduzindo custos – contribuem para a realização do objetivo principal. A fim de atingir o objetivo principal, foi proposto um quarto objetivo: melhorar a satisfação dos profissionais de saúde com o seu trabalho (Bodenheimer e Sinsky 2014). Tal mudança foi sugerida, considerando o impacto que as condições de trabalho exercem na qualidade do cuidado em saúde.

A relação dos profissionais com as pessoas é descrita como um dos facilitadores importantes de implementação do *Triple/Quadruple Aim*. Especialmente no âmbito da APS, os profissionais devem atuar como integradores do sistema, a partir de relações de longo prazo, desenvolvendo planos de cuidados compartilhados, coordenando o cuidado e fornecendo acesso inovador aos serviços por meio de agendamento aprimorado, conexão com recursos da comunidade e novos meios de comunicação entre indivíduos, famílias e equipe, facilitados por um registro de saúde personalizado controlado pelo paciente.

O paradigma sugerido por Berwick ganhou grande repercussão, sendo adotado por diversos sistemas de saúde, públicos e privados, como modelo orientador de mudanças no sentido de melhorar sua performance (Institute for Healthcare Improvement 2022).

A implementação adequada das mudanças a fim de atender os objetivos delineados pelo *Triple Aim* depende do acompanhamento permanente do cuidado que é oferecido às pessoas. Esse acompanhamento deve ser feito através da mensuração de indicadores de qualidade. Em relação a experiência com o cuidado, é fundamental a obtenção da perspectiva dos usuários, em relação a como eles interagem com os serviços de saúde (Whittington et al. 2015).

3.7.2 Atenção Primária à Saúde

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

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

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

Segundo a autora Bárbara Starfield:

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

É possível compreender através desse fragmento que a relação médico-paciente exerce papel importante como modulador de impacto da qualidade do

atendimento e desfechos em saúde. Dessa forma, a disponibilização de instrumentos capazes de realizar a avaliação da relação médico-paciente tornam-se importante com ferramentas de qualificação do atendimento em saúde.

3.7.3 Cuidado centrado na pessoa

O cuidado centrado na pessoa pode ser medido em diferentes componentes, por diferentes instrumentos, avaliando diferentes desfechos. Independentemente no modelo adotado, existe uma associação com melhores resultados no cenário da saúde (Stewart et al. 2017):

De modo geral, elas (as evidências) indicam que o cuidado centrado na pessoa tem uma influência positiva, como na adesão ao tratamento, nos autorrelatos de saúde e nos resultados de saúde fisiológica. Além disso, as intervenções para melhorar a comunicação centrada na pessoa são efetivas para a modificação do comportamento dos profissionais da saúde. Em suma, (os estudos) relatam boas notícias e fornecem evidências de que ensinar a praticar o cuidado centrado na pessoa vale a pena. Também unem a medicina baseada em evidências e a medicina centrada na pessoa ao confirmarem que o cuidado centrado na pessoa tem uma base de evidências.

O método clínico centrado na pessoa, apresentado pelo grupo da Universidade de Western Ontario, é um dos principais paradigmas de cuidado clínico utilizados atualmente, buscando fortalecer a participação dos pacientes no seu próprio cuidado em saúde.

O modelo proposto apresenta quatro componentes interativos (Stewart et al. 2017), descritos na Figura 1:

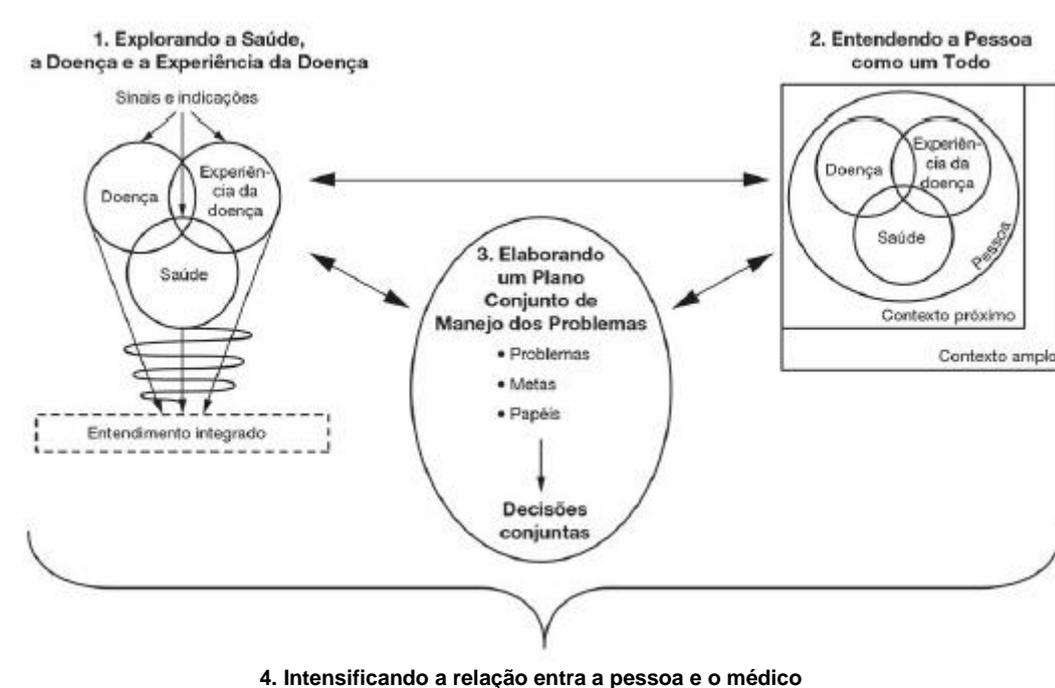


Figura 1. Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa

Fonte: Stewart, 2017.

A relação médico-paciente é um componente específico no modelo, transversal e facilitador de todo o cuidado. O quarto componente enfatiza que cada contato deve ser usado para desenvolver a relação entre a pessoa e o médico, incluindo a compaixão, a empatia, o compartilhamento do poder, a cura e a esperança.

Como fica claro a partir desses três paradigmas consagrados, é impossível pensar a melhoria da qualidade do cuidado sem levar em consideração o papel central da relação entre médicos e pacientes. Para tanto, é necessário entender como identificar o que é uma relação médico-paciente de alta qualidade, bem como quais são os fatores que interferem nesse resultado. Disso tratam os artigos desta tese, apresentados a seguir.

4. OBJETIVOS

Justificativa

A relação médico-paciente é um fator de qualidade fundamental no contexto do atendimento em saúde. Em um cenário de valorização progressiva do cuidado centrado na pessoa, ela ganha mais destaque, por sua capacidade de interferir de maneira importante na obtenção de bons resultados. A própria relação médico-paciente é considerada como um desfecho a ser valorizado em si mesmo, considerando a importância que a experiência com o cuidado tem adquirido para os sistemas e serviços de saúde.

Em função disso, a relação médico-paciente vem sendo progressivamente incorporada em paradigmas de qualidade do cuidado e como indicador de desempenho, inclusive para fins de pagamento. Considerando essa relevância, é importante que a forma de aferição da relação médico-paciente seja estudada, incluindo os fatores que influenciam nessa avaliação. Além disso, é importante que os resultados obtidos sejam comunicados de forma clara a pacientes, profissionais e gestores, a fim de favorecer decisões que melhorem a qualidade do cuidado.

Com a validação do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9) no contexto brasileiro, tornou-se possível a utilização de um instrumento conciso de avaliação dessa dimensão do cuidado. Contudo, não existem parâmetros categóricos de qualidade que possam ser utilizados a partir da obtenção do escore do PDRQ-9. Também não existe, no contexto brasileiro, informações sobre quais características de pacientes e médicos estão associadas com a qualidade da relação médico-paciente.

Tais informações são importantes para um diagnóstico adequado dessa dimensão do cuidado, justificando a necessidade do presente estudo.

Objetivos

Objetivo Geral

Estabelecer uma referência categórica de qualidade da relação médico-paciente a partir do escore do *patient-doctor relationship questionnaire* (PDRQ-9).

Objetivos Específicos

Avaliar a associação de fatores relacionados a pacientes e médicos da atenção primária do SUS com a qualidade da relação médico-paciente, mensurada através do PDRQ-9.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams C, Walpola R, Schembri AM, Harrison R. The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. Vol. 25, *Health Expectations*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 2328–39.
2. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11):874–81.
3. American Educational Research Association., American Psychological Association., National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association; 2014.
4. Arbuthnott A, Sharpe D. The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Educ Couns*. outubro de 2009;77(1):60–7.
5. Askitopoulou H, Vgontzas A, Ntzani AA. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times. Vol. 27, *European Spine Journal*. Springer Verlag; 2018. p. 1481–90.
6. Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, Haggerty JL, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 1º de setembro de 2020;70(698):E600–11.
7. Balint M. *O Médico, seu paciente e a doença*. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.
8. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 19 de novembro de 2018;18(1).
9. Barnsley J, Paul Williams A, Cockerill R, Tanner J. Physician characteristics and the physician-patient relationship: Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Can Fam Physician*. abril de 1999;45:935–42.
10. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz JW. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. *Ann Fam Med*. 2023;21(3):274–9.
11. Bensing JM, Van Den Brink-Muinen A, Boerma W, Van Dulmen S. The manifestation of job satisfaction in doctor-patient communication: a ten-country European study. *International Journal of Person-Centered Medicine*

[Internet]. 2013;3(1):44–52. Disponível em: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/381>

12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff.* 2008;27(3):759–69.
13. Biel M, Grondys K, Androniceanu AM. A Crisis in the Health System and Quality of Healthcare in Economically Developed Countries. *Int J Environ Res Public Health.* 1º de janeiro de 2023;20(1).
14. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(2):1–13.
15. Blasi Z Di, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;357:757–62.
16. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 1º de novembro de 2014;12(6):573–6.
17. Boeckxstaens P, Meskens A, Van Der Poorten A, Verpoort AC, Sturgiss EA. Exploring the therapeutic alliance in Belgian family medicine and its association with doctor-patient characteristics: A cross-sectional survey study. *BMJ Open.* 5 de fevereiro de 2020;10(2).
18. den Boeft M, Huisman D, Morton LK, Lucassen P, van der Wouden JC, Westerman MJ, et al. Negotiating explanations: Doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms-A qualitative analysis. *Fam Pract.* 1º de fevereiro de 2017;34(1):107–13.
19. Botrugno C. Information technologies in healthcare: Enhancing or dehumanising doctor–patient interaction? *Health (United Kingdom).* 1º de julho de 2021;25(4):475–93.
20. Boudreau D, Cassell EJ, Fuks A. *Physicianship and the Rebirth of Medical Education.* 1º ed. Oxford University Press; 2018.
21. Bull C, Teede H, Watson D, Callander EJ. Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. Vol. 3, *JAMA Health Forum.* American Medical Association; 2022.
22. Busch EL. Cut points and contexts. Vol. 127, *Cancer.* John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 4348–55.
23. Byrne P, Long B. *Doctors Talking to Patients.* London: HMSO; 1976.
24. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve outcomes? *J Fam Pract.* 2004;53(12):974–80.

25. Calderón C, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, Martínez-Cabañes R, Higuera O, Gómez D, et al. Psychometric properties of the pdrq-9 in cancer patients: Patient-doctor relationship questionnaire. *Psicothema*. 2021;33(2):304–11.
26. Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2º ed. Oxford University Press; 2004.
27. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. *J Healthc Commun*. 2018;03(03).
28. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor-patient relationship. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2015;17(5):360.
29. Cingi CC, Yalın SD. Communication Breakdowns – Uninformative Doctors Or Ignorant Patients? *ENT Updates*. 11 de setembro de 2018;100–9.
30. Cooper-Patrick L, J. Gallo J, J. Gonzales J, Thi Vu H, R. Powe N, Nelson C, et al. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1999;282(6):583–9.
31. Coulter A. Measuring what matters to patients. *Bmj* [Internet]. 2017;816:j816. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j816>
32. Cousin G, Schmid Mast M, Jaunin-Stalder N. When physician-expressed uncertainty leads to patient dissatisfaction: a gender study. *Med Educ*. 2013;47(9):923–31.
33. Cruvinel PVQ, Grosseman S. Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis. *Cien Saude Colet*. 1º de junho de 2023;28(6):1685–701.
34. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy [Internet]. Bruxelas; 2018 jul. Disponível em: www.kce.fgov.be
35. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn E a, et al. Physicians’ characteristics influence patients’ adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*. 1993;12(2):93–102.
36. Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Brähler E, Häuser W. Family physician–patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. *Patient Educ Couns*. 1º de julho de 2016a;99(7):1213–9.
37. Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Brähler E, Henningsen P, Häuser W. The Quality of the Family Physician-Patient Relationship. *Patient-Related*

- Predictors in a Sample Representative for the German Population. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1º de março de 2016b;66(3-4):120-7.
38. Doescher MP, Saver BG, Fiscella K, Franks P. Preventive care: Does continuity count? Vol. 19, *Journal of General Internal Medicine*. Blackwell Publishing Inc.; 2004. p. 632-7.
 39. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013;3:1570. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com>
 40. Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res*. 29 de novembro de 2017;17(1).
 41. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
 42. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (1979). 1977;196(4286):129-36.
 43. Engler NJ, Steinhäuser J, Strumann C. Psychometric properties of the GP-Patient Relationship Questionnaire as an instrument for quality improvement in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* [Internet]. 2023;177:41-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.001>
 44. Espinosa A, Kadić-Maglajlić S. The Role of Health Consciousness, Patient-Physician Trust, and Perceived Physician's Emotional Appraisal on Medical Adherence. *Health Education and Behavior*. 1º de dezembro de 2019;46(6):991-1000.
 45. Eveleigh RM, Muskens E, Van Ravesteijn H, Van Dijk I, Van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:10-5.
 46. Van Der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(2):115-20.
 47. Fitri Surbakti E, Sari K. The Relationship Between Consultation Length and Patient Satisfaction: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*. 5 de dezembro de 2018;4(9):41.
 48. Fluss R, Faraggi D, Reiser B. Estimation of the Youden Index and its associated cutoff point. *Biometrical Journal*. 2005;47(4):458-72.
 49. Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 7º ed. Forense Universitária; 2011.
 50. Foucault M. *Microfísica do Poder* [Internet]. 13º ed. Paz & Terra; 2021. Disponível em: www.sabotagem.cjb.net

51. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient Educ Couns.* 1º de abril de 2017;100(4):610–5.
52. Garrity TF. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Soc Sci Med.* 1981;15(3):215–22.
53. Georgopoulou S, Prothero L, D’Cruz DP. Physician–patient communication in rheumatology: a systematic review. Vol. 38, *Rheumatology International.* Springer Verlag; 2018. p. 763–75.
54. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open.* 2016;6(8).
55. Godillot C, Jendoubi F, Konstantinou MP, Poncet M, Bergeron A, Gallini A, et al. How to assess patient satisfaction regarding physician interaction: A systematic review. Vol. 34, *Dermatologic Therapy.* Blackwell Publishing Inc.; 2021.
56. Greenhalgh T, Heath I. *Measuring quality in the therapeutic relationship.* The Kings Fund. 2010.
57. Gregory J. *Lectures on the duties and qualifications of a physician.* London: W. Strahan and T. Cadell; 1772.
58. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):595–608.
59. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients’ evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(178).
60. Hellin T. The physician patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia.* 2002;8:450–4.
61. Hoffmanni F. *Medicus politicus. Lugduni Batavorum.* Leiden: Philippum Bonk; 1746.
62. Hofstede G, Hofstede G Van, Minkov M. *Cultures and Organizations: Software of the Mind.* 3º ed. McGraw Hill; 2010.
63. Hollander J, Sharma R. Telemedicine Is Mainstream Care Delivery. *NEJM Catal.* 15 de junho de 2022;3(7).
64. IBGE. PNAD Contínua - Questionário do tema Atenção Primária a Saúde. 2022;

65. Institute for Healthcare Improvement. Triple Aim Topic page. [Internet]. 2022 [citado 9 de julho de 2022]. Disponível em: <http://www.ihl.org/Topics/TripleAim/Pages/default.aspx>
66. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press; 2001.
67. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. Vol. 7, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2017.
68. Issel LM, Kahn D. The economic value of caring. *Health Care Manage Rev.* 1998;23(4):43–53.
69. Jacobs C, Wursten H. The Relationship between Doctor and Patient. An Intercultural Comparison. *Journal of Intercultural Management and Ethics.* 2019;(1):35–44.
70. Jewson ND. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology.* 1976;10(2):225–44.
71. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery.* 2007;5(1):57–65.
72. Kaftandjieva Felianka. Methods for setting cut scores in criterion-referenced achievement tests: a comparative analysis of six recent methods with an application to tests of reading in EFL. Arnhem: European Association for Language Testing and Assessment; 2010.
73. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* 1989;27(3):S110–27.
74. Kashaf MS, Mcgill ET, Berger ZD. Shared Decision-Making and Outcomes in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis Running Title: Shared decision-making and diabetes outcomes. *Patient Educ Couns.* dezembro de 2017;100(12):2159–71.
75. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice.* 2001;51:712–8.
76. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014;9(4):e94207.
77. Kirby S, Wooten W, Spanier AJ. Pediatric Primary Care Relationships and Non-Urgent Emergency Department Use in Children. *Acad Pediatr.* julho de 2021;21(5):900–9006.

78. Knauth DR, Leal AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2014;18(50):457–67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300457&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
79. Köchling A, Löffler C, Reinsch S, Hornung A, Böhmer F, Altiner A, et al. Reduction of antibiotic prescriptions for acute respiratory tract infections in primary care: A systematic review. Vol. 13, *Implementation Science*. BioMed Central Ltd.; 2018.
80. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: An analysis of survey data. *BMC Health Serv Res*. 6 de outubro de 2006;6.
81. Krol MW, de Boer D, Delnoij DM, Rademakers JDDJM. The Net Promoter Score - an asset to patient experience surveys? *Health Expectations*. 1º de dezembro de 2015;18(6):3099–109.
82. Van Der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: A systematic review. Vol. 31, *Journal of Human Hypertension*. Nature Publishing Group; 2017. p. 687–94.
83. Langoni C, Cadario R, Morewedge CK. For Patients to Trust Medical AI, They Need to Understand It. *Harv Bus Rev*. 3 de setembro de 2021;
84. Lázaro, J.; Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7–17.
85. Lazzaro-Salazar M, Pujol-Cols L. Instrumentos estandarizados para medir la relación médico-paciente: una revisión sistemática de la literatura internacional e iberoamericana. *Rev Med Chile*. 2022;150:512–31.
86. Lee SQ, Aravind B, Raamkumar S, Li J, Cao Y, Kanokkorn J, et al. Reasons for Primary Medication Nonadherence: A Systematic Review and Metric Analysis [Internet]. Vol. 24, *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy JMCP* August. 2018. Disponível em: www.jmcp.org
87. Lelorain S, Gehenne L, Christophe V, Duprez C. The association of physician empathy with cancer patient outcomes: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*. John Wiley and Sons Ltd; 2023.
88. Lourdes M De, Botta M, Aparecida M, Moraes A De, Marques M, Marvulo L, et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl 1):1715–24.
89. Macinko J, Guanais FC, Souza M de FM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2006;60(1):13.19.

90. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–65.
91. Malterud K. Qualitative research : standards , challenges , and guidelines. *The Lancet.* 2001;358(9280):483–8.
92. Markovic L, McDermott DT, Stefanac S, Seiler-Ramadas R, Iablonsik D, Smith L, et al. Experiences and interactions with the healthcare system in transgender and non-binary patients in austria: An exploratory cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 1º de julho de 2021;18(13).
93. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):438–50.
94. McGlynn EA, Brook RH. Keeping quality on the policy agenda. *Health Aff.* 2001;20(3):82–90.
95. Meneses A, Gomes DA, Caprara A. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2012;22(3):1101–19.
96. Mercer SW, Mcconnachie A, Lloyd SM. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med.* 2016;14(2):117–24.
97. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2019a.
98. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 - Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. 2019b.
99. Mondeville H. *La Chirurgie.* Paris: Firmin Didot; 1314.
100. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 1º de outubro de 2017;12(10).
101. Olaisen RH, Schluchter MD, Flocke SA, Smyth KA, Koroukian SM, Stange KC. Assessing the longitudinal impact of physician-patient relationship on functional health. *Ann Fam Med.* 2020;18(5):422–9.
102. Oliveira GMM de, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. *Estatística Cardiovascular – Brasil 2021.* *Arq Bras Cardiol.* 1º de janeiro de 2022;118(1):115–373.

103. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. [Internet]. Brasília; 2018. Disponível em: www.paho.org/permissions
104. Our World in Data. [citado 29 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/>
105. Palmer Kelly E, McGee J, Obeng-Gyasi S, Herbert C, Azap R, Abbas A, et al. Marginalized patient identities and the patient-physician relationship in the cancer care context: a systematic scoping review. Vol. 29, Supportive Care in Cancer. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 7195–207.
106. Parchman ML, Burge SK. The Patient-Physician Relationship, Primary Care Attributes, and Preventive Services. *Family Medicine*. 2004;36(1):22–7.
107. Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I, Ortiz-Haro AB, Molewijk AC, Obrador GT, Agazzi E. Factors Associated With the Quality of the Patient-Doctor Relationship: A Cross-Sectional Study of Ambulatory Mexican Patients With Rheumatic Diseases. *Journal of Clinical Rheumatology*. 1º de junho de 2022;28(4):183–9.
108. Peabody F. THE CARE OF THE PATIENT. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1927;88(12):877–8.
109. Peimani M, Nasli-Esfahani E, Sadeghi R. Patients' perceptions of patient-provider communication and diabetes care: A systematic review of quantitative and qualitative studies. Vol. 16, Chronic Illness. SAGE Publications Ltd; 2020. p. 3–22.
110. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Conflict between Autonomy and Beneficence in Medical The Conflict between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution Ethics: Proposal for a Resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy* [Internet]. 1987;3(1):23–46. Disponível em: <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol3/iss1/7>
111. Percival T. *Medical Ethics*. Manchester: Russell; 1803.
112. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical Care Research and Review*. 2008;65(6):696–712.
113. Porcerelli JH, Bornstein RF, Porcerelli D, Arterbery VE. The Complex Role of Personality in Cancer Treatment. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2015;203(4):264–8.
114. Potter SJ, McKinlay JB. From a relationship to encounter: An examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. *Soc Sci Med*. 2005;61(2):465–79.

115. Promberger M, Baron J. Do patients trust computers? *J Behav Decis Mak.* 2006;19(5):455–68.
116. Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor–patient relationship: Doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia autonomous region, China. *Patient Prefer Adherence.* 2019a;13:1125–43.
117. Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor–patient relationship: Doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia autonomous region, China. *Patient Prefer Adherence.* 2019b;13:1125–43.
118. Quigley DD, Elliott MN, Farley DO, Burkhart QQ, Skootsky SA, Hays RD. Specialties differ in which aspects of doctor communication predict overall physician ratings. *J Gen Intern Med.* março de 2014;29(3):447–54.
119. Ramsey P. *The Patient as Person.* New Haven: Yale U Press; 1973.
120. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *British Journal of General Practice.* 2009;59(561):268–75.
121. Riedl D, Schüßler G. The influence of doctor-patient communication on health outcomes: A systematic review. *Z Psychosom Med Psychother.* 1º de junho de 2017;63(2):131–50.
122. Roberts BW, Puri NK, Trzeciak CJ, Mazzairelli AJ, Trzeciak S. Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and metaanalysis. Vol. 16, *PLoS ONE.* Public Library of Science; 2021.
123. Rockwell MS, Michaels KC, Epling JW. Does de-implementation of low-value care impact the patient-clinician relationship? A mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 1º de dezembro de 2022a;22(1).
124. Rockwell MS, Michaels KC, Epling JW. Does de-implementation of low-value care impact the patient-clinician relationship? A mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 1º de dezembro de 2022b;22(1).
125. Roter DL, Hall J a, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA: the journal of the American Medical Association.* 2002;288(6):756–64.
126. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989;10:163-80. 1989;10:163–80.
127. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. Vol. 390, *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2017. p. 178–90.

128. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006;23(3):308–16.
129. Sarabia-Tapia C, Corona T, Lopez-Alamillo S, Resendiz-Henriquez E, Cervantes-Arriaga A, Rodríguez-Violante M. Independence of Coping Styles With the Patient–Doctor Relationship and Shared Decision-Making in People With Parkinson’s Disease. *J Patient Exp.* dezembro de 2020;7(6):1271–7.
130. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
131. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344:1129–33.
132. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
133. Stewart M a. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423–33.
134. Stewart M a, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 1979;29(199):77–81.
135. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
136. Stobbe EJ, Groenewegen PP, Schäfer W. Job satisfaction of general practitioners: a cross-sectional survey in 34 countries. *Hum Resour Health.* 1º de dezembro de 2021;19(1).
137. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585–92.
138. Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. The doctor-patient relationship and its historical context. *Am J Psychiatry.* 1958;115(6):522–8.
139. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf.* junho de 2011;20(6):508–14.
140. Thirunavukarasu AJ, Ting DSJ, Elangovan K, Gutierrez L, Tan TF, Ting DSW. Large language models in medicine. *Nature Medicine.* Nature Research; 2023.
141. Tustumi F. Escolhendo o ponto de corte mais adequado para variáveis contínuas. *Rev Col Bras Cir.* 2022;49:1–4.
142. Veatch RM. Models for Ethical Medicine. *Hastings Cent Rep.* 1972;2(3):5–7.

143. Vitali MM, de Pires DEP, Forte ECN, Farias JM, Soratto J. Job satisfaction and dissatisfaction in primary health care: An integrative review. Vol. 29, *Texto e Contexto Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina; 2020.
144. Walderhaug KE, Nyquist MK, Mjølstad BP. GP strategies to avoid imaging overuse. A qualitative study in Norwegian general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(1):48–56.
145. Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. Vol. 93, *Milbank Quarterly*. 2015. p. 263–300.
146. Wienke Totura CM, Fields SA, Karver MS. The role of the therapeutic relationship in psychopharmacological treatment outcomes: A meta-analytic review. Vol. 69, *Psychiatric Services*. American Psychiatric Association; 2018. p. 41–7.
147. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480–92.
148. Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Van Der Feltz-Cornelis CM, et al. Cross-cultural adaptation of the Patient- Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52.
149. Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med*. 1978;12(2A):123–8.
150. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950;3(1):32–5.
151. Zhang Y, Turner J, Martin P, Tannenbaum C. Does a Consumer-Targeted Deprescribing Intervention Compromise Patient-Healthcare Provider Trust? *Pharmacy*. 16 de abril de 2018;6(2):31.
152. Zhou Y, Chen S, Liao Y, Wu Q, Ma Y, Wang D, et al. General Perception of Doctor–Patient Relationship From Patients During the COVID-19 Pandemic in China: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 6 de julho de 2021a;9.
153. Zhou Y, Ma Y, Yang WFZ, Wu Q, Wang Q, Wang D, et al. Doctor-patient relationship improved during COVID-19 pandemic, but weakness remains. *BMC Fam Pract*. 22 de dezembro de 2021b;22(1):255.
154. Zullig LL, Ramos K, Bosworth HB. Improving Medication Adherence in Coronary Heart Disease. Vol. 19, *Current Cardiology Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2017.

ANEXOS

ANEXO A. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos

Pesquisador: Erno Harzheim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48853615.6.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.219.926

Apresentação do Projeto:

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

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

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

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.219.926

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

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

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

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

Objetivos específicos

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

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.360 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.219.926

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

gerentes, no momento da entrevista, via telefônica.

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.360 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Página 04 de 05

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.926

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2015

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B. QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS PACIENTES

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

Entrevistador(a),

Aborde os(as) pacientes e fale sobre os objetivos gerais da pesquisa:

Olá, meu nome é _____. Nós somos entrevistadores da empresa *CP2 Pesquisas de Belo Horizonte-MG*.

Estamos realizando uma pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde e dirigida por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência prestada pelos(as) médicos(as) que atendem nas Equipes de Saúde da Família de todo Brasil.

Queremos ouvir a sua opinião!

Convide-o (a) para participar da pesquisa!

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): __:

DA3. Nome do entrevistador(a): _____

DA4. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

DA5. Selecione o município da unidade de saúde:

(Lista de todos os municípios)

DA5.1 Outra. Qual? _____

DA6. Selecione o nome da unidade de saúde:

(Lista de unidades de saúde)

DA6.1. Outra. Qual? _____

DA7. Nome (completo) do(a) médico(a):

(Lista de médicos amostrados)

(Somente se DA6 = Outro) D7.1 Outro Qual? _____

DA8. Grupo do(a) médico(a):

- (1) Intercambista Cooperado (PMM Cubano)
- (2) CRM Brasil Mais Médicos (PMM Brasileiro)
- (3) ESF no Brasil (Não participante PMM)

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): Vou iniciar fazendo algumas perguntas sobre o(a) senhor(a).

DI1. O(A) entrevistado(a) é:

- (0) o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente
- (1) o(a) próprio(a) paciente

DI2. [Se DI1 = 0] Como o(a) paciente gosta de ser chamado(a)? _____

[Se DI1 = 1] Como você gosta de ser chamado(a)? _____

DI2R. [Se DI1 = 0] Como você gosta de ser chamado(a)? _____

DI3. [Se DI1=0] Qual é o seu parentesco com o(a) paciente?

- (1) Mãe
- (2) Pai
- (3) Madrasta
- (4) Padrasto
- (5) Irmã
- (6) Irmão
- (7) Avó(ô)
- (8) Tio(a)
- (9) Filha
- (10) Filho
- (11) Guardião(ã) legal
- (12) Amigo(a)
- (13) Outro

DI3.1 Qual? _____

DI3. [Se DI1 = 0] Sexo do(a) paciente:

[Se DI1 = 1] Sexo :

- (0) Feminino (1) Masculino

DI3R. [Se DI1 = 0] Sexo do entrevistado:

- (0) Feminino (1) Masculino

DI4. [Se DI1 = 0] Qual é a data de nascimento do(a) paciente (DD/MM/AAAA): __/__/_____

[Se DI1 = 1] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/_____

DI4R. [Se DI1 = 0] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/_____

DI5. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

[Se DI1 = 1] Você consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

- (1) Sim (0) Não

DI6. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou alguma vez com o(a) "nome do(a) médico(a)" antes do dia de hoje?

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

INSTRUÇÕES PARA A CONTINUIDADE DA ENTREVISTA:

- Se o(a) paciente tem **menos de 18 anos**, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **NÃO à pergunta DI4 ou à pergunta DI5**, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **SIM às perguntas DI4 e DI5**, prossiga com a entrevista.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Convide o(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

[Se DI1 = 0] Convide o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) senhor(a). [Se DI1 = 0] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) paciente.

DI7. [Se DI1 = 0] A cor ou raça do(a) paciente é:

[Se DI1 = 1] A sua cor ou raça é:

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

DI7R. [Se DI1 = 0] A sua cor ou raça é:

DI8. [Se DI1 = 1] Você vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

(1) Sim (2) Não, mas já viveu antes (3) Nunca viveu

DI9. [Se DI1 = 1 ou Se DI1 = 0] Em qual número de telefone (com DDD) a nossa equipe pode entrar em contato com você, se for necessário? (___) _____

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

DS1. [Se DI1 = 1] Neste momento você está:

[Se DI1 = 0] Neste momento o(a) paciente está:

- (1) Trabalhando
- (2) Aposentado(a)/Em benefício doença/Impossibilitado(a) de trabalhar por motivo de doença
- (3) Não está trabalhando, mas procurando emprego
- (4) Não está trabalhando, nem procurando emprego

DS2. [Se DI1 = 0] Até que ano o(a) paciente completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

[Se DI1 = 1] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

DS2R. [Se DI1 = 0] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

Entrevistador(a): [Se DI1 = 1] *Agora, vamos falar um pouco sobre a sua casa e sobre as características da sua família.*

[Se DI1 = 0] *Agora, vamos falar um pouco sobre a casa do(a) paciente e sobre as características da família dele(a).*

DS3. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (*Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio - pode ser o próprio informante*)

- (1) Analfabeto/Fundamental I incompleto
- (2) Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
- (3) Fundamental II completo/Médio incompleto
- (4) Médio completo/Superior incompleto
- (5) Superior completo

Entrevistador(a): *Vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.*

INSTRUÇÃO: *Todos os itens devem ser perguntados pelo (a) entrevistador (a) e respondidos pelo (a) entrevistado (a).*

DS4. [Se DI1 = 1] No domicílio tem:

[Se DI1 = 0] No domicílio em que o(a) paciente vive tem:

DS4.1. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Automóvel

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.2. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Empregados mensalistas (*Trabalham pelo menos 5 dias por semana*)

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.3. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquina de lavar roupa (*Excluído tanquinho*)

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS4.4. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Banheiro (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.5. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] DVD (*Incluindo qualquer dispositivo que leia DVD, desconsiderando DVD de automóvel*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.6. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Geladeiras (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.7. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Freezers independentes (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.8. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Microcomputadores (*Considerar computador de mesa, laptop, notebooks e netbooks. Desconsiderar tablets, palms e smartphones*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.9. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Lavadora de louça (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.10. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Forno de micro-ondas (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.11. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Motocicletas (*Desconsidere as usadas exclusivamente para uso profissional*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.12. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquinas secadoras de roupas (*Considerando lava e seca*)

(0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS5. [Se DI1 = 1] A água utilizada na casa onde você reside é proveniente de:

[Se DI1 = 0] A água utilizada na casa onde o(a) paciente reside é proveniente de: (1) Rede geral de distribuição (2) Poço ou nascente

DS6. [Se DI1 = 1] A rua onde sua casa se encontra é: (0) Asfaltada/pavimentada (1) Terra/cascalho

[Se DI1 = 0] A rua onde se encontra a casa em que o(a) paciente vive é:

DS7. [Se DI1 = 1] Você possui Bolsa Família?

[Se DI1 = 0] O(a) paciente possui Bolsa Família?

(1) Sim (0) Não

DS8. [Se DI1 = 1] Atualmente você possui plano de saúde (ou convênio médico)?

[Se DI1 = 0] Atualmente o(a) paciente possui plano de saúde (ou convênio médico)?

(1) Sim (0) Não

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

DS9. [Se DI1 = 1] Em qual faixa de renda mensal a sua família se encaixa?

[Se DI1 = 0] Em qual faixa de renda mensal a família do(a) paciente se encaixa?

- | | |
|---|---|
| (1) Faixa 1 (até R\$ 77,00) | (2) Faixa 2 (entre R\$ 77,01 e R\$478,49) |
| (3) Faixa 3 (entre R\$ 478,50 e R\$879,99) | (4) Faixa 4 (entre R\$ 880,00 e 1.760,00) |
| (5) Faixa 5 (entre R\$ 1.760,01 e 2.640,00) | (6) Faixa 6 (entre R\$ 2.640,01 e 3.520,00) |
| (7) Faixa 7 (entre R\$ 3.520,01 e 5.280,00) | (8) Faixa 8 (entre R\$ 5.280,01 e 7.920,00) |

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

A. EXTENSÃO DA AFILIAÇÃO COM UM SERVIÇO DE SAÚDE

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] *Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que LHE ATENDEU HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.*

[Se DI1 = 0] *Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que ATENDEU O(A) PACIENTE HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.*

A1. [Se DI1 = 1] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

[Se DI1 = 0] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando o(a) paciente fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

(1) Sim (0) Não

A2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que o(a) conhece melhor como pessoa?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que conhece melhor o(a) paciente como pessoa?

(1) Sim (0) Não

A3. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não

A4. [Se DI1 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que o(a) faz(em) consultar habitualmente com este(a) médico(a)?

[Se DI1 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que fazem o(a) paciente consultar habitualmente com este(a) médico(a)? _____

A5. [Se DI1 = 1] Cite os nomes de todos os remédios que você está tomando regularmente?

[Se DI1 = 0] Cite os nomes de todos os remédios que o(a) paciente está tomando regularmente?

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATool – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

B. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

B1. [Se DI1 = 1] Quando você tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

PCATool – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

C. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C3. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e você adoecer, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e o(a) paciente adoecer, alguém deste serviço de saúde atende o(a) paciente no mesmo dia?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C4. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone para o(a) paciente se precisar?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C5. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está fechado(a), existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando adoecer?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está fechado(a), existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando o(a) paciente adoecer?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

C. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C6. [Se DI1 = 1] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) no sábado e domingo e você adoecer, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) no sábado e domingo e o(a) paciente adoecer, alguém deste serviço o(a) atende no mesmo dia?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C7. [Se DI1 = 1] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) e você adoecer durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) e o(a) paciente adoecer durante a noite, alguém deste serviço o(a) atende na mesma noite?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C8. [Se DI1 = 1] É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a) “*serviço de saúde*”?

[Se DI1 = 0] É fácil marcar hora para uma consulta de revisão do(a) paciente (consulta de rotina, check-up) no(a) “*serviço de saúde*”?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C9. [Se DI1 = 1] Quando você chega no(a) “*serviço de saúde*”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente chega no(a) “*serviço de saúde*”, ele(a) tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C10. [Se DI1 = 1] Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta no(a) “*serviço de saúde*”?

[Se DI1 = 0] Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para o(a) paciente no(a) “*serviço de saúde*”?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C11. [Se DI1 = 1] É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “*serviço de saúde*” quando pensa que é necessário?

[Se DI1 = 0] É difícil para você conseguir atendimento médico para o(a) paciente no(a) “*serviço de saúde*” quando pensa que é necessário?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

C12. [Se DI1 = 1] Quando você necessita ir ao(à) “*serviço de saúde*”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente necessita ir ao(à) “*serviço de saúde*”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

D. LONGITUDINALIDADE

D1. [Se DI1 = 1] Quando você vem ao(à) "*serviço de saúde*", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente vem ao(à) "*serviço de saúde*", é o(a) mesmo(a) médico(a) que o(a) atende todas as vezes?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D2. [Se DI1 = 1] Você acha que o(a) "*nome do(a) médico(a)*" entende o que você diz ou pergunta?

[Se DI1 = 0] Você acha que o(a) "*nome do(a) médico(a)*" entende o que você diz ou pergunta?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D4. [Se DI1 = 1] Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece você?

[Se DI1 = 0] Se você tiver uma pergunta sobre a saúde do(a) paciente, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D5. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas com o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D6. [Se DI1 = 1] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre o(a) paciente ao(à) "*nome do(a) médico(a)*"?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D7. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece o(a) paciente mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

D. LONGITUDINALIDADE

D8. [Se DI1 = 1] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe quem mora com você?

[Se DI1 = 0] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe quem mora com o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D9. [Se DI1 = 1] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe quais problemas são mais importantes para você?

[Se DI1 = 0] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe quais problemas são mais importantes para o(a) paciente e a família dele(a)?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D10. [Se DI1 = 1] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

[Se DI1 = 0] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” conhece a história clínica (história médica) completa do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D11. [Se DI1 = 1] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

[Se DI1 = 0] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe a respeito do trabalho ou emprego dos familiares do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D12. [Se DI1 = 1] De alguma forma, o(a) “*nome do(a) médico(a)*” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

[Se DI1 = 0] De alguma forma, o(a) “*nome do(a) médico(a)*” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) paciente precisa?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D13. [Se DI1 = 1] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

[Se DI1 = 0] O(A) “*nome do(a) médico(a)*” sabe a respeito de todos os medicamentos que o(a) paciente está tomando?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D14 [Se DI1 = 1] Você mudaria do(a) “*nome do(a) médico(a)*” para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

[Se DI1 = 0] Você mudaria o(a) paciente do(a) “*nome do(a) médico(a)*” para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

E. COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1. [Se DI1 = 1] Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que o(a) paciente está em acompanhamento com o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

- (1) Sim
- (0) Não (**Pule para o item F1**)
- (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para o item F1**)

E2. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sugeriu (indicou, encaminhou) que o(a) paciente fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E3. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" escreveu alguma informação sobre o(a) paciente para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E4. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quais foram os resultados dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quais foram os resultados dessa consulta do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E5. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado no especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado ao(à) paciente no especialista ou serviço especializado (perguntou se o(a) paciente foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

F. COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO

F1. [Se DI1 = 1] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) "*serviço de saúde*"?

[Se DI1 = 0] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário do(a) paciente no(a) "*serviço de saúde*"?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

G. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que o(a) paciente e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no(a) "serviço de saúde" esses serviços ou orientações estão disponíveis.

G1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

G2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre como parar de fumar

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

G3. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

H. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que o(a) paciente pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

Em consultas com o(a) "nome do(a) médico(a)" algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H2. [Se DI1 = 1] Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você

[Se DI1 = 0] Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para o(a) paciente

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H3. [Se DI1 = 1] Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando

[Se DI1 = 0] Verificar e discutir os medicamentos que o(a) paciente está tomando

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

[Se DI1 = 1] As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a sua família.
[Se DI1 = 0] As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a família do(a) paciente.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

I1. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro da sua família?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para o(a) paciente ou para um membro da sua família?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

I2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros da família do(a) paciente se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

PCATOOL – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

J1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] O(A) "serviço de saúde" faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

AC. AVALIAÇÃO DA CONSULTA REALIZADA NO DIA

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a sua consulta de hoje.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a consulta de hoje do(a) paciente

AC1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] A consulta de hoje com o(a) "nome do(a) médico(a)" foi agendada previamente ou você a conseguiu hoje?

(0) Agendada (1) Obtida no mesmo dia

AC2. [Se DI1 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) da sua consulta de hoje com o "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) da consulta de hoje do(a) paciente com o "nome do(a) médico(a)"?

AC3. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma "receita/prescrição"?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma "receita/prescrição"?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC4**)

AC3.1. Peça para tirar uma foto da prescrição. Código da foto: _____.

AC4. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma solicitação para fazer exames?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma solicitação para fazer exames?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC5**)

AC4.1 Peça para tirar uma foto da solicitação de exames. Código da foto: _____.

AC5. [Se DI1 = 1] [**Somente se "E1" = Sim ou "E1" = Não sei/Não lembro**] Na consulta de hoje, você foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

[Se DI1 = 0] [**Somente se "E1" = Sim ou "E1" = Não sei/Não lembro**] Na consulta de hoje, o(a) paciente foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC7**)

AC5.1. Peça para tirar uma foto do encaminhamento. Código da foto: _____.

AC6. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Para qual especialista é esse encaminhamento?

AC7. [Se DI1 = 1] Qual(is) outra(s) orientação(ões) você recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) paciente informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

[Se DI1 = 0] Qual(is) outra(s) orientação(ões) o(a) paciente recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) entrevistado(a) informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

HC. HISTÓRICO DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES

[Se DI1 = 1] *Entrevistador(a)*: A partir de agora, vamos conversar sobre o seu histórico de consultas e também de internações.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): A partir de agora, vamos conversar sobre o histórico do(a) paciente de consultas e também de internações

HC1. [Se DI1 = 1] Durante os últimos 12 meses, você foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

[Se DI1 = 0] Durante os últimos 12 meses, o(a) paciente foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão HC3**)

HC2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Qual(is) foi/foram o(s) motivo(s) desta internação?

HC3. [Se DI1 = 1] Qual o total de consultas médicas que você realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado.

[Se DI1 = 0] Qual o total de consultas médicas que o(a) paciente realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado.

HC4. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas dessas consultas, nos últimos 12 meses, foram nesta unidade de saúde? Por favor, indique o número aproximado. ____

HC5. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas das consultas nesta unidade de saúde, nos últimos 12 meses foram com "*nome do(a) médico(a)*"? Por favor, indique o número aproximado. ____

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

[Se DI1 = 1] *Entrevistador(a)*: Vamos conversar sobre cuidados de saúde que **VOCÊ** pode ter recebido neste serviço de saúde.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Vamos conversar sobre cuidados de saúde que O(A) PACIENTE pode ter recebido neste serviço de saúde.

CR1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe pesou você?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe pesou o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe mediu a sua altura?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe mediu a altura do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe mediu a sua pressão arterial?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" ou a sua equipe mediu a pressão arterial do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

CR4. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou manter uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente mantivesse uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR5. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou manter o peso adequado?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente mantivesse o peso adequado?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR6. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou ingerir menos sal?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos sal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR7. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou ingerir menos gordura?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos gordura?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR8. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou praticar atividade física regular?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente praticasse atividade física regular?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR9. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se você fuma?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se o(a) paciente fuma?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR10. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou não beber em excesso?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente não bebesse em excesso?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR11. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue, para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR12. [Se DII = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol?

[Se DII = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

CR13. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR14. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame para hepatites?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame para hepatites para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR15. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR16. Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu orientações para evitar doenças que são transmitidas através do sexo?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR17. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, você fez a vacina contra gripe?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) paciente fez a vacina contra gripe?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA MULHERES

CRM1. [Se DI1 = 1] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos* Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou você sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?
[Se DI1 = 0] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos* Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou o(a) paciente sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se você fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se o(a) paciente fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame de mamografia?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de mamografia para a paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM4. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame de densitometria para osteoporose?
[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de densitometria para osteoporose para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CRM. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA MULHERES

CRM5. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou ecografia (ultrassom) transvaginal?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou a ecografia (ultrassom) transvaginal para a paciente?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão CRM7**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão CRM7**)

CRM6. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal você tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal a paciente tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM7. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou alguma vez se você tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou alguma vez se o(a) paciente tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA HOMENS

CRH1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA para o paciente?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DS1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DS1**)

CRH2. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitado o PSA, você apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitado o PSA, o(a) paciente apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH3. [Se DI1 = 1] Você faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMANDAS DE SAÚDE

Entrevistador(a): A partir de agora, vamos falar sobre serviços disponíveis ou prestados nesta unidade de saúde e situações de saúde.

DS1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz sutura de um corte que necessite de pontos?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz remoção de unha encravada?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz imobilização (ex.: para tornozelo torcido)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS4. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] (A) "*nome do(a) médico(a)*" faz lavagem de ouvido?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS5. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz visitas domiciliares?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS6. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres com idade < 45 anos] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz consultas de pré-natal para acompanhamento das gestantes? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS7. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres com idade ≥ 45 anos] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" orienta ou faz tratamento para menopausa? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS8. [Se DI1 = 1] Se você estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS9. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS10. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS11. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMANDAS DE SAÚDE

DS12. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS13. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS14. [Se DI1 = 1] [Apenas para mulheres] Se você ou alguém de sua família estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] [Apenas para mulheres] Se a paciente ou alguém da família da paciente estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS15. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS16. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "nome do(a) médico(a)"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CS. CONDIÇÕES DE SAÚDE

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a sua saúde.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a saúde do(a) paciente.

CS1. [Se DI1 = 1] Qual é o seu peso atual (em Kg)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é o peso atual do(a) paciente (em Kg)? _____

CS2. [Se DI1 = 1] Qual é a sua altura atual (em cm)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é a altura atual do(a) paciente(em cm)? _____

CS3. [Se DI1 = 1] Você fuma? _____

[Se DI1 = 0] O(a) paciente fuma? _____ (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC1**)

CS4. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe recomendou para você parar de fumar?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou que o(a) paciente pare de fumar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

Hipertensão

DC1. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem hipertensão ou pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem hipertensão ou pressão alta?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC2. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio para pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou ao paciente que ele(a) precisava usar algum remédio para pressão alta?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC4**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC4**)

DC3. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Diabetes

DC4. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC14**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC14**)

DC5. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC7**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC7**)

DC6. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC7. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar insulina?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar insulina?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC10**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC10**)

DC8. [Se DI1 = 1] Você está usando insulina?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando insulina?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC9. O(A) "nome do(a) médico(a)" explicou o que fazer no caso da hipoglicemia/insulina baixar muito o açúcar no sangue?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC10. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou para você cuidados regulares com os seus pés?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" recomendou cuidados regulares com os pés do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

DC11. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" examinou os seus pés nos últimos 12 meses?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" examinou os pés do(a) paciente nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC12. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" encaminhou você ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" encaminhou o(a) paciente ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC13. Nos últimos 6 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de hemoglobina glicosada (exame de sangue que mede a média de açúcar no sangue e usualmente varia de 5,0 a 13,9)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Doença pulmonar crônica

DC14. [Se DII = 1] Algum médico já lhe disse que você tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

[Se DII = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC18**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC18**)

DC15. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu para você orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC16. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou para você medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC17. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou para você a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Depressão

DC18. [Se DII = 1] Algum médico já lhe disse que você tem depressão?

[Se DII = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem depressão?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão MP1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão MP1**)

DC19. [Se DII = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu para você algum(ns) medicamento(s) para depressão?

[Se DII = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu algum(ns) medicamento(s) para depressão para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

DC20. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC21. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe encaminhou você para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" encaminhou o(a) paciente para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão MP1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão MP1**)

DC22. [Se DI1 = 1] Você conseguiu consultar com esse profissional?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente conseguiu consultar com esse profissional?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

MP. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora farei algumas afirmações sobre a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Agora farei algumas afirmações sobre a relação do(a) paciente com o(a) "nome do(a) médico(a)".

INSTRUÇÃO:

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

MP1. [Se DI1 = 1] Meu médico me ajuda

[Se DI1 = 0] O médico ajuda ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP2. [Se DI1 = 1] Meu médico tem tempo suficiente para mim

[Se DI1 = 0] O médico tem tempo suficiente pra ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP3. [Se DI1 = 1] Eu confio no meu médico

[Se DI1 = 0] Eu confio no médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

MP. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

MP4. [Se DI1 = 1] Meu médico me entende

[Se DI1 = 0] O médico dele(a) me entende

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP5. [Se DI1 = 1] Meu médico se dedica a me ajudar

[Se DI1 = 0] O médico se dedica a ajudar ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP6. [Se DI1 = 1] Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas

[Se DI1 = 0] O médico e eu concordamos sobre a natureza dos sintomas dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP7. [Se DI1 = 1] Eu consigo conversar com o meu médico

[Se DI1 = 0] Eu consigo conversar com o(a) médico(a) dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP8. [Se DI1 = 1] Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece

[Se DI1 = 0] Eu me sinto contente com o tratamento que o médico oferece

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP9. [Se DI1 = 1] Eu acho fácil ter acesso ao meu médico

[Se DI1 = 0] Eu acho fácil ter acesso ao médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PO. PESQUISA DE OPINIÃO

Entrevistador(a): Para finalizar queremos saber a sua opinião sobre alguns aspectos.

PO1. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Você sabe se o(a) "*nome do(a) médico(a)*" faz parte do Programa Mais Médicos?

(1) Sim, sei. Ele faz parte (0) Sim, sei. Ele **NÃO** faz parte (9) Não sei

PO2. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Você recomendaria o(a) "*nome do(a) médico(a)*" para um familiar ou amigo(a)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não respondeu

PO3. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** do(a) médico(a):

PO4. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** do(a) médico(a):

PO5. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** da unidade de saúde:

PO6. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** da unidade de saúde:

PO7. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Quais são as suas principais sugestões para a unidade de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

DA8. Hora do fim da entrevista (HH:MM): _____

ANEXO C. QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS MÉDICOS

Questionário para Médicos(as)

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): __:__

DA3. Nome do entrevistador(a):

EL. ELEGIBILIDADE

EL1. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27) AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

EL2. Selecione o município da unidade de saúde:

(Lista de todos os municípios)

EL3. Qual o nome (completo) da unidade de saúde em que o(a) senhor(a) trabalha?

(Lista de unidades de saúde)

EL3.1. Outra. Qual? _____

EL4. Qual o seu nome completo?

EL5. Há quanto tempo (em meses) o(a) senhor(a) atua/trabalha nesta unidade de saúde? _____

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há menos de 12 meses, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há 12 meses ou mais, prossiga com a entrevista.

EL6. Doutor(a), o(a) senhor(a) participa do Programa Mais Médicos?
(1) Sim (0) Não

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): Vamos continuar a entrevista falando um pouco sobre o(a) senhor(a).

DI1. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____/____/____

DI2. Sexo: (0) Feminino (1) Masculino

DI3. Nacionalidade:

- (1) Brasileiro(a)
- (2) Cubano(a) (Pule para a questão DI6)
- (3) Outra (Pule para a questão DI6)

DI4. Qual a Unidade da Federação (Estado) em que o(a) senhor(a) nasceu? _____
(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

DI5. Em que cidade senhor(a) nasceu?

(Lista de todos os municípios)

DI6. Doutor(a), o(a) senhor(a) vive em companhia de cônjuge ou de companheiro(a) neste momento?
(1) Sim (2) Não, mas já viveu antes (3) Nunca viveu

FO. FORMAÇÃO

Entrevistador(a): Neste momento vamos conversar sobre a formação do(a) senhor(a).

FO1. Em que ano o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina? _____

FO2. Em qual instituição o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina?

FO3. Em que país fica essa instituição?

(1) Brasil (2) Outro. FO3.1 Qual? _____

FO4. [Se FO3=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica essa instituição? _____
(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

FO5. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma residência médica?
(1) Sim (0) Não (Pule para a questão FO10)

FO6. Qual(is)?		FO7. Ano de conclusão:
FO6.1. Medicina de Família e Comunidade	(1) Sim (0) Não	FO7.1. _____
FO6.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica)	(1) Sim (0) Não	FO7.2. _____
FO6.3. Pediatria	(1) Sim (0) Não	FO7.3. _____
FO6.4. Ginecologia/obstetrícia	(1) Sim (0) Não	FO7.4. _____
FO6.5. Cirurgia geral	(1) Sim (0) Não	FO7.5. _____
FO6.6. Outra	(1) Sim (0) Não	
FO6.7.Qual? _____		FO7.7. _____
FO6.8.Qual? _____		FO7.8. _____

FO8. Em que país fica a instituição em que senhor(a) concluiu a residência médica?
(1) Brasil (2) Outro. FO8.1 Qual? _____

FO9. [Se FO8=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica a instituição em que o(a)senhor(a) concluiu a residência médica?
(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS;
(31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC;
(35)SP; (28)SE; (17)TO

FO10. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma especialização médica?
(1) Sim (0) Não (Pule para a questão FO15)

FO11. Qual(is)?		FO12. Ano de conclusão:
FO11.1. Medicina de Família e Comunidade	(1) Sim (0) Não	FO12.1. _____
FO11.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica)	(1) Sim (0) Não	FO12.2. _____
FO11.3. Pediatria	(1) Sim (0) Não	FO12.3. _____
FO11.4. Ginecologia/obstetrícia	(1) Sim (0) Não	FO12.4. _____
FO11.5. Cirurgia geral	(1) Sim (0) Não	FO12.5. _____
FO11.6. Outra	(1) Sim (0) Não	
FO11.7.Qual? _____		FO12.7. _____
FO11.8.Qual? _____		FO12.8. _____

FO13. Em que país fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica?

(1) Brasil (2) Outro. FO13.1 Qual? _____

FO14. [Se FO13=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica?

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

FO15. O serviço em que o(a) senhor(a) trabalha possibilita/oferece educação continuada?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **não participa** do Programa Mais Médicos [EL6 = Não], **pule para a próxima seção (SE. SERVIÇO).**
- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **participa** do Programa Mais Médicos [EL6 = Sim], **siga com a entrevista.**

FO16. Com qual frequência o seu supervisor visita e acompanha o trabalho do(a) senhor(a) na unidade de saúde?

- (1) Nunca (Pule para a questão FO18)
(2) Menos de uma vez por mês
(3) Uma vez por mês
(4) Duas ou mais vezes por mês

FO17. Qual a data da última visita (DD/MM/AAAA)? ___/___/_____

FO18. O seu supervisor está disponível por telefone para discutir dúvidas a respeito dos casos clínicos quando o(a) senhor(a) pensa que é necessário?

(1) Sim (0) Não

FO19. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por e-mail com seu supervisor a qualquer momento?

(1) Sim (0) Não

FO20. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por whatsapp ou torpedo (mensagem de texto ou voz) com o seu supervisor a qualquer momento?

(1) Sim (0) Não

FO21. Entre as opções abaixo, marque as duas atividades mais frequentes que o seu supervisor exerce com o(a) senhor(a):

FO21.1. Discute as políticas do Sistema Único de Saúde

(1) Sim (0) Não

FO21.2. Discute os problemas no processo do trabalho da sua unidade

(1) Sim (0) Não

FO21.3. Ajuda com as suas dificuldades em relação ao idioma ou a cultura local

(1) Sim (0) Não

FO21.4. Discute as suas dúvidas sobre casos clínicos que o(a) senhor(a) está atendendo

(1) Sim (0) Não

FO21.5. Assiste e avalia as suas consultas

(1) Sim (0) Não

FO21.6. Outra

(1) Sim (0) Não

FO21.6.1. Qual (outra atividade)? _____

FO22. Entre as opções abaixo, escolha somente uma que o(a) senhor(a) acredita que o seu supervisor mais lhe ajuda:

(1) Questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde

(2) Questões relacionadas ao processo do trabalho da sua unidade

(3) Questões relacionadas ao idioma ou a cultura local

(4) Questões relacionadas ao atendimento clínico dos pacientes

(5) Outra

FO22.1. Qual? _____

SE. SERVIÇO

Entrevistador(a): Agora vamos conversar sobre as atividades profissionais do(a) senhor(a).

SE1. Nesta unidade de saúde, qual a sua carga horária semanal? (Por favor, indique um valor aproximado) _____

SE2. Dentro dessa carga horária semanal, qual a porcentagem (%) do seu tempo é dedicada ao atendimento direto de pacientes (consultas médicas, visitas domiciliares)? _____

SE3. Quanto tempo (em minutos) o(a) senhor(a) leva para se deslocar de sua residência até o seu local de trabalho? _____

SE4. Qual o número médio de consultas que o(a) senhor(a) atende em um turno de 4 horas nesta unidade de saúde? _____

SE5. Por favor, indique o percentual(%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde que são:

SE5.1. Agendadas(%): _____

SE5.2. Espontâneas(%): _____

SE6. Por favor, indique o percentual (%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde para cada grupo etário. Caso não realize atendimento para algum grupo, digite 0.

SE6.1. Crianças(%): _____

SE6.2. Adultos(%): _____

SE6.3. Idosos(%): _____

SE7. Nesta unidade de saúde:

SE7.1. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não (Pule para a questão SE7.2)

SE7.1.1. Com que frequência o(a) senhor(a) faz visitas domiciliares:

(1) Menos de uma vez por semana

(2) Uma ou mais vezes por semana

SE7.1.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) tem um turno fixo na semana para realizar a visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não

SE7.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza atividades de grupo com pacientes:

(1) Sim (0) Não (Pule para a questão SE7.3)

SE7.2.1. Aproximadamente quantas horas por semana o(a) senhor(a) fica envolvido com atividades de grupos dos pacientes? _____

SE7.3. Doutor(a), o(a) senhor(a) faz o exame citopatológico de colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero)?

(1) Sim (Pule para a questão SE7.4) (0) Não

SE7.3.1 Qual o motivo principal pelo qual esse procedimento não é realizado?

- (1) Falta de serviço para interpretação da lâmina
- (2) Falta de insumos (lâmina, espátula de ayre, espéculo)
- (3) Falta de habilidade/dificuldade com a técnica
- (4) Outro

SE7.4. Doutor(a), o(a) senhor(a) faz colocação de DIU (dispositivo intrauterino)?

- (1) Sim (0) Não

SE8. [Somente para Não participante do PMM] Qual é o tipo de vínculo empregatício que o(a) senhor(a) possui neste serviço de saúde?

- (1) CLT
- (2) Estatutário
- (3) Bolsa
- (4) Outro

SE8.1. Qual? _____

SE9. Antes de trabalhar nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) já havia trabalhado em algum outro serviço de Atenção Primária à Saúde no Brasil ou em outro país?

- (1) Sim (0) Não (Pule para a questão SE11)

SE10. Previamente ao seu ingresso nesta unidade básica de saúde, quanto tempo (em anos) o(a) senhor(a) trabalhou na Atenção Primária à Saúde? (Caso seja menos de 1 ano, digite 0)

SE11. Doutor(a), o(a) senhor(a) trabalha como médico(a) em algum outro lugar?

- (1) Sim (0) Não (Pule para a questão SA1)

SE12. Qual a sua carga horária de trabalho semanal (total), considerando todas as suas atividades como médico(a)? _____

SA. SATISFAÇÃO

Entrevistador(a): A partir de agora vamos conversar sobre o grau de satisfação do(a) senhor(a) com o seu trabalho.

Indique qual é o seu nível de satisfação para cada um dos aspectos:

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

SA1. Instalações da sua unidade de saúde:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA2. A liberdade para trabalhar do seu jeito:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA3. Com seus colegas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação:

SA4. O reconhecimento que o(a) senhor(a) recebe quando faz um bom trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA5. A quantidade de responsabilidade que o(a) senhor(a) tem:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA6. Sua remuneração:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação com:

SA7. Com o aproveitamento de suas habilidades:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA8. Suas horas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA9. O quanto seu trabalho é diversificado:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA10. Agora, levando tudo isso em consideração, como o(a) senhor(a) se sente em relação ao seu trabalho como um todo:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

ME. MEDICAMENTOS

ME1. Na rotina do seu trabalho, existe quantidade suficiente desses medicamentos para atender os seus pacientes com qualidade?

ME1.1. Medicamentos para hipertensão

- (1) Sim (0) Não

ME1.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus

- (1) Sim (0) Não

ME1.3. Insulina

- (1) Sim (0) Não

ME1.4. Antidepressivos

- (1) Sim (0) Não

ME1.5. Ansiolíticos

- (1) Sim (0) Não

ME1.6. Antibióticos

- (1) Sim (0) Não

ME1.7. Analgésicos

- (1) Sim (0) Não

ME1.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo
(1) Sim (0) Não

ME1.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol)
(1) Sim (0) Não

ME1.10. Corticóide inalatório
(1) Sim (0) Não

ME2. Na rotina do seu trabalho, as opções disponíveis dentro de cada classe de medicamentos a seguir, são suficientes para atender com qualidade os seus pacientes?

ME2.1. Medicamentos para hipertensão
(1) Sim (0) Não

ME2.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus
(1) Sim (0) Não

ME2.3. Insulina
(1) Sim (0) Não

ME2.4. Antidepressivos
(1) Sim (0) Não

ME2.5. Ansiolíticos
(1) Sim (0) Não

ME2.6. Antibióticos
(1) Sim (0) Não

ME2.7. Analgésicos
(1) Sim (0) Não

ME2.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo
(1) Sim (0) Não

ME2.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol)
(1) Sim (0) Não

ME2.10. Corticóide inalatório
(1) Sim (0) Não

EX. EXAMES

EX1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente desses exames para atender com qualidade os seus pacientes?

EX1.1. Hemoglobina glicosilada (hemoglobina glicada ou Hba1c ou teste A1c)
(1) Sim (0) Não

EX1.2. Creatinina
(1) Sim (0) Não

EX1.3. Microalbuminúria (albuminúria)
(1) Sim (0) Não

EX1.4. Anti-HIV sérico
(1) Sim (0) Não

EX1.5. Teste rápido para detecção HIV
(1) Sim (0) Não

EX1.6. Sorologia para sífilis (como VDRL)
(1) Sim (0) Não

EX1.7. Teste rápido para sífilis
(1) Sim (0) Não

EX1.8. Sorologia para hepatites virais
(1) Sim (0) Não

EX1.9. Teste rápido para hepatites virais
(1) Sim (0) Não

EX1.10. Teste rápido para gravidez
(1) Sim (0) Não

EX1.11. Urocultura (cultura da urina)
(1) Sim (0) Não

EX1.12. BAAR no escarro (baciloscopia para diagnóstico de tuberculose)
(1) Sim (0) Não

EX1.13. Radiografias
(1) Sim (0) Não

EX1.14. Ecografias obstétricas (ultrassonografias obstétricas)
(1) Sim (0) Não

EX1.15. Ecografias (ultrassonografias)
(1) Sim (0) Não

EX1.16. Eletrocardiograma
(1) Sim (0) Não

EX1.17. Teste ergométrico (teste de esforço)

(1) Sim (0) Não

EX1.18. Mamografia

(1) Sim (0) Não

EX1.19. Exame citopatológico do colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero)

(1) Sim (0) Não

RE. REFERÊNCIA

RE1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente de consultas em serviços especializados com essas especialidades médicas para atender com qualidade os seus pacientes?

RE1.1. Serviços de urgência / emergência

(1) Sim (0) Não

RE1.2. Psiquiatria

(1) Sim (0) Não

RE1.3. Oftalmologia

(1) Sim (0) Não

RE1.4. Cardiologia

(1) Sim (0) Não

RE1.5. Endocrinologia

(1) Sim (0) Não

RE1.6. Pré-natal de alto risco

(1) Sim (0) Não

RE1.7. Nefrologia

(1) Sim (0) Não

RE1.8. Cirurgião Vascular

(1) Sim (0) Não

RE1.9. Pediatria

(1) Sim (0) Não

RE1.10. Ginecologia

(1) Sim (0) Não

RE1.11. Oncologia

(1) Sim (0) Não

RE1.12. Infectologia

(1) Sim (0) Não

RE1.13. Outra

(1) Sim (0) Não

RE1.14. Se outra, qual(is)?

AP. APOIO CLÍNICO

AP1. Doutor(a), o(a) senhor(a) conhece o serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS, o 0800 644 6543?

(1) Sim

(0) Não (Pule para a questão SU1)

AP2. Doutor(a), o(a) senhor(a) já utilizou esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Sim

(0) Não (Pule para a questão SU1)

AP3. Com qual frequência o(a) senhor(a) utiliza esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Menos de uma vez por mês

(2) De uma a duas vezes por mês

(3) Três ou mais vezes por mês

AP4. Doutor(a), o(a) senhor(a) recomendaria para um colega esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(1) Sim

(0) Não

AP5. Qual a satisfação do(a) senhor(a) sobre esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?

(5) Muito satisfeito

(4) Satisfeito

(3) Indiferente

(2) Insatisfeito

(1) Muito insatisfeito

SU. SUGESTÕES

SU1. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria para o trabalho na sua unidade de saúde?

SU2. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria no sistema de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

DA4. Hora do fim da entrevista (HH:MM): _____

Observações:

- a) **Todas as inserções ao longo do questionário que iniciam com: "Entrevistador(a):"** indicam uma fala do(a) entrevistador(a) com o(a) paciente que está sendo entrevistado(a).
- b) Orientações e esclarecimentos são apresentados ao longo do questionário nos tópicos de **'Instrução' ou entre parênteses na própria questão.**
- c) As condicionais (pulos) estão explícitos nas opções de respostas das questões, em sua maioria. Para alguns, entre colchetes no início da questão. Devem ser suprimidos no layout do questionário porque serão automatizados no preenchimento do questionário.
- d) Os títulos das seções podem ser suprimidos na elaboração do questionário.

