



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade

Juliana Baptista Pedro (e-mail: juliana_bpedro@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na Área Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e Doutora Sofia Gameiro

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade

Objetivo: Os principais objetivos deste estudo foram investigar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade e analisar a relação entre os cuidados centrados nos pacientes e as suas intenções de adesão ao tratamento.

Metodologia: Estudo transversal realizado com 265 mulheres e 83 homens inférteis a realizar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal, recrutados através da internet e em contexto clínico. O protocolo de avaliação incluiu o PCQ-Infertilidade e outros questionários de autorresposta que avaliam a qualidade dos cuidados, o bem-estar e as intenções de adesão aos tratamentos.

Resultados: A análise fatorial confirmatória do modelo estrutural do PCQ-Infertilidade revelou bom ajustamento. Todas as dimensões do PCQ-Infertilidade revelaram boa consistência interna (excetuando a organização: $\alpha = .57$). De forma geral os cuidados centrados no paciente estavam associados a maior bem-estar e qualidade dos serviços. O instrumento discriminou pacientes em diferentes fases de tratamentos e com e sem educação superior. A disponibilização de informação, o respeito pelos pacientes, a continuidade no atendimento e a competência da equipa estiveram diretamente associadas a intenções mais fortes de adesão. Maior acessibilidade, envolvimento do paciente e boa comunicação estiveram indiretamente associadas a intenções mais fortes de adesão aos tratamentos, através da diminuição das preocupações acerca do tratamento.

Conclusão: A versão portuguesa do PCQ-Infertilidade é válida e fidedigna. Para promover a adesão aos tratamentos, as clínicas devem tentar diminuir as preocupações dos seus pacientes sobre os procedimentos médicos, promovendo o fácil acesso a profissionais com quem estes possam discutir as suas preocupações e que os envolvam no processo de tratamento e tomadas de decisão associadas.

Palavras-chave: Infertilidade, Cuidados centrados no paciente (CCP), adesão, preocupações com os tratamentos, tolerância aos tratamentos.

Patient centred care and compliance with treatment: validation findings of the Portuguese version of the PCQ-Infertility

Objective: The main goals of this study were to investigate the psychometric properties of the Portuguese version of the PCQ-Infertility and to analyse the relationship between patient centered care and patients' intentions to comply with treatment.

Methods: The sample was composed of 265 infertile women and 83 infertile men undergoing any stage of fertility treatment in Portugal. Participants were recruited online and at clinical setting and completed the Portuguese version of the PCQ-Infertility and other self-reported questionnaires assessing quality of care, wellbeing and intentions to comply with treatment.

Results: The Confirmatory Factor Analysis for the PCQ-Infertility indicated good fit. All PCQ-Infertility dimensions showed good internal consistency (excepting for organization: $\alpha = .57$). In general, patient centered care was associated with higher wellbeing and with better quality care. The instrument was able to discriminate between patients across different treatment stages and between patients with and without college education. The information provision, respect for patients' values, continuity of care and competence of the team were directly associated with higher intentions to comply with treatment. Greater accessibility, patient involvement and good communication were indirectly associated with higher intentions to comply with treatment, by diminishing patients' concerns about treatment.

Conclusion: The Portuguese version of the PCQ-Infertility is valid and reliable. To promote treatment compliance, clinics alike should decrease patients' concerns about medical procedures by promoting the access to professionals with whom patients can talk in order to discuss their concerns. Professionals should also involve patients in treatment process and decision-making.

Key Words: Infertility, Patient centred care, compliance, concerns about treatment, tolerability to treatment.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, agradeço a orientação, a disponibilidade, compreensão, oportunidade e rigor dos seus ensinamentos que marcaram o meu percurso e que me marcarão para a vida, certamente.

À Doutora Sofia Gameiro, agradeço o seu rigor e ensinamentos, a paciência, dedicação, e as inúmeras oportunidades de aprendizagem que me proporcionou. Agradeço a orientação rigorosa e científica com que fui presenteada durante a realização deste trabalho.

À Dra. Ana Fonseca, à Dra. Bárbara Nazaré, à Doutora Carla Crespo, à Doutora Helena Moreira, ao Doutor Marco Pereira e à Doutora Mariana Moura-Ramos agradeço os conhecimentos partilhados e transmitidos, que muito contribuíram para a minha aprendizagem e para a conclusão desta etapa.

Um muito obrigada à equipa do Serviço de Reprodução Humana do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, pela colaboração neste estudo e por me ter acolhido de forma tão carinhosa e compreensiva durante o processo de recolha de amostra.

Agradeço também a todos os pacientes que participaram no estudo, que disponibilizaram o seu tempo e partilharam algumas das suas ideias comigo.

À Vanessa, um agradecimento especial pela amizade e companheirismo ao longo deste trabalho.

Aos meus pais por me guiarem neste percurso, pelas palavras de encorajamento nos momentos mais difíceis e por acreditarem que seria capaz de concluir esta etapa.

À minha irmã, que sempre de forma discreta, me guiou.

Ao João, agradeço a paciência, compreensão, apoio e carinho com que me presenteou.

Uma palavra especial à Renata e à Joana que muito contribuíram para este fantástico percurso de cinco anos.

Sem todos, não teria sido possível.

Índice

I – Introdução	1
II - Objetivos	4
III - Metodologia	4
1. <i>Desenho do estudo e procedimentos</i>	4
2. <i>Instrumentos</i>	4
3. <i>Análise dos dados</i>	6
IV - Resultados	7
1. <i>Amostra</i>	7
2. <i>Características psicométricas da versão Portuguesa do PCQ-Infertilidade</i>	9
3. <i>Caracterização da experiência dos pacientes com os CCP que recebem nas suas clínicas de fertilidade</i>	11
4. <i>Efeitos diretos e indiretos dos CCP na adesão aos tratamentos</i>	11
V - Discussão	13
Bibliografia	16
Anexos	20

Índice de Quadros

Quadro 1. Caracterização da amostra e diferenças entre os pacientes recrutados <i>online</i> e em contexto clínico: variáveis sociodemográficas e clínicas	8
Quadro 2. Sumário das estatísticas de ajustamento para testar a invariância de medida e estrutural do PCQ-Infertilidade	10
Quadro 3. Estatísticas descritivas e correlações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade e medidas de qualidade dos cuidados, bem-estar, preocupações com o tratamento e intenções de adesão	11
Quadro 4. Associações entre os cuidados centrados no paciente e as intenções de adesão aos tratamentos: Análise dos efeitos indiretos	12

I – Introdução

Os Cuidados Centrados no Paciente (CCP) são cuidados que respeitam e respondem às preferências e necessidades individuais de cada paciente, procurando assegurar que são os valores dos pacientes que guiam as decisões clínicas (Corrigan, Donaldson, Kohn, Maguire, & Pike, 2001). Na área da medicina da reprodução, a atenção crescente dada aos CCP resultou de uma mudança de paradigma na conceção do que é a qualidade dos serviços de fertilidade. Durante o período de desenvolvimento das técnicas médicas, a avaliação dos cuidados baseou-se na sua eficácia (i.e., taxa de gravidez/nascimentos) (Pennings & Ombelet, 2007). No entanto, apesar do todo o desenvolvimento tecnológico, cerca de 30% dos casais inférteis que iniciam tratamento nunca conseguirão alcançar uma gravidez (Pinborg, Hougaard, Andersen, Molbo, & Schmidt, 2009). Este facto levou os profissionais a questionarem-se sobre as suas responsabilidades para com os pacientes, chegando à conclusão que os cuidados disponibilizados nas clínicas devem promover outros resultados para além da eficácia, como a qualidade de vida (Boivin, Takefman, & Braverman, 2011) e a adesão aos tratamentos (Boivin et al., 2012; Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, in press). Neste contexto, tem sido advogada a necessidade de as clínicas avaliarem e promoverem (se necessário) a disponibilização de CCP (van Empel, Nelen, Hermens, & Kremer, 2008), já que estes estão associados a uma melhor qualidade de vida dos pacientes (Aarts et al., 2012), e parecem influenciar a motivação dos pacientes para aderirem aos tratamentos (Michie, Miles, & Weinman, 2003; WHO, 2003). Os principais objetivos do presente estudo foram validar a versão portuguesa do Questionário de Cuidados Centrados no Paciente – Infertilidade (PCQ – Infertilidade) e investigar a relação entre CCP e as intenções de adesão aos tratamentos dos pacientes.

O estudo dos CCP na infertilidade implicou o desenvolvimento de um modelo de CCP adequado às especificidades da medicina reprodutiva. Para o efeito foram implementados uma revisão sistemática da literatura e vários grupos focais. A revisão sumarizou 51 estudos realizados entre 1981 e 2008, organizando as experiências dos pacientes em dez dimensões que captam diferentes aspetos dos cuidados disponibilizados pelas clínicas de infertilidade. Exemplos de dimensões que foram mais referidas são a rápida acessibilidade aos profissionais e serviços, a informação disponibilizada e a competência da equipa. Tanto a revisão sistemática como os grupos focais (14 grupos focais, na sua totalidade constituídos por 57 homens e 46 mulheres oriundos de 20 clínicas da Holanda e da Bélgica) permitiram ainda identificar, para cada uma dessas dez dimensões, aqueles aspetos dos cuidados que os pacientes consideram importantes mas não satisfatórios. O acesso à informação, a atitude e relação da equipa da clínica (respeito) e a sua competência foram as dimensões que os pacientes identificaram como prioritárias para melhoria. De entre os diferentes aspetos identificados foram selecionados 53, organizados em oito dimensões, com base na frequência e intensidade com que eram referidos (Krueger, 1998), e convertidos em itens

de um questionário piloto para avaliação dos CCP, o *Patient Centred Care Questionnaire-Infertility* – PCQ-Infertilidade (van Empel, Aarts, et al., 2010).

A versão piloto do PCQ-Infertilidade pretendia avaliar as experiências dos pacientes com os cuidados que recebem nas suas clínicas de fertilidade de acordo com oito dimensões distintas: acessibilidade, informação, comunicação, envolvimento do paciente, respeito pelos valores do paciente, continuidade e transição, competência e organização (van Empel, Aarts, et al., 2010). Dos 53 itens iniciais, sete foram excluídos por terem sido considerados enviesados e/ou não importantes, por não contribuírem para a consistência interna da escala e por receberem comentários negativos dos pacientes. A versão final do questionário inclui 46 itens. A sua utilização permite avaliar os CCP, fornecendo informação útil às clínicas e profissionais de saúde para otimizar os cuidados disponibilizados aos seus pacientes (Mourad et al., 2009; van Empel, Aarts, et al., 2010). O PCQ-Infertilidade foi validado numa amostra de 888 pacientes de 30 clínicas de fertilidade da Holanda (van Empel, Aarts, et al., 2010). A elevada taxa de resposta obtida neste estudo (75%) sugere que a sua utilização em contexto clínico é viável. À exceção da organização, todas as dimensões avaliadas pelo PCQ-Infertilidade apresentaram boa consistência interna (alfa de cronbach > .70). O PCQ-Infertilidade mostrou também boa validade de constructo ao mostrar que pacientes com acesso ao seu registo médico, que tinham um médico de referência, que receberam informação escrita e uma planificação das avaliações dos tratamentos reportaram experiências mais positivas de CCP do que pacientes sem estes serviços. Pacientes a realizar diagnóstico ou apenas tratamentos de primeira linha reportaram experiências de CCP menos positivas do que pacientes a realizar tratamentos de RMA (Reprodução Medicamente Assistida), que são mais complexos e exigem um maior envolvimento e coordenação da equipa clínica. No entanto, a estrutura multidimensional do instrumento ainda não foi investigada, pelo que não há dados que permitam validar o modelo teórico de CCP proposto. Para tal, será necessário proceder à análise confirmatória do instrumento e verificar se esta estrutura se mantém invariante para todos os pacientes (homens e mulheres) ao longo das diferentes fases de tratamento (antes e durante RMA). De igual forma, é importante verificar se o PCQ-Infertilidade pode funcionar como indicador da qualidade dos serviços através do estudo das suas associações com outros instrumentos desenvolvidos para o efeito (i.e., estudo da validade concorrente) e com medidas de bem-estar psicossocial.

A investigação recente tem mostrado que a qualidade dos serviços de infertilidade pode influenciar a motivação dos pacientes para aderirem os tratamentos (Boivin et al., 2011; Dancet et al., 2011). A adesão ao tratamento traduz em que medida o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações do seu cuidador de saúde (WHO, 2003). Na área da infertilidade, a adesão diz respeito à realização de todos os tratamentos recomendados pela equipa médica para os pacientes alcançarem a parentalidade, sempre que existem condições para suportar os seus custos financeiros. Apesar de adesão (i.e. menor desistência prematura) estar associada a uma maior probabilidade de sucesso nos tratamentos (Land,

Courtar, & Evers, 1997), estudos na área apontam para taxas de desistência entre 22.9% (Brandes et al., 2009) a 50% (Olivius, Friden, Borg, & Bergh, 2004) e 60% (Akyuz & Sever, 2009). Uma revisão sistemática muito recente mostrou que entre as diferentes razões citadas pelos pacientes para desistirem dos tratamentos estão fatores relacionados com a qualidade dos cuidados disponibilizados (Gameiro et al., in press), como por exemplo falta de empatia da equipa médica (Van den Broeck et al., 2009), falta de continuidade nos cuidados (Olivius et al., 2004). A desistência devido à qualidade dos cuidados parece ser transversal a todo o processo de tratamento, tendo sido observada tanto durante os tratamentos de primeira linha (pré-RMA) como antes do início dos tratamentos de RMA e após o primeiro ciclo de RMA mal sucedido (Gameiro et al., in press).

Desta forma, investigadores e clínicos têm tentado compreender de que forma as clínicas devem organizar os seus serviços para promover a adesão (Boivin et al., 2012). A Figura 1 (ver anexos) ilustra as diferentes formas como os CCP poderão estar associados à adesão aos tratamentos. Algumas dimensões dos cuidados poderão estar diretamente associadas à adesão (ver Figura 1, anexos, linha contínua). Por exemplo, os pacientes indicam como razão para desistir a falta de atenção (Meynol, Bongain, Isnard, Silva, & Gillet, 1997) e empatia da equipa médica para com os aspetos psicológicos dos tratamentos (Van den Broeck et al., 2009), falta de informação acerca do seu prognóstico e opções de tratamento e falta de comunicação entre paciente e médico (Peddie, van Teijlingen, & Bhattacharya, 2004, 2005; Rauprich, Berns, & Vollmann, 2011).

Outras dimensões dos cuidados poderão promover a adesão indiretamente (ver Figura 1, anexos, linha tracejada) porque contribuem para aumentar a tolerância dos pacientes em relação ao tratamento e diminuir a sua interferência na vida pessoal e profissional. Por exemplo, uma equipa organizada e competente poderá conseguir diminuir os períodos de espera entre ciclos de tratamento, uma causa comum de insatisfação (Dancet et al., 2010). Respeitar as preferências e necessidades dos pacientes, o que pode significar medidas tão elementares como informar o paciente sobre o resultado do tratamento por telefone em vez de na clínica (Stewart et al., 2001), poupa tempo e deslocações ao paciente. Disponibilizar informação sobre os tratamentos e a sua planificação são aspetos valorizado pelos pacientes (Dancet et al., 2011) e que lhes permitem organizar a sua vida de acordo com as exigências dos tratamentos. Por sua vez sabe-se que os pacientes que toleraram melhor os tratamentos reportam intenções mais fortes de continuar os tratamentos (Boivin et al., 2011).

As competências de comunicação dos profissionais de saúde, a disponibilização de informação, a acessibilidade da equipa médica e o envolvimento do paciente podem também estar indiretamente associados com a adesão (ver Figura 1, anexos, linha tracejada), ao ajudar a reduzir as preocupações dos pacientes com os tratamentos de RMA (e.g., efeitos secundários das hormonas e anestesia, cirurgias, tempo de recuperação). Por exemplo, aqueles pacientes que recebem informação sobre aspetos tais como os efeitos secundários da medicação ou como obter apoio social e/ou psicológico sentem-se mais satisfeitos (Souter, Penney, Hopton, &

Templeton, 1998) e apoiados pela equipa médica (Dancet et al., 2010; Dancet et al., 2011). Questionar os pacientes acerca de outros problemas ou preocupações que tenham permite aos pacientes expressarem e discutirem as suas preocupações pessoais e aumentar a sua satisfação (Daniluk, 2001; Leite, Makuch, Petta, & Morais, 2005).

II - Objetivos

O presente estudo teve vários objetivos. O primeiro foi investigar as características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Cuidados Centrados no Paciente - Infertilidade (i.e. validade de constructo, consistência interna e validade discriminante) num grupo de pacientes a realizar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal. O segundo foi caracterizar a experiência dos pacientes com os CCP que recebem nas suas clínicas de fertilidade. O terceiro foi investigar a relação entre os CCP e as intenções de adesão aos tratamentos dos pacientes. Investigou-se se esta relação era direta ou indireta, através do aumento da tolerância e da diminuição das preocupações com os procedimentos médicos.

III - Metodologia

1. Desenho do estudo e procedimentos

Foi obtida a aprovação ética para este estudo do Comité de ética e investigação do Centro Hospital Universitário de Coimbra. A recolha de dados decorreu entre janeiro a junho de 2011 e setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Os participantes foram convidados a participar na investigação através de um questionário *online* e em contexto clínico. O questionário *online* foi divulgado no site da APFertilidade, a principal associação de pacientes inférteis em Portugal. Foi também criada uma *causa* no *Facebook* que foi divulgada entre todos os *amigos* da APFertilidade. Em contexto clínico, os pacientes do serviço de Reprodução Humana do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (SRH-CHUC) foram sistematicamente convidados a participar. Foi obtido o consentimento informado dos pacientes, tanto em contexto clínico como no questionário *online*. Para poderem participar no estudo era necessário ter uma idade mínima de 18 anos e estar a realizar exames de diagnóstico e/ou tratamentos de fertilidade em clínicas Portuguesas. Assume-se que todos os participantes eram casados ou coabitavam com o parceiro numa relação heterossexual há pelo menos dois anos, como definido pela lei portuguesa para acesso aos tratamentos de fertilidade (Lei 32/2006, de 26 de julho).

2. Instrumentos

Os Cuidados Centrados no Paciente foram avaliados com a versão portuguesa do PCQ-Infertilidade (Gameiro & Canavarro, 2010, versão original de van Empel, Aarts, et al. (2010), na qual os pacientes classificam as suas experiências com os cuidados que receberam na clínica onde estão a realizar exames de diagnóstico e/ou tratamentos. Para desenvolver a versão portuguesa do PCQ-Infertilidade, foram seguidas as recomendações de

Hambleton (2005). O instrumento está organizado em oito subescalas. Acessibilidade (2 itens; e.g., “Com que frequência tem conseguido falar imediatamente com alguém quando telefonou para a clínica?”); Informação e explicações (11 itens; e.g., “A informação que lhe foi dada sobre as análises e testes de diagnóstico que ia fazer era compreensível?”); Competências de comunicação da equipa (7 itens; e.g., “Os cuidadores foram honestos e claros sobre o que pode esperar dos serviços de fertilidade?”); Envolvimento do paciente no tratamento (3 itens; e.g., “Nos casos em que preferia, as tomadas de decisão eram partilhas consigo?”); Respeito pelos valores e necessidades dos pacientes (7 itens; e.g., “Com que frequência o/a médico/a mostrou empatia para com as suas emoções ou situação corrente?”); Continuidade e transição durante o tratamento (7 itens; e.g., “Tinha um/a médico/a de referência (um(a) médico/a para os momentos de avaliação e de tomada de decisões)?”); Competência da equipa (6 itens; e.g., “Os médicos pareceram-lhe ser competentes?”) e Organização dos serviços (3 itens; e.g., “Com que frequência teve de esperar mais de 3 semanas para ter uma consulta com o/a médico/a?”). As pontuações globais das dimensões variam entre 0 e 3 com valores mais elevados a indicar melhores cuidados recebidos.

O bem-estar foi conceptualizado em termos de Qualidade de Vida e sintomatologia psicopatológica. A Qualidade de Vida foi avaliada com o Fertility Quality of Life – FertiQoL (Boivin et al., 2011), constituído por 26 itens organizados em quatro domínios da qualidade de vida: Emocional (6 itens; e.g., “Os seus problemas de fertilidade deixam-no(a) irritado(a)?”); Mente/Corpo (6 itens; e.g., “Sente-se fatigado(a) devido a problemas de fertilidade?”); Relacional (6 itens; e.g., “É afetuoso(a) com o(a) seu (sua) companheiro(a) e ele(a) consigo apesar dos seus problemas de fertilidade?”); e Social (6 itens; e.g., “Sente que a sua família consegue compreender aquilo por que está a passar?”). As perguntas são respondidas com base numa escala de Likert de cinco pontos. As pontuações das dimensões variam entre 0 e 100 e valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida. O FertiQoL demonstrou boas capacidades psicométricas na população Portuguesa (Melo, Gameiro, Canavarro, & Boivin, in press). Na nossa amostra os domínios revelaram alfas de Cronbach entre .71 e .89. A Sintomatologia psicopatológica foi avaliada com as escalas Somatização (e.g., “Desmaios ou tonturas”), Depressão (e.g., “Sentir-se triste”) e Ansiedade (e.g., “Nervosismo ou agitação interior”) da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1993), versão portuguesa de Canavarro (2007). A resposta aos itens é baseada numa escala de Likert composta por cinco alternativas, que oscilam entre “Nada” (0) e “Extremamente” (4). O total de cada escala resultou da soma da pontuação nos diferentes itens, com valores mais elevados a indicarem a presença de mais sintomas psicopatológicos. O BSI demonstrou boas características psicométricas na população portuguesa (Canavarro, 2007). Na nossa amostra as dimensões revelaram alfas de Cronbach entre .86 e .88.

A qualidade dos serviços foi avaliada com o Módulo de tratamento do Fertility Quality of Life – FertiQoL (Boivin et al., 2011). Este módulo é composto por 10 itens que avaliam dois domínios: Ambiente (6 itens; e.g.,

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hotmai.com) 2012

“Está satisfeito(a) com as suas relações com o pessoal médico dos serviços de fertilidade?”); e Tolerabilidade ao tratamento (4 itens; e.g., “O efeito do tratamento incomoda-o(a) nas suas atividades do dia a dia ou de trabalho?”). As pontuações nestes dois domínios variam entre 0 e 100 com valores mais elevados a indicar melhor qualidade de vida durante o tratamento. Na nossa amostra, o domínio ambiente e tolerabilidade revelaram alfas de Cronbach de .81 e .75, respetivamente.

As preocupações com o tratamento foram avaliadas com a dimensão das preocupações com os procedimentos médicos da escala CART (Klonoff-Cohen, Natarajan, & Klonoff, 2007). A dimensão é constituída por 6 itens e avalia aspetos como as preocupações com efeitos secundários, cirurgias, informação insuficiente, entre outros. A escala de resposta é constituída por uma escala de Likert de 3 pontos (não preocupado, moderadamente preocupado e muito preocupado). Resultados mais elevados significam mais preocupações com os procedimentos médicos. Esta dimensão, na versão original, revelou um alfa de Cronbach de .78 e de .74 na nossa amostra.

As intenções de adesão ao tratamento foram avaliadas com a Escala de Persistência nos tratamentos do FertiQoI (Boivin et al., 2011). Esta escala é constituída por 6 itens (e.g., “Até que ponto é provável que tente outro tratamento, caso este falhe?”) que são respondidos em função de uma escala de likert de cinco pontos. A pontuação varia entre 0 e 30, com pontuações mais altas a indicarem intenções mais fortes de aderir aos tratamentos. Na nossa amostra revelou um alfa de Cronbach de .76.

3. Análise dos dados

O primeiro objetivo foi investigar as características psicométricas do PCQ- Infertilidade. Estas foram a validade de constructo (análise fatorial confirmatória [AFC] da sua estrutura e análise das correlações entre as diferentes subescalas do PCQ-Infertilidade e das correlações entre o PCQ-Infertilidade, FertiQoI e BSI), a consistência interna e a validade discriminante. A AFC do PCQ-Infertilidade foi realizada com o programa Amos, versão 19.0. O modelo teórico subjacente ao instrumento contempla oito subescalas, cada uma delas constituída por um número variável de itens (de 2 a 11 itens). Como a subescala de organização da versão original do PCQ-Infertilidade apresentou baixa consistência interna ($\alpha = .46$), os autores decidiram que os três itens que constituem esta subescala devem ser considerados individualmente. Neste trabalho foram testados dois modelos distintos. O Modelo 1 (ver Figura 2, anexos) corresponde ao modelo teórico original proposto por van Empel e colaboradores (van Empel, Aarts, et al., 2010), que inclui oito subescalas que correspondem às oito dimensões de CCP identificadas. O Modelo 2 (ver Figura 3, anexos) corresponde à versão final do instrumento validado para a população Holandesa, com sete subescalas de CCP e três itens individuais (em vez de agrupados na subescala organização). Para a realização da AFC, os itens de todas as subescalas com mais de três itens foram agrupados em três parcelas, o que permite diminuir a complexidade do modelo a testar (Matsunaga, 2008). Para avaliar o ajustamento do modelo, utilizaram-se diferentes indicadores

comummente usados: a estatística do X^2 , o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Root-Mean-Square Error* (RMSEA) (Byrne, 2010). O ajustamento do modelo é considerado bom quando o X^2 não é significativo, apresenta CFI entre 0.9 e 0.95 e RMSEA entre 0.05 e 0.10, e muito bom quando apresenta CFI igual ou superior a .95 e RMSEA igual ou inferior a 0.05 (Kline, 2005). Para testar se o PCQ-Infertilidade é uma medida que permite avaliar as experiências de diferentes grupos de pacientes inférteis, a invariância de medida e estrutural do modelo foi testada em relação à fase de tratamento (pré RMA e RMA) e ao género. Um modelo é considerado invariante se a diferença do X^2 não é significativa (Byrne, 2010). A consistência interna foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach das subescalas e pela análise das correlações entre cada item e a sua subescala. Para investigar a validade discriminante realizaram-se análises multivariadas de variâncias (Manova), para testar se os resultados do PCQ-Infertilidade eram sistematicamente diferentes em função da fase de tratamento (pré-RMA,RMA) e do nível de educação dos pacientes (com e sem educação superior).

O segundo objetivo foi investigar quais as subescalas dos CCP foram avaliadas pelos pacientes como mais positivas e mais negativas, através de uma análise multivariada de variância (Manova) de medidas repetidas, considerando todas as subescalas do PCQ-Infertilidade.

Finalmente, investigámos os efeitos diretos e indiretos dos CCP na adesão aos tratamentos. Nesta análise considerámos apenas os indivíduos a realizar tratamentos numa clínica pública e que ainda não tinham realizado todos os ciclos de RMA (3 ciclos) sujeitos a apoio estatal (Lei 32/2006, de 26 de julho). Utilizámos a macro INDIRECT para o SPSS, desenvolvida por Hayes e Preacher (disponível em <http://www.afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html>), desenhada para investigar os efeitos indiretos num modelo de múltiplas mediações, com o método *bootstrap* e com a criação de 5000 amostras. Este método é utilizado para investigar quando uma variável independente (VI) influencia a variável dependente (VD) através de uma ou mais variáveis, denominadas mediadoras (M) (Preacher & Hayes, 2008). Como é ilustrado na Figura 1 (ver anexos), estudou-se como o efeito dos CCP (VI) pode influenciar direta e/ou indiretamente a adesão ao tratamento (VD), através do aumento da tolerância ao tratamento (M1) e/ou da diminuição das preocupações com o tratamento (M2). Foram testados oito modelos que correspondem às oito subescalas do PCQ-Infertilidade. Todas as variáveis foram transformadas em valores standardizados (z-scores) para facilitar a interpretação dos resultados. Os anos de escolaridade foram inseridos como covariável uma vez que investigação anterior indicou que a experiência de CCP varia de acordo com os anos de escolaridade (van Empel, Aarts, et al., 2010).

IV - Resultados

1. Amostra

A amostra final foi constituída por 265 mulheres e 83 homens inférteis a realizar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal, recrutados

através da internet (n = 171, 49.1%) e em contexto clínico (n = 177, 50.9%). A Figura 4 (ver anexos) apresenta o processo de recolha de amostra. Dos 222 questionários submetidos online, nove foram identificados como duplicados e excluídos com base no endereço de *e-mail*. Em contexto clínico, 478 pacientes foram convidados a participar no estudo e 243 questionários foram entregues à equipa de investigação (taxa de resposta de 50.8%). Destes, dez foram excluídos pelo reduzido número de respostas que continham (< 50% das questões do questionário). No total foram recolhidos 446 questionários. Destes, 88 foram excluídos por menos de 80% do PCQ-Infertilidade estar preenchido. Dos restantes, dez foram identificados como *outliers* (com base na idade, duração da relação e tempo para tentar engravidar) e igualmente excluídos.

O Quadro 1 apresenta as características sócio-demográficas e clínicas da amostra. As mulheres tinham em média 33.12 anos de idade e os homens 34.78. Os indivíduos estavam casados ou unidos de facto há uma média de 7.63 anos e tinham em média 13.47 anos de escolaridade. Os indivíduos do grupo clínico eram significativamente mais velhos e tinham menos escolaridade do que os do grupo *online*. A maioria dos participantes não tinha filhos (88.4%), estavam a tentar engravidar há cerca de 4.68 anos, tendo realizado em média 0.52 IUI (inseminação intrauterina) e 1.03 FIV (fertilização *in-vitro*). Os indivíduos do grupo *online* encontravam-se numa fase mais avançada dos tratamentos do que os indivíduos do grupo clínico e tinham realizado um maior número de tratamentos FIV.

Quadro 1. Caracterização da amostra e diferenças entre os pacientes recrutados *online* e em contexto clínico: variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 348)

Características	Total N = 348	<i>Online</i> n = 171	Clínico n = 177	t/ χ^2
Sociodemográficas				
Género, n (%)				38.8***
Feminino	265 (76.1)	155 (90.6)	110 (62.1)	
Masculino	83 (23.9)	16 (9.4)	67 (37.9)	
Idade da mulher (anos), média (DP)	33.12 (3.62)	33.01 (3.56)	33.28 (3.71)	-0.61
Idade do homem (anos), média (DP)	34.78 (4.15)	33.63 (4.33)	35.06 (4.09)	-1.248
Duração da relação (anos), média (DP)	7.63 (3.40)	7.55 (3.36)	7.70 (3.44)	-4.28
Escolaridade				
Anos de escolaridade, média (DP)	13.47 (3.87)	15.07 (3.44)	11.45 (3.41)	8.78*
Ensino Superior e/ou pós-graduado				43.28***
Não	177 (51.3)	57 (33.3)	120 (69.0)	
Sim	168 (48.7)	114 (66.7)	54 (31.0)	
Nível Socioeconómico				37.59***
Baixo	124 (35.9)	35 (20.5)	89 (51.1)	
Médio	193 (55.9)	115 (67.3)	78 (44.8)	
Elevado	28 (8.1)	21 (12.3)	7 (4)	

Características	Total N = 348	Online n = 171	Clínico n = 177	<i>t</i> / <i>X</i> ²
Clínicas				
Existência de filhos, n (%)				0.026
Não	305 (88.4)	149 (88.7)	156 (88.1)	
Sim	40 (11.6)	19 (11.3)	21 (11.9)	
Duração da Infertilidade (anos), média (DP)	4.68 (2.5)	4.54 (2.58)	4.81 (2.42)	-0.971
Número de tratamentos prévios, média (DP)				
IUI	0.52 (1.15)	0.60 (1.36)	0.43 (0.91)	1.33
FIV	1.03 (1.38)	1.45 (1.65)	0.63 (0.92)	5.71***
Fase atual de tratamentos, n (%)				10.68*
A realizar exames	70 (20.5)	34 (19.9)	36 (21.1)	
A tomar medicação/injeções	64 (18.7)	22 (12.9)	42 (24.6)	
A realizar IUI	26 (7.6)	15 (8.8)	11 (6.4)	
Em lista de espera para FIV/ICSI	54 (15.8)	34 (19.9)	20 (11.7)	
FIV/ICSI	128 (37.4)	66 (38.6)	62 (36.3)	

Nota. DP = desvio-padrão, IUI = inseminação intrauterina, FIV = Fertilização *in vitro*, ICSI = Injeção citoplasmática de esperma. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

2. Características psicométricas da versão Portuguesa do PCQ-Infertilidade

Validade de constructo. A Análise fatorial confirmatória da estrutura do PCQ-Infertilidade do Modelo 1 (modelo teórico original, ver Figura 2, anexos) revelou um valor do X^2 significativo ($X^2_{222} = 479.097$; $P < 0.001$). Os outros índices de ajustamento do modelo indicam um bom ajustamento entre o modelo teórico e os dados, com CFI = 0.929 e RMSEA = 0.058 (intervalo de confiança 90% (CL) 0.051 - 0.065). A AFC do Modelo 2 (modelo da validação do PCQ-Infertilidade, ver Figura 3, anexos) apresentou um valor de X^2 significativo ($X^2_{223} = 666.488$; $P < 0.001$) com CFI = 0.878 e RMSEA = 0.076 (intervalo de confiança 90% (CL) 0.069 - 0.082). Como o Modelo 1 apresentou melhores resultados que o Modelo 2, apenas foi investigada a invariância deste modelo. Os resultados são apresentados no Quadro 2. Os resultados da análise multigrupos para a fase de tratamento e para o género indicam a invariância de medida e estrutural deste modelo. Todas as subescalas do PCQ-Infertilidade estavam correlacionadas entre si ($p < .05$), indicando que cada subescala mede uma parte do mesmo constructo. O Quadro 3 apresenta as correlações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade e outras medidas de qualidade dos serviços e bem-estar dos pacientes. De forma geral, as subescalas do PCQ-Infertilidade estão positivamente correlacionadas com os dois domínios do módulo de tratamento do FertiQoL, em particular com o domínio Ambiente. Encontraram-se correlações significativas entre algumas subescalas do PCQ-Infertilidade e o módulo principal do FertiQoL. Estas associações variaram de fracas (e.g., continuidade e Qualidade de Vida Social) a moderadas (e.g.,

comunicação e Qualidade de Vida relacional). As subescalas do PCQ-Infertilidade revelaram correlações pequenas, negativas e significativas com todas as dimensões do BSI (somatização, depressão, ansiedade).

Consistência interna. O Quadro 1, nos anexos, apresenta as estatísticas descritivas de cada subescala e respectivos itens do PCQ-Infertilidade, os valores de alfa de Cronbach e as correlações item-subescala. Todas as subescalas do PCQ-Infertilidade revelaram boa consistência interna, com alfas de Cronbach entre .70 e .85, à exceção da subescala Continuidade e transição (α de Cronbach .57). As correlações entre os itens e as suas respectivas subescalas variaram entre .29 e .79, à exceção da subescala continuidade, na qual os itens 1 e 2 apresentaram correlações baixas (.09 e .20 respectivamente).

Validade discriminante. O PCQ mostrou discriminar os pacientes em função da fase de tratamento (Lambda de Wilks = .935, $F_{(8)} = 2.59$, $p = .009$, $\eta^2 = .065$) e do nível de educação (Lambda de Wilks = .936, $F_{(8)} = 2.55$, $p = .011$, $\eta^2 = .064$). Pacientes a realizar RMA avaliaram mais positivamente os CCP do que pacientes em fases anteriores dos tratamentos no que respeita à competência da equipa médica (média = 2.30, DP = 0.40 versus média = 2.15, DP = 0.47, $F_{(1)} = 7.546$, $p = .006$, $\eta^2 = .024$) e à informação (média = 2.02, DP = 0.63 versus média = 1.85, DP = 0.67, $F_{(1)} = 5.216$, $p = .023$, $\eta^2 = .017$). Pacientes com educação superior avaliaram mais positivamente os CCP que pacientes sem educação superior relativamente à organização dos serviços (média = 1.44, DP = 1.08 versus média = 1.13, DP = 0.89, $F_{(1)} = 7.848$, $p = .005$, $\eta^2 = .025$). As restantes subescalas não mostraram poder discriminativo.

Quadro 2. Sumário das estatísticas de ajustamento para testar a invariância de medida e estrutural do PCQ-Infertilidade (modelo 1 – modelo teórico original de CCP proposto por van Empel e colaboradores, 2010)

	χ^2	gl	RMSEA (90% CI)	CFI	$\Delta\chi^2$	Δgl
Fase de tratamento						
Modelo de base	827.448***	444	0.050 (0.045-0.056)	0.897	-	-
Invariância de medida	844.000***	459	0.050 (0.044-0.055)	0.897	16.552	15
Invariância estrutural	853.383***	467	0.049 (0.044-0.055)	0.896	9.4	23
Género						
Modelo de base	750.594***	444	0.045 (0.039-0.050)	0.922	-	-
Invariância de medida	769.897***	459	0.044 (0.039-0.050)	0.921	19.303	15
Invariância estrutural	784.793***	467	0.044 (0.039-0.050)	0.919	34.199	23

Nota. RMSEA = root-mean-square error of approximation, CFI = comparative fit index, $\Delta\chi^2$ = diferença do χ^2 entre o modelo de base e os modelos de invariância de medida e estrutural, Δgl = diferença dos graus de liberdade entre o modelo de base e os modelos de invariância de medida e estrutural. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Quadro 3. Estatísticas descritivas e correlações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade e medidas de qualidade dos cuidados, bem-estar, preocupações com o tratamento e intenções de adesão (N =348)

	Cuidados centrados no paciente (PCQ-Infertilidade)									
	Média	DP	Acess	Info	Com	Envolv	Resp	Cont	Comp	Org
PCQ-Infertilidade										
Acessibilidade (Acess)	2.18	0.83	1	-	-	-	-	-	-	-
Informação (Info)	1.89	0.67	.417**	1	-	-	-	-	-	-
Comunicação (Com)	2.18	0.72	.377**	.640**	1	-	-	-	-	-
Envolvimento (Envolv)	2.07	0.79	.370**	.620**	.790**	1	-	-	-	-
Respeito (Resp)	1.84	0.74	.341**	.599**	.713**	.716**	1	-	-	-
Continuidade (Cont)	2.22	0.53	.322**	.486**	.508**	.503**	.466**	1	-	-
Competência (Comp)	2.19	0.46	.389**	.578**	.702**	.605**	.584**	.562**	1	-
Organização (Org)	1.27	1.01	.155**	.210**	.309**	.262**	.223**	.320**	.418**	1
Bem-estar										
Qualidade de vida										
Emocional	61.85	21.29	.049	.131*	.222**	.196**	.171**	.036	.106	-0.039
Mente-corpo	65.31	23.37	.104	.123*	.236**	.191**	.164**	.085	.164**	-0.077
Relacional	77.71	15.84	.104	.218**	.252**	.233**	.235**	.092	.192**	-0.049
Social	67.93	20.22	.068	.087	.190**	.150**	.165**	.019	.147**	-0.071
Sintomas psicopatológicos										
Somáticos	3.36	4.47	-.122*	-.145**	-.120*	-.136*	-.111*	-.121*	-.122*	-0.003
Depressão	4.55	4.86	-.041	-.139*	-.218**	-.172**	-.180**	-.098	-.171**	.015
Ansiedade	5.46	4.80	-.125*	-.136*	-.192**	-.122*	-.129*	-.107	-.163*	.010
Qualidade dos cuidados										
Ambiente	63.11	17.60	.324**	.547**	.614**	.539**	.545**	.358**	.547**	.230**
Tolerabilidade ao	67.97	19.50	.169**	.072	.157**	.106	0.091	.110*	.136*	-0.017
tratamento										
Preocupações com o	1.91	0.43	-.127*	-.125*	-.155**	-.138*	-.129*	-.124*	-.146**	-0.015
tratamento										
Intenções de adesão	24.07	4.15	.104	.173**	.162**	.152**	.173**	.199**	.259**	.114*

Nota. DP = Desvio-padrão *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

3. Caracterização da experiência dos pacientes com os CCP que recebem nas suas clínicas de fertilidade

O Quadro 3 apresenta as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) de todas as subescalas do PCQ-Infertilidade. A análise multivariada de medidas repetidas mostrou que os pacientes classificaram diferencialmente as suas experiências em função das várias dimensões dos CCP (Lambda de Wilks = .358, $F_{(7)} = 77.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .642$). Os pacientes classificaram de forma significativamente mais positiva as subescalas de continuidade, competência, comunicação e acessibilidade, e de forma mais negativa as subescalas de respeito, informação e organização.

4. Efeitos diretos e indiretos dos CCP na adesão aos tratamentos

O Quadro 4 apresenta os resultados das análises para investigar os Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hotmai.com) 2012

Quadro 4. Associações entre os cuidados centrados no paciente e as intenções de adesão aos tratamentos: Análise dos efeitos indiretos

Cuidados centrados no paciente (VI)	Mediadoras (M)	Efeito da VI na M	Efeito da M na VD	Efeito da VI na VD, controlando a M – Efeito direto	Efeito da VI na VD, através da M – Efeito indireto	Efeito total da VI na VD	R ²
		B (SE)	B (SE)	B (SE)	B (SE) [BC 95% IC]	B (SE)	
Acessibilidade	Tolerância	.22 (.06)***	.08 (.07)	.09 (.06)	.02 (.02) [-.013 .058]	-.13 (.06)*	.05*
	Preocupações	-.16 (.07)*	-.14 (.07)*		.02 (.02) [.001 .069]		
Informação	Tolerância	.04 (.07)	.12 (.07)	.13 (.07)*	.01 (.01) [-.009 .038]	.16 (.07)*	.07**
	Preocupações	-.14 (.07)*	-.13 (.07)		.02 (.02) [-.001 .063]		
Comunicação	Tolerância	.16 (.07)*	.11 (.07)	.12 (.06)	.02 (.02) [-.004 .059]	.16 (.06)*	.07*
	Preocupações	-.16 (.07)*	-.14 (.07)*		.02 (.02) [.001 .066]		
Envolvimento	Tolerância	.13 (.06)*	.08 (.07)	.11 (.06)	.01 (.01) [-.005 .045]	.14 (.06)*	.06**
	Preocupações	-.14 (.07)*	-.15 (.07)*		.02 (.02) [.001 .066]		
Respeito	Tolerância	.07 (.07)	.12 (.07)	.14 (.07)*	.01 (.01) [-.004 .047]	.16 (.07)*	.07**
	Preocupações	-.15 (.07)*	-.13 (.07)		.02 (.02) [-.001 .066]		
Continuidade	Tolerância	.14 (.07)	.11 (.07)	.15 (.07)*	.02 (.02) [-.002 .065]	.18 (.07)**	.07**
	Preocupações	-.15 (.07)*	-.13 (.07)*		.02 (.02) [-.001 .068]		
Competência	Tolerância	.22 (.07)**	.09 (.07)	.23 (.07)**	.02 (.02) [-.009 .073]	.27 (.07)***	.09***
	Preocupações	-.19 (.07)*	-.12 (.07)		.02 (.02) [-.001 .073]		
Organização	Tolerância	-.00 (.08)	.10 (.07)	.10 (.08)	.00 (.01) [-.021 .021]	.09 (.08)	.05*
	Preocupações	.08 (.08)	-.14 (.07)*		-.01 (.02) [-.060 .009]		

Nota. Todas as análises foram realizadas controlando os anos de escolaridade, *p < .05, **p < .01, ***p < .001, VI = variável independente, M = mediador, VD = variável dependente, SE = erro estandardizado, BC = bias corrected and accelerated, IC = intervalo de confiança. Os efeitos são considerados significativos quando bias-corrected confidence interval não contém o valor 0 (Preacher & Hayes, 2008).

efeitos diretos e indiretos das várias dimensões de CCP nas intenções adesão aos tratamentos dos pacientes (n = 265). Os resultados mostram que foram encontrados efeitos diretos significativos (ver coluna *efeito da VI na VD, controlando a mediadora*) para as subescalas informação, respeito, continuidade e competência. Foram encontrados efeitos indiretos significativos (ver coluna *efeito da VI na VD, através da M*) para as subescalas acessibilidade, comunicação e envolvimento. Maior acessibilidade, comunicação e envolvimento estiveram associadas a menos preocupações acerca do tratamento (ver coluna *efeito da VI na M*) e por sua vez as preocupações com os tratamentos estiveram negativamente associadas às intenções de adesão (ver coluna *efeito da mediadora na VD*). Os modelos explicaram entre 5 a 9% da variância das intenções de adesão dos pacientes.

V - Discussão

Os resultados do presente estudo validam o modelo teórico de CCP proposto por van Empel e colaboradores (van Empel, Aarts, et al., 2010). Os resultados confirmam que os CCP são um constructo multidimensional composto por oito dimensões que avaliam aspetos distintos dos cuidados disponibilizados aos pacientes. De forma geral, a versão portuguesa do instrumento PCQ-Infertilidade mostrou ser fidedigna e válida para a avaliação dos CCP e pode ser aplicada a todos os homens e mulheres a realizar qualquer fase de diagnóstico e /ou tratamento de fertilidade. Os resultados mostraram ainda que pacientes que avaliam de forma mais positiva os CCP que recebem nas suas clínicas têm intenções mais fortes de aderir ao tratamento.

Este estudo permitiu validar o constructo multidimensional dos CCP numa amostra de pacientes a realizar diagnóstico ou tratamentos de fertilidade em Portugal. A análise fatorial confirmatória revelou que o conceito de CCP é composto por oito dimensões: acessibilidade, informação, comunicação, respeito, envolvimento do paciente, competência, continuidade e organização dos serviços. Os resultados sugerem que o agrupamento dos três itens que avaliam aspetos de organização numa dimensão contribui para uma avaliação mais válida dos CCP. De observar, no entanto, que a organização é a subescala que apresenta correlações mais baixas com as outras subescalas de CCP (correlações entre .155 e .418), sugerindo que os itens desta subescala não medem de forma tão precisa os CCP como as outras subescalas. Os CCP são um constructo válido que capta as experiências de todos os pacientes com os cuidados de fertilidade que recebem, independentemente da fase de tratamentos em que se encontram ou do seu género.

A versão portuguesa do PCQ-Infertilidade é válida e fidedigna. Demonstrou validade de constructo, confirmada pelos resultados da AFC e pela existência de correlações significativas entre as oito subescalas (correlações entre .15 e .79). As associações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade, o FertiQol e o BSI (medidas da qualidade dos serviços e de bem-estar) indicam que os CCP podem ser utilizados como um indicador da qualidade dos serviços de fertilidade. Os alfas de Cronbach das subescalas indicam que, em geral, o PCQ-Infertilidade avalia as experiências dos

pacientes de forma fidedigna. A escala continuidade apresentou um alfa de .57, levemente abaixo do moderado. Este valor deve-se ao comportamento do item 1 (“Foi-lhe indicado um membro da equipa que podia contactar a qualquer altura para fazer perguntas ou se tivesse algum problema (por exemplo, um(a) enfermeiro/a)?”) que mostrou uma correlação item-subescala de .09. Quando retirado este item, a consistência interna da subescala é de .66 (ver Quadro 1, anexos). Na versão original o item não foi problemático e o alfa da subescala era aceitável ($\alpha = .64$). Este item pode descrever uma prática que não é comum em Portugal, no entanto será necessária mais investigação para decidir se o item deve ser eliminado. À semelhança da versão original, a versão portuguesa do PCQ-Infertilidade consegue discriminar a experiência dos pacientes em função da fase de tratamento (antes de RMA e durante RMA) e do nível de educação (com e sem ensino superior). No entanto, ao contrário do encontrado na versão original, os pacientes portugueses com ensino superior avaliaram de forma mais positiva a organização dos serviços do que os pacientes sem ensino superior. A organização capta essencialmente a celeridade com que os tratamentos são oferecidos. Pacientes mais educados poderão ser mais eficazes no contacto com a clínica, uma vez que poderão conhecer melhor os seus direitos, os procedimentos médicos e expressar melhor os seus desejos.

Os aspetos dos CCP avaliados de forma mais negativa pelos pacientes foram a organização, respeito e informação. Estes resultados são coerentes com resultados encontrados noutros países. Por exemplo, no estudo de Dancet et al. (2011), a informação e as questões relativas à relação com a equipa e ao respeito pelos valores dos pacientes foram identificadas pelos pacientes como aspetos dos cuidados importantes mas problemáticos. A organização dos cuidados também aparece referida noutros estudos como uma dimensão não satisfatória para os pacientes (van Empel, Nelen, et al., 2010). Estes dados sugerem que estas dimensões são, de forma geral, áreas problemáticas, não parecendo refletir uma realidade especificamente Portuguesa. As clínicas Portuguesas que pretendam melhorar a qualidade dos cuidados disponibilizados deverão considerar estas dimensões como áreas de intervenção prioritária. Para promover melhorias rápidas, de entre estas dimensões, as clínicas podem investir naquelas que estão mais dependentes de políticas internas e são menos afetadas por constrangimentos externos (por exemplo, o respeito) ou focar-se nas dimensões que estão mais associadas a resultados que pretendam promover, como por exemplo o bem-estar dos pacientes ou a adesão aos tratamentos. No presente estudo, as dimensões que melhor correspondem ao descrito são a informação e o respeito. A análise dos itens que compõem estas dimensões mostrou que alguns aspetos a melhorar são o respeito e empatia da equipa clínica com impacto emocional dos tratamentos e a informação disponibilizada. Estes aspetos podem ser melhorados se a equipa da clínica for atenta e mostrar empatia pelas emoções dos pacientes, e disponibilizar informação (oral e escrita) sobre aspetos diversos (e.g, efeitos secundários da medicação, como aceder a apoio psicossocial).

De forma geral, melhorar os CCP deverá contribuir para promover as intenções de adesão ao tratamento dos pacientes, com possíveis repercussões

positivas na taxa de sucesso das clínicas (Land et al., 1997). Para além da informação, a relação terapêutica com a equipa deve ser trabalhada para que os pacientes se sintam acompanhados por uma equipa competente e respeitados. Medidas simples que podem ser implementadas para o efeito são a definição de um médico de referência e a disponibilização do contacto de um membro da equipa para esclarecer dúvidas ou resolver problemas. Um estilo de comunicação claro e empático, com recurso a linguagem clara e simples, são também aspetos que podem ser promovidos entre os profissionais, por exemplo através da implementação *workshops* e/ou formações. Neste contexto, os profissionais de saúde mental poderão ter um papel muito relevante.

Os resultados sugerem que diminuir as preocupações relacionadas com os procedimentos médicos parece ser uma forma de promover a adesão aos tratamentos. Contrariamente, a tolerância aos tratamentos não parece ser um fator importante neste contexto. Os pacientes poderão estar predispostos a suportar o desgaste dos tratamentos se estiverem certos da sua segurança e eficácia. De facto, um estudo mostrou que os pacientes estão dispostos a abdicar de alguns confortos, como por exemplo, o tempo de deslocação para a clínica, em troca de uma taxa de sucesso mais elevada (van Empel et al., 2011). Desta forma, o foco da atenção das clínicas deverá ser no esclarecimento das preocupações dos pacientes em relação aos tratamentos, como por exemplo acerca dos procedimentos de cirurgia para a recolha de ovócitos e dos efeitos secundários da anestesia. De acordo com os resultados obtidos, a melhor forma de o conseguir é permitir que os pacientes tenham fácil acesso a profissionais empáticos disponíveis para discutirem as suas preocupações e que os envolvam no processo de tratamento e tomadas de decisão associadas. Coerentemente, estes são aspetos altamente valorizados pelos pacientes (Dancet et al., 2010; Dancet et al., 2011). No entanto, tais práticas parecem ainda não ser comuns nas clínicas. Efetivamente, um estudo identificou que 55% das mulheres que tinham realizado um tratamento de fertilização *in vitro* sem sucesso, consideravam que deviam tomar decisões acerca de continuar ou não os tratamentos em conjunto com o seu médico mas que muitas vezes não eram envolvidas neste processo (Peddie, van Teijlingen, & Bhattacharya, 2004).

Algumas limitações metodológicas devem ser tidas em consideração. Primeiro, 49.1% da amostra foi recolhida *online*. Apesar da avaliação dos CCP neste subgrupo poder estar menos sujeita a enviesamento devido a desajustabilidade social (uma vez que o recrutamento *online* garante o anonimato dos participantes), a maior percentagem de pacientes com educação elevada e em fases avançadas dos tratamentos condicionou a avaliação dos CCP reportada pelos pacientes, no que diz respeito às dimensões competência, informação e organização. Segundo, apenas cerca de um terço da amostra é constituída por homens. Apesar da falta de proporção no que respeita ao género, este facto parece não ser problemático tendo em conta os resultados da AFC. No entanto, seria interessante investigar a invariância do modelo de PCQ-infertilidade numa amostra com proporção semelhante de pacientes do género feminino e masculino. Terceiro, o desenho transversal não é o mais adequado para o estudo dos

efeitos diretos e indiretos entre os CCP e as intenções de adesão aos tratamentos, não permitindo inferir causalidade entre as variáveis estudadas. No entanto, testámos os modelos indiretos inversos (isto é, o efeito indireto da adesão nos CCP, através da tolerância e preocupações acerca do tratamento) e não foi encontrado nenhum efeito inverso aos encontrados. Estes resultados e a fundamentação teórica e empírica do estudo oferecem alguma confiança na direção de causalidade das associações reportadas.

Em conclusão, o PCQ-Infertilidade é um instrumento válido e fidedigno que pode ser utilizado para avaliar a experiência dos pacientes com os CCP e para medir a qualidade dos cuidados disponibilizados. Especial atenção deve ser dada aos CCP uma vez que praticamente todos os seus componentes estão relacionados com a adesão aos tratamentos. Para promover a adesão aos tratamentos, as clínicas devem tentar diminuir as preocupações dos seus pacientes sobre os procedimentos médicos, promovendo o fácil acesso a profissionais com quem estes possam discutir essas preocupações e que os envolvam no processo de tratamento e tomadas de decisão associadas.

Bibliografia

Aarts, J. W. M., Huppelschoten, A. G., van Empel, I. W. H., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488-495. doi:10.1093/humrep/der386

Akyuz, A., & Sever, N. (2009). Reasons for infertile couples to discontinue in vitro fertilisation (IVF) treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 258-268. doi: 10.1080/02646830802409652

Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, B. C. J. M., & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27(4), 941-950. doi: 10.1093/humrep/der467

Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 26(8), 2984-2091. doi: 10.1093/humrep/der171

Brandes, M., van der Steen, J. O. M., Bokdam, S. B., Hamilton, C. J. C. M., de Bruin, J. P., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135. doi: 10.1093/humrep/dep340

Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Taylor and Francis Group, LLC.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, G. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Kohn, L. T., Maguire, S. K., & Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hot.com) 2012

Pike, K. C. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D. C.: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, National Academy Press.

Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 16, 467-487. doi: 10.1093/humupd/dmq004

Dancet, E. A. F., Van Empel, I. W. H., Rober, P., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: A qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827-833. doi: 10.1093/humrep/der022

Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439-449. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computers Systems.

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. A., & Verhaak, C. M. (in press). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*.

Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda & S. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for Cross-cultural Assessment* (pp. 3-38). N J, Mahwah: Laurence Erlbaum Associates.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Klonoff-Cohen, H., Natarajan, L., & Klonoff, E. (2007). Validation of a new scale for measuring concerns of women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART). *Journal of Health Psychology* 12(2), 352-356. doi: 10.1177/1359105307074282

Krueger, R. A. (1998). Analyzing and reporting focus group results. In D. L. Morgan & R. A. Krueger (Eds.), *The Focus Group Kit* (pp. 36-37). London: Sage.

Land, J. A., Courtar, D. A., & Evers, J. L. H. (1997). Patient dropout in an assisted reproductive technology program: Implications for pregnancy rates. *Fertility and Sterility*, 68(2), 278-281.

Leite, R. C., Makuch, M. Y., Petta, C. A., & Morais, S. S. (2005). Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. *Patient Education Counseling*, 59(1), 38-45.

Matsunaga, M. (2008). Item parceling in structural equation modeling: A Primer. *Communication Methods and Measures*, 2(4), 260-293. doi: 10.1080/19312450802458935

Melo, C., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (in press). Does the FertiQol assess quality of life? Results from the validation of the Portuguese version of the FertiQol. *Human Reproduction*.

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hotmai.com) 2012

Meynol, F., Bongain, A., Isnard, V., Silva, J., & Gillet, J. Y. (1997). Discontinuation of IVF treatment after a single attempt. *Contraception Fertile Sexualite* (10), 1-5.

Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51, 197–206.

Mourad, S. M., Hermens, R. P. M. G., Cox-Witbraad, T., Grol, R. P. T. M., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2009). Information provision in fertility care: A call for improvement. *Human Reproduction*, 24(6), 1420-1426. doi: 10.1093/humrep/dep029

Olivius, C., Friden, B., Borg, G., & Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.029

Peddie, V. L., van Teijlingen, E., & Bhattacharya, S. (2004). Ending in-vitro fertilization: Women's perception's of decision making. *Human Fertility*, 7(1), 31-37. doi: 10.1080/1464727042000198069

Pennings, G., & Ombelet, W. (2007). Coming soon to your clinic: patient-friendly ART. *Human Reproduction*, 22(8), 2075-2079. doi: 10.1093/humrep/dem158

Pinborg, A., Hougaard, C. O., Andersen, A. N., Molbo, D., & Schmidt, L. (2009). Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24(4), 991-999. doi: 10.1093/humrep/den463

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879

Souter, V. L., Penney, G., Hopton, J. L., & Templeton, A. A. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human Reproduction*, 13(7), 1831-1836.

Stewart, D. E., Rosen, B., Irvine, J., Ritvo, P., Shapiro, H., Murphy, J., . . . Deber, R. (2001). The disconnect: Infertility patients' information and the role they wish to play in decision making. *Medscape Womens Health*, 6(4), 1.

Van den Broeck, U., Holvoet, L., Enzlin, P., Bakelants, E., Demyttenaere, K., & D'Hooghe, T. (2009). Reasons for dropout in Infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation*(68), 58-64. doi: 10.1159/000214839

van Empel, I. W. H., Aarts, J. W. M., Cohlen, B. J., Huppleschoten, D. A., Laven, J. S. E., Nelen, W. L. D. M., & Kremer, J. A. M. (2010). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. *Human Reproduction*, 25(10), 2516-2526. doi: 10.1093/humrep/deq219

van Empel, I. W. H., Dancet, E. A. F., Koolman, X. H. E., Nelen, W. L. D. M., Stolk, E. A., Sermeus, W., . . . Kremer, J. A. M. (2011). Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: A discrete choice experiment in fertility care. *Human Reproduction*, 26(3), 584-593.

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hotmai.com) 2012

doi: 10.1093/humrep/deq389

van Empel, I. W. H., Nelen, W. L. D. M., Hermens, R. P. M. G., & Kremer, J. A. M. (2008). Coming soon to your clinic: high-quality ART. *Human Reproduction*, 23(6), 1242-1245. doi: 10.1093/humrep/den094

van Empel, I. W. H., Nelen, W. L. D. M., Tepe, E. T., van Laarhoven, E. A. P., Verhaak, C. M., & Kremer, J. A. M. (2010). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, 25(1), 142-149. doi: 10.1093/humrep/dep362

WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Seguir as normas mais recentes da APA (www.apa.org)

Anexos

Quadro 1. Estatísticas descritivas das subescalas e itens, correlações entre cada subescala e os seus itens e alfas de Cronbach das subescalas se o item for retirado.

Figura 1. Associações diretas e indiretas hipotetizadas e testadas (através da tolerância ao tratamento e preocupações com o tratamento) entre os cuidados centrados no paciente e as intenções de adesão aos tratamentos.

Figura 2. Pesos fatoriais estandardizados no Modelo 1 (modelo do PCQ-Infertilidade com oito subescalas). Nota: d, erro; r, residual; P, Parcela, i, item.

Figura 3. Pesos fatoriais estandardizados no Modelo 2 (modelo do PCQ-Infertilidade com itens da organização isolados). Nota: d, erro; r, residual; P, Parcela, i, item; i6, item 1 da subescala organização; i7, item 2 da subescala organização; i8, item 3 da subescala da organização.

Figura 4. Esquema de recolha da amostra.

Quadro 1. Estatísticas descritivas das subescalas e itens, correlações entre cada subescala e os seus itens e alfas de Cronbach das subescalas se o item for retirado.

	Média	DP	Correlação item- subescala	Alfa de Cronbach se o item for retirado	Alfa de Cronbach
Accessibilidade	2.18	0.83			.73
Com que frequência tem conseguido falar imediatamente com alguém quando telefonou para a clínica?	2.06	0.81	.60	---	
Foi um problema contactar a equipa (por telefone ou e-mail) quando tinha questões para lhes colocar?	2.32	1.04	.60	---	
Informação	1.89	0.67			.78
Recebeu números de telefone de contacto para o caso de ter questões ou problemas urgentes durante a noite ou fins de semana?	1.60	1.50	.39	.77	
Recebeu informação escrita para além da informação verbal que lhe foi transmitida?	2.25	1.19	.39	.77	
A informação que lhe foi dada sobre as análises e testes de diagnóstico que ia fazer era compreensível?	2.32	0.75	.53	.76	
Foram discutidas consigo diferentes alternativas de tratamento?	1.70	1.40	.54	.75	
A informação que lhe foi dada sobre o tratamento que ia realizar era compreensível?	2.34	0.74	.62	.76	
Recebeu uma visão global do seu plano de tratamento com uma calendarização?	1.84	1.46	.39	.77	
Foi informado/a sobre todos os possíveis efeitos secundários da medicação que lhe foi prescrita?	1.00	0.91	.57	.75	
A informação que lhe foi dada sobre como injetar as hormonas era compreensível?	2.60	0.77	.55	.76	
A equipa informou-o/a sobre como obter apoio de um(a) técnico/a de serviço social ou de um(a) psicólogo/a?	0.72	1.22	.33	.78	

	Média	DP	Correlação item- subescala	Alfa de Cronbach se o item for retirado	Alfa de Cronbach
Sentiu falta de receber alguma instrução de um(a) enfermeiro/a? Se sim, quando?	2.29	1.28	.37	.77	
Foram realizadas avaliações periódicas para analisar o seu período de tratamento?	2.26	1.18	.43	.77	
Comunicação	2.18	0.72			.85
Os cuidadores foram honestos e claros sobre o que pode esperar dos serviços de fertilidade?	2.14	0.96	.59	.83	
Os resultados das análises e testes de diagnóstico foram discutidos consigo?	2.02	1.25	.64	.82	
Com que frequência o/a médico/a o/a ouviu com atenção?	2.19	0.81	.77	.81	
Com que frequência o/a médico/a o/a levou a sério?	2.38	0.77	.79	.81	
Com que frequência o/a médico/a lhe disponibilizou tempo?	2.13	0.88	.76	.80	
Com que frequência teve a sensação de que a equipa estava a falar "sobre" si em vez de para si?	2.43	0.81	.35	.86	
A equipa mostrou-se disposta a falar consigo sobre erros ou incidentes?	1.68	1.49	.53	.85	
Envolvimento do paciente	2.07	0.79			.82
Com que frequência o/a seu/sua médico/a se mostrou recetivo às suas opiniões e ideias acerca do tratamento?	1.87	0.97	.66	.75	
Com que frequência lhe deram oportunidade para fazer perguntas ao/à seu/sua médico/a?	2.29	0.85	.70	.72	
Nos casos em que preferia, as tomadas de decisão eram partilhas consigo?	2.06	0.94	.65	.77	
Respeito pelos valores dos pacientes	1.84	0.74			.84
Teve acesso ao seu próprio processo clínico durante o período de tratamento?	1.15	1.33	.47	.85	
Com que frequência o/a seu/sua médico/a mostrou interesse na sua situação pessoal?	1.80	1.04	.67	.81	

	Média	DP	Correlação item- subescala	Alfa de Cronbach se o item for retirado	Alfa de Cronbach
Com que frequência o/a médico/a mostrou empatia para com as suas emoções ou situação corrente?	1.56	1.10	.58	.83	
Os/as enfermeiros/as mostraram compreensão para com a sua situação?	2.05	0.83	.63	.82	
A equipa também envolveu o/a seu/sua companheiro/a?	2.15	0.98	.62	.82	
Com que frequência recebeu apoio e atenção pessoal dos/as enfermeiros/as durante o tratamento?	2.16	0.86	.66	.81	
A equipa teve em atenção o possível impacto emocional dos seus problemas de fertilidade?	1.50	1.08	.66	.81	
Continuidade e transição	2.22	0.53			.57
Foi-lhe indicado um membro da equipa que podia contactar a qualquer altura para fazer perguntas ou se tivesse algum problema (por exemplo, um(a) enfermeiro/a)?	1.61	1.50	.09	.66	
Quantos médicos estiveram envolvidos no seu tratamento nesta clínica?	1.94	1.12	.20	.57	
Tinha um/a médico/a de referência (um(a) médico/a para os momentos de avaliação e de tomada de decisões)?	2.02	1.26	.47	.44	
Com que frequência teve uma consulta com o mesmo/a médico/a?	2.06	0.82	.60	.43	
Com que frequência teve de repetir a mesma história a diferentes médicos?	2.38	0.75	.40	.50	
Com que frequência recebeu informação ou conselhos contraditórios?	2.74	0.52	.35	.53	
Os cuidadores contradizeram-se entre si (um diz uma coisa, o outro diz outra coisa diferente)?	2.80	0.44	.35	.54	
Competência	2.19	0.46			.70
Com que frequência a equipa usou palavras complicadas sem lhe explicar o seu significado?	2.60	0.57	.34	.69	
Com que frequência o seu/sua médico/a estava bem preparado/a para uma consulta?	2.45	0.68	.53	.63	

	Média	DP	Correlação item- subescala	Alfa de Cronbach se o item for retirado	Alfa de Cronbach
Os médicos pareceram-lhe ser competentes?	2.61	0.61	.55	.63	
Com que frequência a equipa trabalhou de forma desorganizada?	2.65	0.62	.38	.68	
Com que frequência as questões logísticas estavam bem organizadas na clínica?	2.21	0.80	.61	.60	
Quanto tempo era usual esperar na sala de espera?	0.64	0.92	.29	.73	
Organização	1.27	1.01			.80
Com que frequência teve de esperar mais de 3 semanas para ter uma consulta com o/a médico/a?	1.54	1.10	.61	.77	
Quanto tempo decorreu desde a sua primeira visita ao hospital e o momento em que recebeu o seu plano de tratamento?	1.13	1.22	.67	.71	
Quanto tempo em média teve de esperar 'sem necessidade' antes de poder iniciar o tratamento seguinte?	1.04	1.26	.67	.71	

Nota. DP, desvio-padrão.

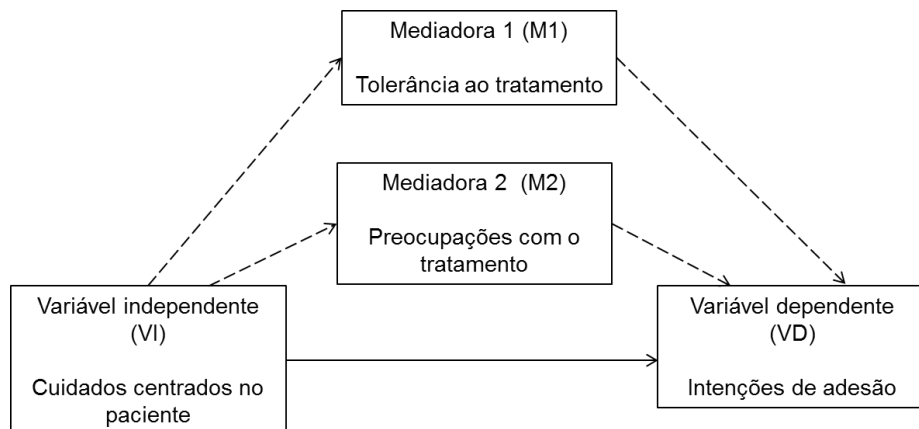


Figura 1. Associações diretas e indiretas hipotetizadas e testadas (através da tolerância ao tratamento e preocupações com o tratamento) entre os cuidados centrados no paciente e as intenções de adesão aos tratamentos.

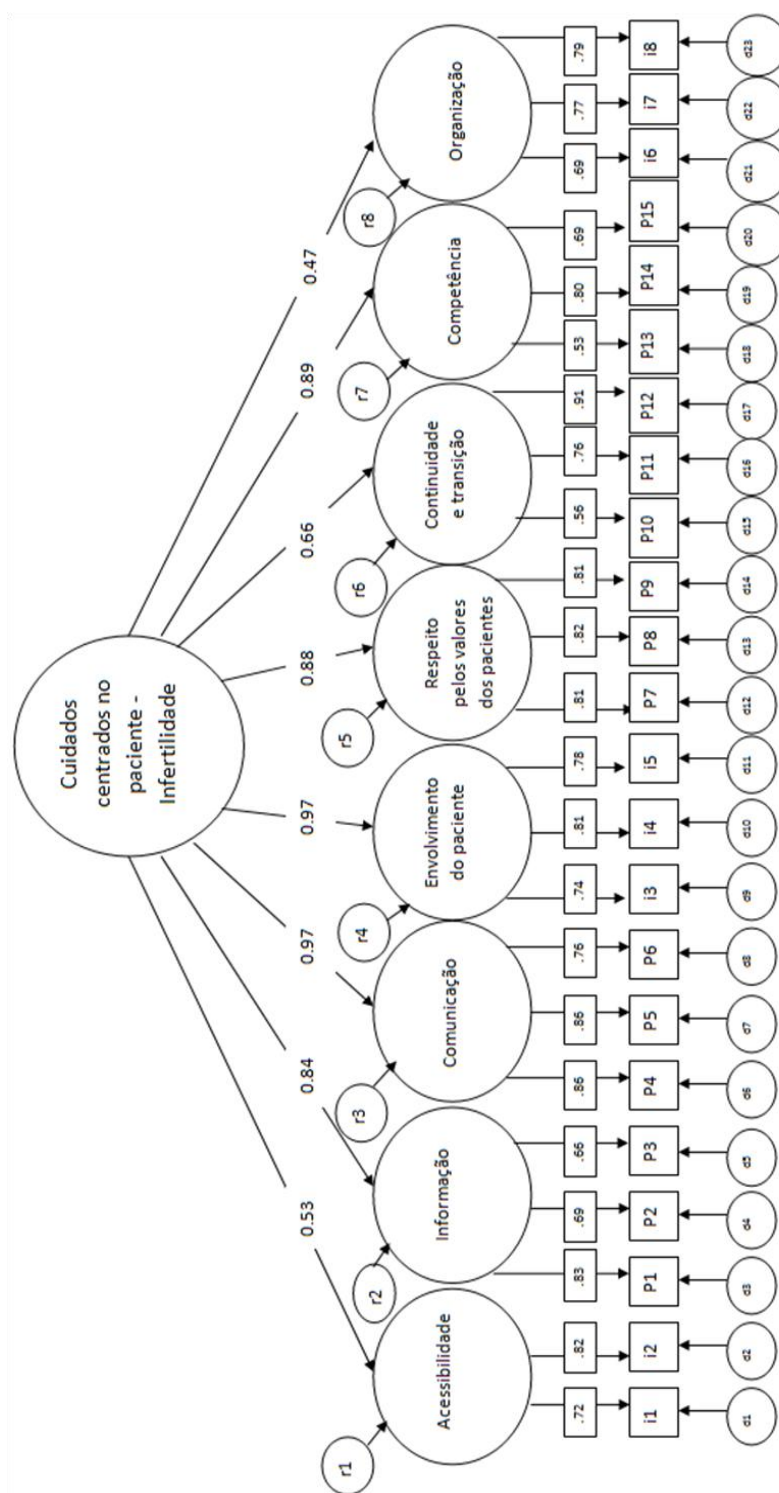


Figura 2. Pesos fatoriais estandardizados no Modelo 1 (modelo do PCQ-Infertilidade com oito subescalas). Nota: d, erro; r, residual; P, Parcela, i, item.

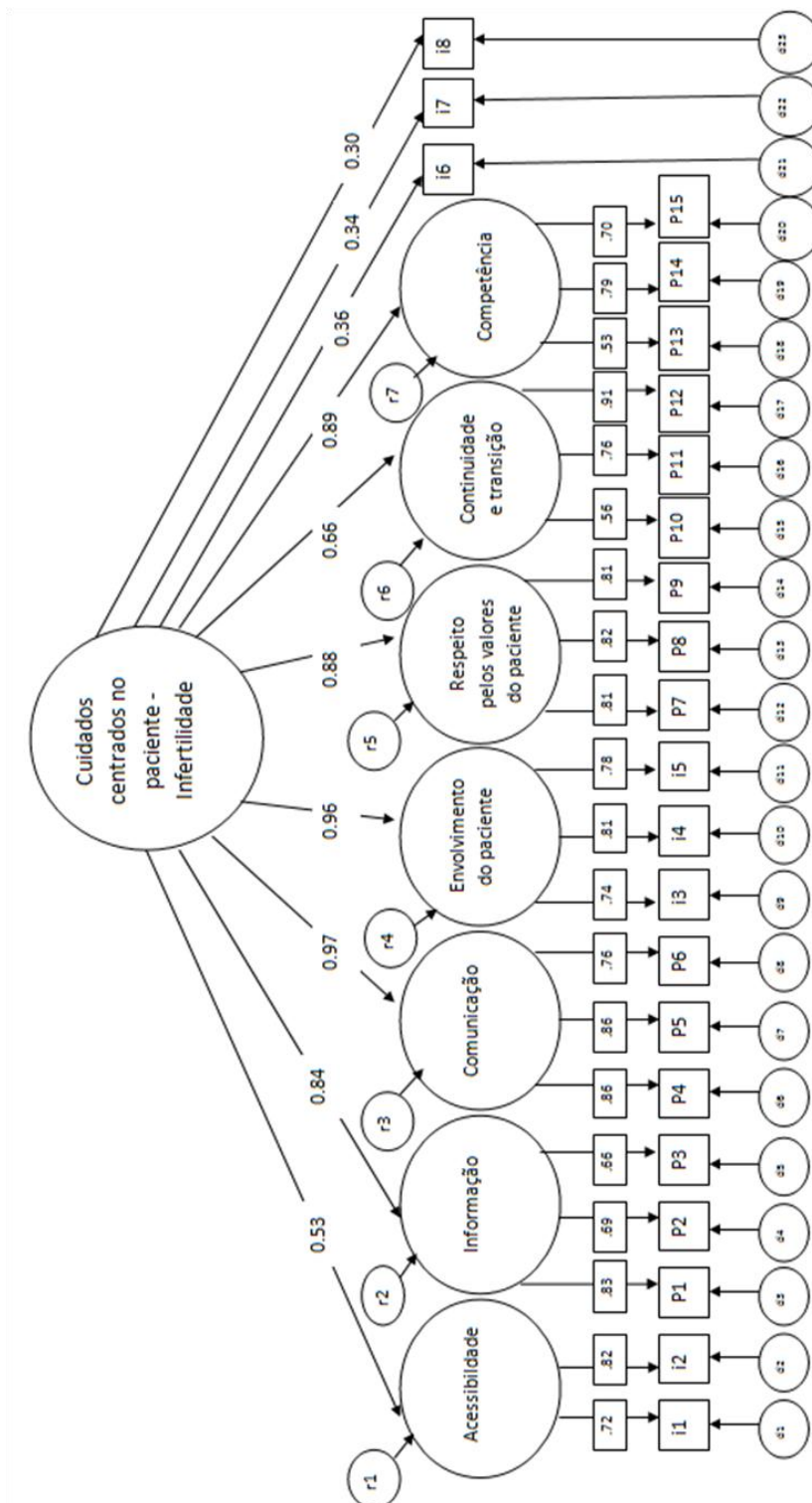


Figura 3. Pesos fatoriais estandardizados no Modelo 2 (modelo do PCQ-Infertilidade com itens da organização isolados). Nota: d, erro; r, residual; P, Parcela, i, item; i6, item 1 da subescala organização; i7, item 2 da subescala organização; i8, item 3 da subescala da organização.

Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade
Juliana Baptista Pedro (juliana_bp@hotmai.com) 2012

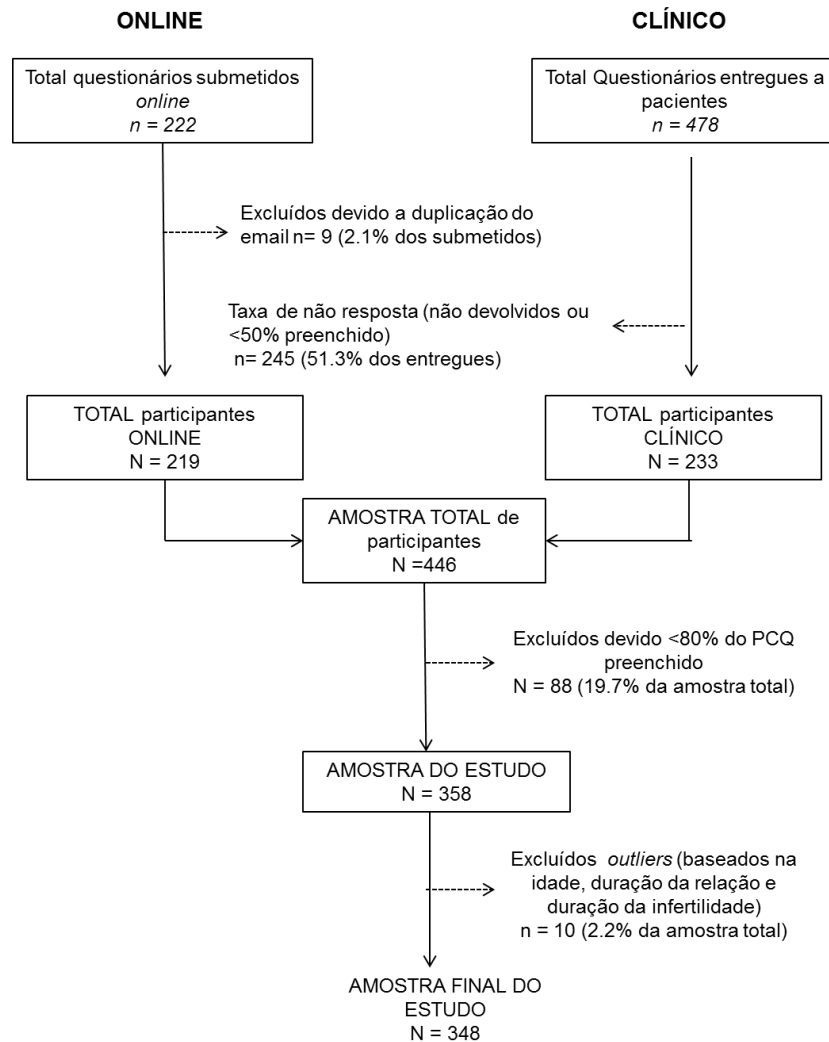


Figura 4. Esquema de recolha da amostra.