

RSP<http://www.rsp.fsp.usp.br/>Revista de
Saúde Pública

Adaptação transcultural do instrumento *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) no Brasil

Lucas Wollmann¹, Lisiane Hauser¹, Sotero Serrate Mengue¹, Milena Rodrigues Agostinho¹, Rudi Roman¹, Christina M Van Der Feltz-Cornelis¹, Erno Harzheim¹¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, RS, Brasil¹ Tilburg University. Tilburg, Netherlands

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o processo de adaptação transcultural do *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9), além de comparar a concordância entre duas diferentes formas de aplicação.**MÉTODOS:** Estudo transversal, com 133 usuários adultos de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, RS. 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 Programa Mais Médicos, um estudo transversal com amostra sistemática de Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões do Brasil. Foram realizadas avaliações de equivalência semântica, conceitual e de itens, análise fatorial e avaliação da fidedignidade.**RESULTADOS:** 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. A utilização do PDRQ-9 por meio de entrevista ou de maneira autoaplicada foi considerada equivalente.**CONCLUSÕES:** A adaptação transcultural do PDRQ-9 no Brasil replicou a estrutura fatorial encontrada no estudo original, com alta consistência interna. O instrumento poderá ser utilizado como uma nova dimensão na avaliação da qualidade do cuidado em saúde em pesquisas clínicas, na avaliação de serviços e em saúde pública, na gestão em saúde e na formação profissional. Novos estudos poderão ampliar a avaliação de outras propriedades do instrumento, bem como seu comportamento em diferentes populações e contextos.**DESCRITORES:** Relações Médico-Paciente. Psicometria. Traduções. Entrevista. Inquéritos e Questionários. Estudos de Validação.**Correspondência:**Lucas Wollmann
Rua Pedro Chaves Barcelos
452/403
90450-010 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: lucasw.bm@gmail.com**Recebido:** 24 jul 2017**Aprovado:** 21 nov 2017**Como citar:** Wollmann L, Hauser L, Mengue SS, Agostinho MR, Roman R, Feltz-Cornelis CMVD, et al. Adaptação transcultural do instrumento *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) no Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52:71.**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente (RMP), no seu contexto histórico, depende da situação médica e do cenário social de cada época¹. Mesmo assim, a percepção da RMP como um fator importante no contexto de atendimento em saúde é um conceito consolidado em múltiplas culturas². A RMP envolve componentes de transferência verbal de informações associados a aspectos socioemocionais³. Apesar disso, não existe consenso em relação a uma definição universalmente aceita, impossível, devido à complexidade e subjetividade inerentes ao processo. De maneira operativa, a RMP pode ser entendida como um tipo especial de relação humana que, seja em termos de função ou estrutura, é um componente do cuidado com potencial de afetar desfechos em saúde^{4,5}. Uma RMP desenvolvida satisfatoriamente está associada com melhor controle de sintomas, como: dor, limitação funcional, ansiedade⁶, perda de peso e controle da pressão arterial⁷. Além disso, melhora a adesão ao tratamento⁸ e aumenta a satisfação com o atendimento⁹, fatores com impacto direto no manejo de problemas agudos e crônicos⁶ de saúde.

A RMP pode ser abordada de diferentes maneiras. Pode ser vista como a relação de confiança, aliança terapêutica ou empatia, desenvolvida entre médico e paciente¹⁰. Também pode ser tratada como a habilidade de comunicação e interação do médico ou a relação de continuidade do atendimento^{5,11}. Características pessoais, como cor da pele, sexo, status socioeconômico e idade, além das habilidades interpessoais e de comunicação do médico e seu vestuário, são identificadas como fatores com potencial de afetar a RMP¹²⁻¹⁷.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a RMP está inserida no contexto da longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS definidos por Starfield¹⁸. As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade da APS¹⁸. A RMP também é um componente fundamental da abordagem centrada na pessoa¹¹.

A mensuração da RMP no contexto clínico é geralmente obtida por meio da percepção dos pacientes¹⁰. A dimensão mais frequentemente avaliada refere-se a alguma forma de aliança com descrições como: vínculo, objetivos, tarefas e colaboração. Outras dimensões comumente avaliadas são: confiança, empatia e comunicação relacional¹⁰. Abordagens qualitativas são usadas como ferramenta no desenvolvimento da estrutura conceitual dos fatores que definem as relações entre médico e paciente⁵. As avaliações quantitativas por meio de escalas validadas são os procedimentos mais comuns para a aferição dos processos de interação médico-paciente em função de suas vantagens em termos de validade externa e comparabilidade dos resultados¹¹. A praticidade das escalas em relação à aplicação e análise de resultados também favorece o seu uso em estudos clínicos ou populacionais e na avaliação de profissionais e serviços de saúde.

Não foram encontrados instrumentos de avaliação da RMP no Brasil adaptados ao cenário da prática médica ambulatorial. Além disso, a população brasileira de analfabetos literais ou funcionais alcança 17,6% das pessoas com mais de 15 anos, chegando a 27,1% na região Nordeste¹⁹. Portanto, é necessário um recurso que consiga incluir essas pessoas. O *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9)²⁰ é um questionário desenvolvido na Holanda em 2004. Foi traduzido e validado nos Estados Unidos²¹, Alemanha²², Espanha²³, Turquia²⁴ e Bangladesh²⁵. É considerado adequado ao cenário da APS, por ser conciso, fácil de aplicar e com excelente confiabilidade e consistência interna¹⁰. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de adaptação transcultural do PDRQ-9 ao contexto brasileiro, além de comparar a concordância entre dois modos de aplicação.

MÉTODOS

Os procedimentos de adaptação transcultural foram realizados de acordo com as recomendações do *Consensus – based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN Initiative)*²⁶, uma diretriz internacional de avaliação da qualidade metodológica de estudos sobre propriedades de instrumentos de mensuração em saúde.

O PDRQ-9 é um instrumento²⁰ que avalia a RMP a partir da perspectiva do paciente, com foco na percepção da disponibilidade para ajuda e empatia do médico. Foi desenvolvido a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia. Durante o processo de validação do instrumento original, alguns itens foram adicionados ou modificados, e os itens específicos do cenário da psicoterapia foram excluídos, finalizando uma escala composta por nove itens.

Cada item do instrumento é uma afirmação acerca de diferentes atributos da RMP (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade), e avalia aspectos relacionais e de satisfação. O instrumento foi desenvolvido para ser autoaplicado, e o paciente deve responder o quanto considera apropriada cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos. Em uma população, o escore de cada item é calculado por meio da média aritmética das respostas daquele item e um escore geral pode ser calculado pela média aritmética das respostas dos nove itens.

Duas amostras foram utilizadas no processo de avaliação das propriedades psicométricas do PDRQ-9. A amostra do estudo de validação principal (EVP) teve por objetivo avaliar o instrumento ao ser respondido de maneira autoaplicada e também por meio de entrevista. O EVP foi um estudo com delineamento transversal, composto por 133 usuários, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, RS. Foi realizada uma amostragem por conveniência, estratificada por sexo e duas faixas etárias (18 a 59 anos e ≥ 60 anos). Os estratos foram realizados utilizando como referência os dados de um grande serviço de APS de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2016. Os usuários eram abordados após a consulta médica por entrevistadores treinados. Deveriam ter escolaridade maior ou igual a quatro anos e ao menos duas consultas com aquele médico. Respondiam o PDRQ-9 de maneira autoaplicada, depositavam sua resposta em uma urna e então, respondiam o mesmo instrumento por meio de entrevista. O paciente não sabia que teria que responder novamente o instrumento por meio de entrevista quando era convidado a responder de maneira autoaplicada. Para avaliação da estabilidade da escala no tempo, os participantes recebiam novamente o instrumento por carta ou e-mail após duas semanas, a fim de que respondessem em seu domicílio.

Foi realizado cálculo de tamanho da amostra do EVP para realização de teste de equivalência entre duas médias pareadas, de acordo com o procedimento de Bland Altman²⁷, para avaliar a concordância da aplicação do PDRQ-9 de modo autoaplicado e por meio de entrevista. Foi considerada uma média do escore geral do instrumento de 4,1 e um desvio padrão de 0,8²⁰. Como referência para comparação entre métodos de aplicação, foi utilizado estudo espanhol que aplicou o PDRQ-9 como entrevista²³. Foi estipulada diferença esperada de 0,2, diferença negligenciável de 0,3, correlação de 0,8, poder de 0,8 e significância estatística de 0,05.

Também foi avaliada a aplicação do instrumento por meio de entrevista utilizando uma amostra dos participantes da Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos (PAPMM), um estudo transversal com amostra sistemática de unidades de saúde da família (USF) de todo o Brasil. O objetivo desse estudo era avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) eram comparados com médicos brasileiros que não atuavam junto ao PMM. Em cada USF amostrada, eram abordados cerca de 12 usuários adultos (≥ 18 anos), com ao menos duas consultas com aquele médico por meio de seleção consecutiva após consulta com o médico previamente selecionado. Esses usuários respondiam a diversos instrumentos a pesquisadores treinados, dentre eles o PDRQ-9. De 6.200 usuários entrevistados na PAPMM, foram selecionados de maneira aleatória 10,0% dos participantes para a avaliação das propriedades do PDRQ-9. Essa subamostra foi estratificada por região da federação, porte do município, número de equipes de ESF e categoria de vínculo do médico (integrante ou não do Programa Mais Médicos). Não foram incluídos os dados dos pacientes atendidos por médicos cubanos, uma vez que o objetivo do estudo era a adaptação transcultural para o Brasil, compreendendo questões relacionadas ao idioma.

O instrumento foi selecionado por um dos autores (LW), após revisão da literatura sobre o tema. A validade de face e conteúdo da escala foi avaliada com base em literatura nacional²⁸ e internacional¹⁰, relacionada aos atributos da RMP. O instrumento foi discutido por um comitê de especialistas (dois epidemiologistas com experiência em estudos de adaptação transcultural e três médicos de família e comunidade, todos com domínio da língua inglesa), com objetivo de avaliar a adequação conceitual e de itens no contexto brasileiro.

Foram realizadas duas traduções do inglês para o português, por dois tradutores independentes e nativos da língua inglesa. A retradução para o inglês foi realizada por outra dupla de tradutores independentes, brasileiros com fluência na língua inglesa. Foram realizados quatro pré-testes com 10 questionários, em usuários adultos, na mesma UBS onde foi realizado o EVP. O objetivo do questionário foi explicado aos participantes, que foram perguntados se consideravam as afirmações compreensíveis e relevantes. Os resultados eram discutidos com a equipe de pesquisa após cada pré-teste. As dúvidas foram discutidas com a autora do instrumento original (CMVF).

Utilizou-se análise fatorial com extração via fatoração de eixo principal para avaliação da validade relacionada ao constructo. Foram selecionados os itens com carga fatorial superior a 0,30²⁹. A fidedignidade deste instrumento foi avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade no tempo. Para avaliar a consistência interna de cada componente, utilizou-se a correlação item-total, considerando adequados os itens com valor superior a 0,50, além do coeficiente alfa de Cronbach, considerando valor adequado se igual ou superior a 0,70²⁹. As análises de estabilidade no tempo e de concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista foram realizadas pelo procedimento de Bland Altman²⁷, com realização de teste de Wilcoxon, e avaliação do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), este considerado adequado se superior a 0,60²⁶. As análises foram realizadas por meio do *software* SPSS versão 18.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2015 (CAAE 48653615.6.0000.5327) e pelos Comitês de Ética de todos os municípios participantes da PAPMM que solicitaram tal aprovação. As informações coletadas foram mantidas em sigilo e não foram divulgados os nomes dos entrevistados. Os dados foram apresentados agrupados, mantendo-se a confidencialidade sobre as respostas de cada indivíduo. Todos os entrevistados receberam uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

O comitê de especialistas considerou o instrumento adequado em relação à face e ao conteúdo para ser utilizado no contexto brasileiro. As traduções e retraduações foram comparadas entre si e com a versão original e foi desenvolvida a primeira versão do instrumento para pré-teste. Foi sugerida a tradução da palavra “*appropriate*” como “concordo”, nas opções de resposta do instrumento (variando de 1 a 5, sendo 1 equivalente a “não concordo” e 5, “concordo totalmente”). Essa mudança foi considerada adequada pelo comitê de especialistas e aprovada pela autora do instrumento original. De maneira geral, o questionário apresentou bom entendimento por parte dos participantes. Diferentes palavras e sintaxes foram testadas com o objetivo de aprimorar a compreensão, mantendo o sentido original de cada item: item 6 – natureza *versus* causa, sintomas *versus* sintomas médicos; item 7 – falar *versus* conversar; item 8 – satisfeito *versus* contente; item 9 – ter acesso *versus* facilmente acessível. Ao final do quarto pré-teste, chegou-se à versão para testagem das propriedades psicométricas. Não houve *missings* em nenhum dos questionários utilizados do EVP e PAPMM.

Na Tabela 1 é possível visualizar a caracterização dos participantes das duas amostras utilizadas na avaliação do PDRQ-9. Os participantes do EVP apresentaram maior idade, maior escolaridade, menor desemprego e menor proporção de pessoas com companheiro(a) atual.

Tabela 1. Caracterização da amostra de participantes do EVP e PAPMM. Brasil, 2016.

Variável	EVP (n = 133)		PAPMM (n = 628)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	39	29,3	155	24,7
Feminino	94	70,7	473	75,3
Idade ^a	55	18,0	48	17,1
Cor autodeclarada				
Branca	111	83,5	213	33,9
Parda	15	11,3	319	50,8
Outras (preta, amarela, indígena)	7	5,2	96	15,3
Você vive com companheiro(a)?				
Sim	70	52,6	404	64,3
Não, mas já viveu	51	38,3	154	24,5
Nunca viveu	12	9,0	70	11,1
Situação laboral				
Trabalhando	59	44,4	239	38,1
Aposentado/benefício	52	39,1	191	30,4
Desempregado	22	16,5	198	31,5
Anos de estudo completos ^a	11	3,7	7	4,6
Número de consultas com o médico nos últimos 12 meses ^b	3	3,0	5	7,0

EVP: estudo de validação principal; PAPMM: pesquisa de avaliação do Programa Mais Médicos

^a Dados apresentados como média (desvio padrão).

^b Dados assimétricos, apresentados como mediana (amplitude interquartil).

Dezessete médicos foram responsáveis pelo atendimento dos participantes do EVP. A média de idade dos médicos nessa amostra foi de 32 anos e 70,6% eram mulheres; 29,4% possuíam especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O tempo médio de formação em medicina era de 4,7 anos, e trabalhavam na USF em média havia 2,3 anos. Possuíam carga horária semanal média de 54 horas (considerando todos os empregos) e atendiam aproximadamente 34 pacientes por semana na UBS. Na PAPMM, 52 médicos foram responsáveis pelo atendimento dos participantes, dos quais dois se recusaram a fornecer os seus dados. A média de idade dos médicos nessa amostra foi de 39 anos e 50,0% eram mulheres; 72,0% possuíam especialização em MFC. O tempo médio de formação em medicina era de 12,2 anos e trabalhavam na USF onde foi realizada a pesquisa em média há 3,6 anos. Possuíam carga horária semanal média de 60 horas, atendendo aproximadamente 126 pacientes por semana na UBS onde foi realizada a pesquisa.

A carga fatorial do PDRQ-9 por meio de método autoaplicado na população do EVP foi > 0,30 para todos os itens, bem como a correlação item total foi > 0,50 (Tabela 2).

Um escore geral de 4,45 (DP = 0,7) foi obtido na utilização do PDRQ-9 de maneira autoaplicada. Na avaliação da fidedignidade, foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,94. A variância explicada pelo fator extraído foi de 65,3%.

A carga fatorial do PDRQ-9 por meio de entrevista nas populações do EVP e PAPMM foi > 0,30 e a correlação item total foi > 0,50 para todos os itens (Tabela 3).

Na avaliação da fidedignidade do PDRQ-9 aplicado por entrevista no EVP, foi encontrado um escore geral de 4,43 (DP = 0,7), com alfa de Cronbach de 0,95 e variância explicada pelo fator extraído de 70,2%. Na PAPMM, o escore geral obtido foi de 3,23 (DP = 0,8), com alfa de Cronbach de 0,94 e variância explicada de 65,6%.

Trinta e cinco participantes do EVP preencheram o questionário de reteste enviado após duas semanas. Não foram verificadas diferenças relacionadas a sexo, cor, idade, escolaridade, número de consultas ou escore do instrumento entre respondentes e não respondentes do reteste. Foi encontrado um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de 0,96 (IC95% 0,94–0,98) entre o reteste e o instrumento autoaplicado. O gráfico de dispersão de Bland Altman para avaliação da estabilidade no tempo do PDRQ-9 sugeriu uma distribuição homogênea, com maior concordância para valores extremos. O limite superior de concordância pode ser considerado ligeiramente alargado (Figura 1).

Tabela 2. Escore médio, desvio padrão, cargas fatoriais para a validade fatorial e correlação item-total dos itens do PDRQ-9 através de método autoaplicado no EVP (n = 133). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

Variável	Média*	DP	Correlação item total	Carga fatorial
Meu médico me ajuda	4,6	0,7	0,70	0,73
Meu médico tem tempo suficiente para mim	4,4	0,9	0,76	0,80
Eu confio no meu médico	4,5	0,9	0,83	0,87
Meu médico me entende	4,4	0,9	0,88	0,92
Meu médico se dedica a me ajudar	4,6	0,8	0,85	0,88
Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	4,3	0,8	0,75	0,78
Eu consigo conversar com o meu médico	4,6	0,8	0,79	0,82
Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,5	0,8	0,85	0,88
Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	4,1	1,1	0,52	0,53

EVP: estudo de validação principal; DP: desvio padrão

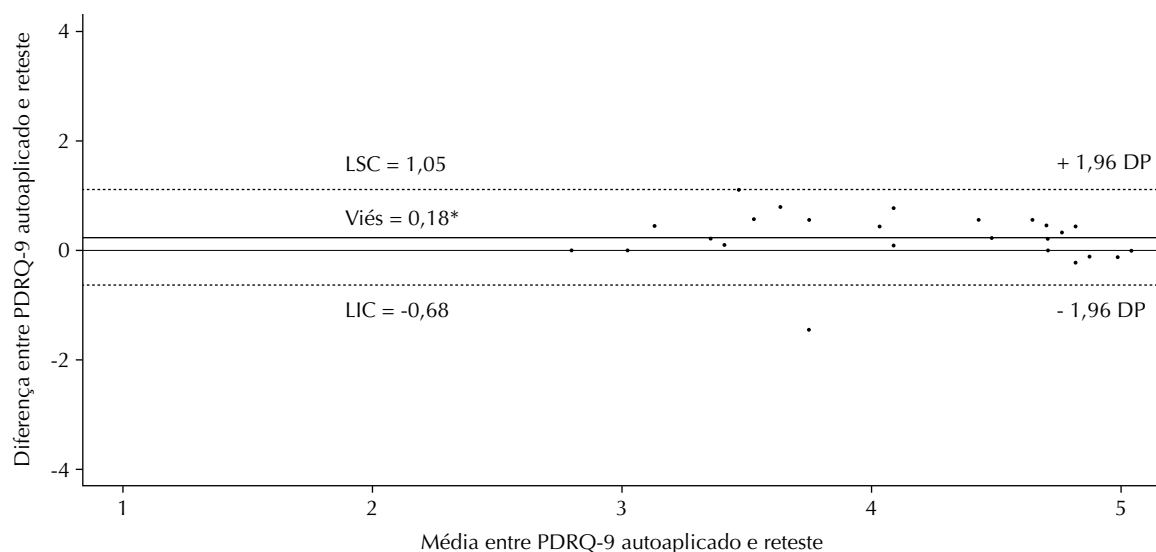
*Variação do escore de 1 a 5.

Tabela 3. Escore médio, desvio padrão, cargas fatoriais para a validade fatorial e correlação item-total dos itens do PDRQ-9 através de método entrevista no EVP (n = 133) e PAPMM (n = 628). Brasil, 2016.

Variável	Média*		DP		Correlação item total		Carga fatorial	
	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM	EVP	PAPMM
Meu médico me ajuda	4,4	3,3	0,8	0,9	0,86	0,70	0,90	0,73
Meu médico tem tempo suficiente para mim	4,4	3,0	0,9	1,1	0,78	0,72	0,80	0,74
Eu confio no meu médico	4,5	3,3	0,8	0,9	0,85	0,81	0,88	0,84
Meu médico me entende	4,4	3,3	0,9	0,9	0,91	0,82	0,94	0,85
Meu médico se dedica a me ajudar	4,6	3,2	0,8	0,9	0,83	0,80	0,86	0,83
Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	4,3	3,2	0,9	0,9	0,75	0,79	0,77	0,81
Eu consigo conversar com o meu médico	4,5	3,3	0,8	0,9	0,87	0,84	0,90	0,87
Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,5	3,3	0,8	1,0	0,86	0,81	0,89	0,84
Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	4,1	3,1	1,1	1,1	0,54	0,76	0,55	0,78

EVP: estudo de validação principal; PAPMM: Pesquisa de Avaliação do Programa Mais Médicos; DP: desvio padrão

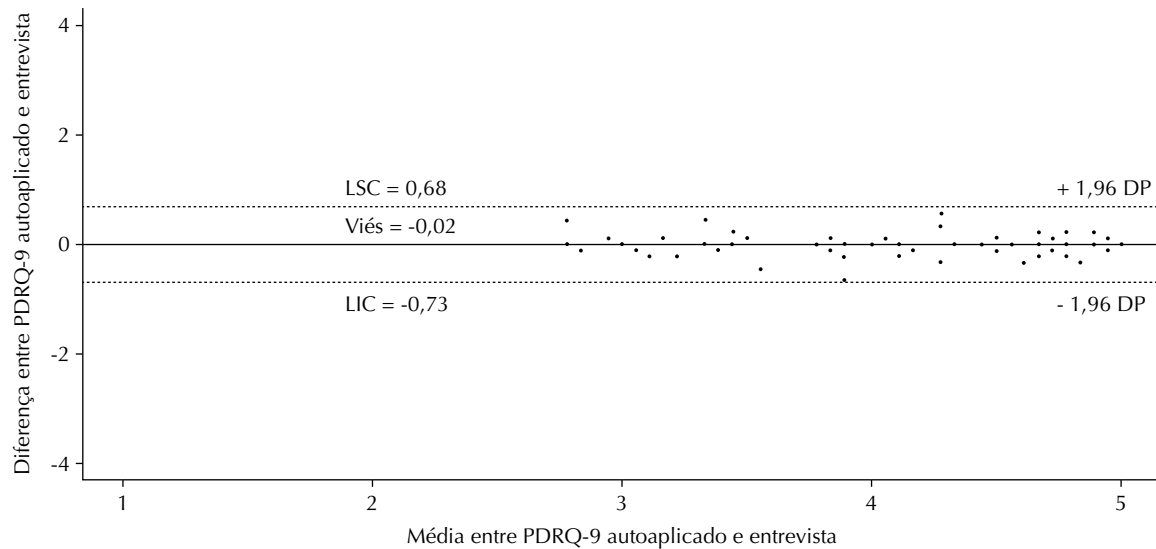
*Variação do escore de 1 a 5.



LSC: limite superior de concordância; LIC: limite inferior de concordância; DP: desvio padrão; EVP: estudo de validação principal

* Associação ao teste de Wilcoxon (p = 0,004).

Figura 1. Gráfico de dispersão de Bland Altman para avaliação da estabilidade no tempo do PDRQ-9 no EVP (n = 35). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.



LSC: limite superior de concordância; LIC: limite inferior de concordância; DP: desvio padrão; EVP: estudo de validação principal

Figura 2. Gráfico de dispersão de Bland Altman para análise de concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista no EVP (n = 133). Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

O CCI foi de 0,94 (IC95% 0,93–0,95) na avaliação concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista. O gráfico de dispersão de Bland Altman apresentou uma distribuição homogênea, diferença de médias muito próximas a zero e limites de concordância estreitos (Figura 2). Foi obtido um $p = 0,315$ por meio do teste de Wilcoxon.

DISCUSSÃO

A adaptação transcultural do PDRQ-9 replicou a estrutura unidimensional observada no estudo original²⁰. A partir dos resultados obtidos, foi possível apresentar o instrumento para medir a RMP considerando os nove itens, que mostraram desempenho adequado para as medidas de validade e fidedignidade avaliadas (Quadro). As cargas fatoriais encontradas em todos os itens e métodos de aplicação das diferentes amostras foram elevadas, com uma queda no item relacionado ao acesso. Essa situação foi também verificada no estudo de validação original²⁰. Uma explicação possível para a ocorrência é o fato de o conteúdo semântico do termo “acesso” carregar significado não só relacionado à disponibilidade do médico, mas também à organização do serviço de saúde¹⁸. Novos estudos com a utilização do instrumento em serviços de fácil e difícil acesso, com controle para esse fator, poderão ajudar na compreensão da interferência da acessibilidade relacionada ao serviço na avaliação da RMP pelos usuários. Estudos qualitativos poderão ajudar a definir uma sentença mais adequada, com objetivo de discriminar a disponibilidade do profissional.

A alta consistência interna verificada neste estudo, seja pelo método autoaplicado ou por entrevista nas diferentes populações ($\alpha = 0,94$ – $0,95$), também pode ser observada nas outras validações deste instrumento, como a holandesa ($\alpha = 0,94$)²⁰, a alemã ($\alpha = 0,95$)²², a espanhola ($\alpha = 0,95$)²³, a norte-americana ($\alpha = 0,96$)²¹ e a turca ($\alpha = 0,91$)²⁴. A correlação item-total atingiu valores considerados adequados em todas as populações e métodos de aplicação, para todos os itens do instrumento. Diferentes propriedades do instrumento foram testadas em estudos internacionais, como: análise fatorial confirmatória^{22,24}, convergente^{21,22} e discriminante^{20–22}. Assim como nos estudos em outros países, o PDRQ-9 atingiu escores moderados ou altos na avaliação da RMP no Brasil. Esse achado também é verificado na utilização de diferentes instrumentos de mensuração da RMP¹⁰.

A aplicação do PDRQ-9 na PAPMM permitiu a adaptação transcultural deste instrumento, utilizando uma amostra com participantes de todas as regiões do Brasil. Esses usuários

Quadro. Versão final do PDRQ-9 em português brasileiro.

Apresentação
Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:
Opções de resposta
1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente
Itens do instrumento
Meu médico me ajuda. Meu médico tem tempo suficiente para mim. Eu confio no meu médico. Meu médico me entende. Meu médico se dedica a me ajudar. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas. Eu consigo conversar com o meu médico. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico.

foram encontrados em serviços de APS do Sistema Único de Saúde, nas suas diferentes formas de organização e disponibilização de atendimento. Além disso, foi possível a inclusão de pessoas com grande pluralidade individual e social. Esses fatores agregam robustez aos resultados apresentados.

Apesar de ter sido originalmente desenvolvido para ser respondido de forma autoaplicada, o PDRQ-9 já foi validado na Espanha para utilização por meio de entrevista²³. Contudo, é a primeira vez que a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento é realizada em paralelo para dois métodos de aplicação distintos, possibilitando a verificação da existência de diferenças entre eles. Foi encontrada elevada correlação e o procedimento de Bland Altman mostrou grande concordância entre as diferentes formas de aplicação, o que possibilita considerar que são equivalentes. A possibilidade da utilização do PDRQ-9 por meio de entrevista permite a inclusão de analfabetos literais e funcionais em posteriores aplicações deste instrumento.

Para avaliação da estabilidade da escala no tempo, a taxa de resposta após duas semanas foi baixa (26,3%), evento que também foi verificado no estudo original de validação do PDRQ-9 (33%)²⁰. As respostas dos participantes apresentaram correlação excelente. O viés encontrado (0,18) foi estatisticamente significativo, mas considerado pequeno. A maior concordância nos extremos em relação ao centro do gráfico de dispersão sugere que pessoas que avaliam seu médico com escores moderados apresentam maior incerteza no fornecimento das respostas. A mudança da resposta dos participantes após duas semanas pode ser devida aos efeitos provocados pelas recomendações ou tratamentos prescritos ao longo desse período, bem como pelo fato de o instrumento ser respondido fora do serviço de saúde. Uma correlação moderada entre teste e reteste foi observada no estudo original, o único a realizar avaliação de estabilidade no tempo, em que foi encontrado um coeficiente de Pearson de 0,61²⁰.

Este estudo apresenta limitações. Não foi avaliado o tempo de preenchimento do instrumento. Portanto, não foi possível realizar análises relacionadas ao viés de aprendizado ou interferência de fatores como a escolaridade. O fato de os participantes do EVP terem respondido ao PDRQ-9 por dois métodos diferentes em sequência pode ter feito com que as pessoas se sentissem compelidas a responder o instrumento de maneira idêntica, subestimando a diferença entre os métodos. A falta de conhecimento do participante em saber que responderia o instrumento uma segunda vez minimiza esse efeito. A utilização da urna, por sua vez, reforçava que o objetivo ao responder o instrumento pela segunda vez não era lembrar o que já se havia respondido, mas fornecer uma nova resposta autêntica. A aplicação do instrumento nas dependências do serviço de saúde pode levar a respostas socialmente

aceitas e superestimar o julgamento das pessoas em relação aos seus médicos. Assim como em outros estudos, isso foi minimizado por entrevistadores não vinculados ao serviço e garantia de anonimato das respostas.

A adaptação transcultural do PDRQ-9 ao contexto brasileiro permitiu a disponibilização de um instrumento conciso e versátil na avaliação da RMP, especialmente no cenário da APS. Pode ser utilizado de maneira autoaplicada ou por meio de entrevista. Novos estudos poderão avaliar outras propriedades da escala, bem como seu comportamento em diferentes estratos da população e contextos específicos. O uso do PDRQ-9 permitirá a inclusão de uma nova dimensão da qualidade do cuidado em saúde em pesquisas clínicas, na avaliação de serviços, na gestão em saúde, no *pay for performance* e na formação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. The doctor-patient relationship and its historical context. *Am J Psychiatry*. 1958;115(6):522-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.115.6.522>
2. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001 [citado 14 jan 2018];51(470):712-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314098/pdf/11593831.pdf>
3. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health*. 1989 [citado 14 jan 2018];10:163-80. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.10.050189.001115>
4. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
5. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):116-33. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>
6. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 [citado 14 jan 2018];152(9):1423-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/pdf/cmaj00069-0061.pdf>
7. 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
8. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331-42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
9. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15(5):480-92.
10. Eveleigh RM, Muskens E, Ravesteijn H, Dijk I, 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(1):10-5. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.05.011>
11. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship. London: The Kings Fund; 2010.
12. Ha JF, Hons M, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010 [citado 14 jan 2018];10(1):38-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
13. 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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-178>
14. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-64. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
15. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA*. 1999;282(6):583-9. <https://doi.org/10.1001/jama.282.6.583>
16. Chung H, Lee H, Chang DS, Kim HS, Lee H, Park HJ, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Educ Couns*. 2012;89(3):387-91. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.017>

17. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. 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. <https://doi.org/10.1370/afm.1910>
18. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014. 2.ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
20. 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010>
21. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in primary care: a validity study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014;21(3):291-6. <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9407-2>
22. Zenger M, Schaefer R, Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. *PLoS One*. 2014;9(3):e91964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091964>
23. Martín-Fernández J, Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria*. 2010;42(4):196-203. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.026>
24. Mergen H, Van der Feltz-Cornelis CM, Karao lu N, Erdogmus B, Öngel K. Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in comparison with the Europe instrument in a family medicine center. *HealthMED*. 2012;6(5):1763-70.
25. Arafat SMY. Psychometric validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9). *Psychiatry J*. 2016;(2016):9385364. <https://doi.org/10.1155/2016/9385364>
26. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist manual. Amsterdam: EMGO Institute for Health and Care Research; 2012.
27. Bland J, Altman D. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res*. 1999;8(2):135-60.
28. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(1):139-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
29. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 4.ed. New York: Oxford University Press; 2008.

Financiamento: Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS/OMS), por meio dos Termos de Cooperação 44 e 61, firmados entre a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: LW, LH, SSM, MRA, RR, CMVF, EH. Análise e interpretação de dados e preparação e redação do manuscrito: LW, LH, SSM, EH. Revisão crítica do manuscrito e aprovação final: LW, LH, CMVF, EH.

Agradecimentos: A Alexandre Florêncio, Elisandrea Kemper, Gerardo Alfaro e Renato Tasca, pelo suporte institucional através da Organização Pan-americana da Saúde e pela contribuição na Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos, da qual foram utilizados dados para este artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.