

I – Introdução

O presente trabalho visa analisar a relação entre a abordagem de tratamento centrado no paciente e a prática médica, chamada de reprodução humana assistida (RHA). “Os praticantes de tratamentos centrados nos pacientes focam em melhorar diversos aspectos da interação médico-paciente se utilizando de capacidades e comportamentos mensuráveis”.¹

O estudo teve como objetivos (1) contribuir para a validação da versão brasileira do questionário PCQ-Infertilidade, (2) verificar a correlação entre os itens avaliados através destes instrumentos, e (3) investigar as características psicométricas da versão brasileira do questionário PCQ-Infertilidade, através de um grupo de pacientes de duas clínicas especializadas no Rio de Janeiro.

A crescente atenção dada a este tipo de abordagem de tratamento na área da medicina reprodutiva trás uma mudança de paradigma no conceito de qualidade no momento da prestação dos serviços. Cada vez mais acredita-se que avaliações de pacientes deveriam ser consideradas como um indicador, assim como taxas de gravidez. (Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., 2013)

Em mais de três décadas, a RHA, não parou de se desenvolver e é indicada a um número cada vez maior de pacientes. Segundo o médico Édson Borges Júnior, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida e diretor do Centro de Fertilização Assistida *Fertility*, de São Paulo, a cada ano ocorrem cerca de 2.500 procedimentos de reprodução assistida no Brasil, equivalente a um crescimento anual de 5 a 10% nos últimos cinco anos (Dentilho, 2012).

A partir da década de 60, a entrada em massa de mulheres no mercado de trabalho e a expansão da educação superior formaram o pano de fundo para a adesão das mulheres, em números crescentes, à educação superior, porta de acesso às profissões liberais. Foram inegáveis os sinais de mudanças significativas, e até mesmo revolucionárias, nas expectativas das mulheres sobre o lugar delas na sociedade.

Os centros de RHA seguem regulamentações específicas de seus países para poderem funcionar. Para obter licenças e certificações, os mesmos devem cumprir diversas exigências que são estabelecidas por agencias regulamentadoras. O estabelecimento de um sistema de gestão da qualidade é em muitos casos uma destas demandas.

¹ Tradução livre da autora. No original “Patient-centered practitioners focus on improving different aspects of the patient-physician interaction by employing measurable skills and behaviors” (Rickert, 2012)

Qualidade é um conceito subjetivo que é diretamente relacionado com as percepções de cada indivíduo. Diversos fatores como cultura, modelos mentais, tipo de produto ou serviço, necessidades e expectativas influenciam diretamente esta definição.²

Cada vez mais se torna praticamente mandatário que organizações prestadoras de serviços em saúde se utilizem de sistemas de controle de qualidade. A melhoria da qualidade deve ser contínua, cada vez mais apurada e contar com envolvimento de todos.

Clínicas de procriação humana assistida ao redor do mundo estão preocupadas em maximizar as chances de sucesso de gravidez das pacientes e hoje em dia muitos especialistas da área se preocupam que a entrega do serviço melhore a qualidade de vida, adesão ao tratamento e bem-estar do paciente durante o processo. Estudos mostram que o tratamento centrado no paciente se relaciona com maior qualidade de vida e menos ansiedade e depressão. (Gameiro, S., Canavarro, M. C. , Boivin, J., 2013)

As pacientes inférteis sofrem uma grande carga física e psicológica durante os tratamentos e podem especialmente se beneficiar de uma abordagem mais centrada no paciente. Além disso, pacientes mostram cada vez mais o desejo por tratamentos com esta vertente e estão dispostos a trocar uma maior taxa de sucesso de gravidez e mostrar que PCQ é um critério importante no momento da escolha de uma clínica de fertilidade.

Para tanto, primeiramente, o presente estudo buscou compreender as características da área, através de um estudo de mercado, e das características dos consumidores. Após o desenvolvimento do questionário PCQ-Infertilidade na versão brasileira, o mesmo teve suas características psicométricas analisadas e comparadas com resultados de outro instrumento, também voltado para o setor, o Fertiqol.

No presente capítulo, a Introdução (capítulo I) é descrito o assunto do trabalho, os objetivos e a metodologia, no capítulo II, Reprodução Humana Assistida, são apresentadas características da área, do mercado, são descritos os tratamentos disponíveis e o assunto é relacionado com a qualidade de vida dos pacientes. No capítulo III, Qualidade na Área da Saúde, é descrita a importância de organizações prestadoras de serviços de saúde se preocuparem e investirem na qualidade, assunto no qual o tema do estudo (tratamento centrado no paciente) está inserido. No capítulo IV, Metodologia, são apresentados os

²Tradução livre da autora “Quality is a subjective concept that is directly related to the of each individual. Several factors such as culture, mental models, type of product or service, needs, and expectations directly influence this definition. “Mendes, Silveraldo (2013).

objetivos do trabalho em questão, o desenho do estudo e os instrumentos utilizados para coleta de dados. No capítulo V, Resultados, são apresentados os resultados das análises realizadas a partir dos dados coletados com os instrumentos. Em seguida, podemos encontrar os últimos capítulos, de Discussão e Conclusão, onde são apresentados os resultados gerais encontrados durante o processo de elaboração do trabalho e sugeridas formas de aprimoramento.

II - Reprodução Humana Assistida

A Procriação Humana Assistida é um conjunto de técnicas e tratamentos para a infertilidade conjugal, reprodução independente ou casais homossexuais. A maioria das técnicas fazem necessária a manipulação em laboratório de gâmetas: espermatozoides e óvulos próprios (gâmetas do casal em tratamento), ou doados.

De acordo com a Sociedade Americana de Reprodução Humana Assistida (*American Society for Reproductive Medicine*) a infertilidade é definida através da incapacidade de atingir a gravidez após um ano de relação sexual desprotegida (Collins, 1983). Esta é a fase em que casais começam a buscar ajuda das clínicas, de serviços de tratamentos através de técnicas médicas.

Os centros de procriação humana assistida são também um banco de células e tecidos germinativos pois armazenam gametas e embriões provenientes das técnicas médicas aplicadas para o tratamento dos pacientes. No Brasil, esse tipo de material é protegido pela regulamentação do Conselho Federal de Medicina - CFM e requer ambiente específico para sua conservação. Além disso, os meios de cultivo utilizados para os gametas e embriões também favorecem o crescimento de vírus e bactérias. Em caso de algum tipo de contaminação do laboratório, é possível contaminar e destruir os embriões e também contaminar pacientes. Devido a isto, as clínicas de RHA são extremamente fiscalizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e pelo CFM.

III - REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, pela coleta, pelo manuseio, pela conservação, pela distribuição, pela transferência e pelo descarte de material biológico humano para o(a) paciente de técnicas de RA. (Resolução CFM nº 2.121, 2015:117)

1. Técnicas Reprodução Humana Assistida

“As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.” (Resolução CFM nº 2.121, 2015:117)

Especialistas da área se utilizam de diferentes técnicas para reverter a infertilidade de casais que estejam com dificuldade para engravidar, ou até mesmo preservar a fertilidade de quem deseja adiar o projeto maternidade sem prejudicar as chances de sucesso. Os tratamentos de RHA oferecidos são muito específicos e variam de caso para caso. Segue abaixo uma lista de tratamentos utilizados nos diferentes casos, com diferentes diagnósticos (Vida Fértil).

- Avaliação / Investigação: É a primeira etapa do ciclo de tratamento, quando o médico solicita exames e avalia o histórico dos pacientes para poder dar um diagnóstico e indicar o melhor caminho a ser tomado em cada caso. O primeiro fator levado em consideração na avaliação da fertilidade de uma mulher é a faixa etária, visto que, com o avançar da idade, maiores são as dificuldades para obter a gravidez. É geralmente recomendado que mulheres com até 28 anos comecem a investigação após de um ano tentando engravidar sem sucesso. Entre 29 e 35 anos, a investigação pode-se iniciar após seis meses de tentativas sem sucesso e, a partir dessa idade, a espera não deve ultrapassar os três meses;
- Relação Sexual Programada: Esta técnica é geralmente utilizada em casais sem alterações significativas e/ou impedimentos fisiológicos. Após avaliação dos fatores que podem impedir a gravidez, é possível tentar a gestação com a programação da relação sexual e utilização de medicações para induzir a ovulação, aumentando assim as chances de sucesso;
- Inseminação Intrauterina: Este procedimento facilita a fecundação do óvulo pelo espermatozoide em situações em que a fecundação pode não estar ocorrendo de forma adequada. A técnica consiste em depositar no útero somente espermatozoides com excelentes chances de fertilização, que foram isolados em laboratório, após coleta do sêmen;
- Fertilização *in vitro* e ICSI: A fertilização *in vitro* (FIV) consiste em promover o encontro dos gametas femininos e masculinos (óvulos e espermatozoides) fora do organismo da mulher, em laboratório. Em condições normais, através da relação sexual, isso ocorre em uma das trompas. O objetivo desta é mudar esse local, quando o encontro não ocorre da maneira adequada;
- Congelamento de embriões: Grande parte dos casos de fertilização *in vitro* acaba gerando mais embriões do que aqueles que serão transferidos. Como é realizada a

indução ovulatória a fim de conseguir um número maior de óvulos em um ciclo do que o normal, e o objetivo é maximizar as chances de sucesso, muitas vezes acaba ocorrendo a sobra de embriões. Isso ocorre porque existe um limite no número de embriões que devem ser transferidos, a fim de se evitar gestações múltiplas. Os embriões não transferidos devem ser congelados e, caso a tentativa de FIV seja um sucesso, podem vir a ser descongelados para se tentar um segundo filho. Ou então, caso a tentativa não tenha resultado na gestação desejada, os embriões podem ser transferidos para uma nova tentativa;

- Diagnóstico pré implantacional (PGD): O exame de diagnóstico pré-implantacional (DPI ou PGD, da sigla em inglês, *Pre-implantation Genetic Diagnosis*) é um teste genético realizado em uma ou duas células do embrião antes dele ser transferido para o útero da mãe, que visa analisar se o embrião tem alguma alteração genética que poderia comprometer a gestação. As células retiradas não causam nenhum tipo de prejuízo ao embrião, que segue com seu desenvolvimento até o estágio de blastocisto, com “idade” de cinco dias, para ser transferido para o útero da mãe, na tentativa de se obter uma gestação saudável;
- Gestação de substituição: É conhecida popularmente por ‘barriga de aluguel’. Consiste na cessão do útero para a gestação de um bebê de outra mulher e sem a participação genética daquela que carrega o feto.
- Imunologia da reprodução: Investigação geralmente realizada para fins de transplantes de órgãos, com o objetivo de testar a compatibilidade imunológica.

2. Mercado

Um mercado consiste de todos os consumidores potenciais que compartilham de uma necessidade ou desejo específicos, dispostos e habilitados para fazer uma troca que satisfaça essa necessidade ou desejo. (Kotler,1998)

No mercado da medicina reprodutiva no Brasil podemos encontrar algumas diferentes formas de obtenção do tratamento, ou seja, como os brasileiros têm acesso aos serviços de reprodução humana assistida, são elas (Monteleone, 2015):

- Clínicas particulares especializadas: Possuem preço elevado e público consumidor restrito;

- Consultórios ginecológicos: Fazem parte do início, meio e fim do tratamento das pacientes, porém, dependem das clínicas especializadas para o desenvolvimento do mesmo (exceto para alguns tratamentos de baixa complexidade);
- Clínica de baixo custo: Devido ao alto custo do tratamento, tem sido a cada dia um desafio maior sobreviver no mercado com a concorrência oferecendo tratamentos por um valor menor.
- Serviço Público: Cobrem algumas etapas dos tratamentos, mas muito restritos devido aos altos custos relacionados.

O mercado de reprodução humana pode ser considerado de concorrência perfeita., isto se dá pelo fato de os serviços e tratamentos oferecidos serem homogêneos e nenhum participante ter tamanho suficiente para ter poder sobre o mercado, e conseguir definir o preço. Segundo o economista Paulo Nunes:

A concorrência perfeita (em PT-BR, Competição Perfeita) corresponde a uma situação de mercado limite em que nenhuma empresa e nenhum consumidor têm poder suficiente para influenciar o preço ou a quantidade transacionada (Nunes, 2015).

Novas empresas não se estabelecem no mercado facilmente devido às grandes barreiras de entrada que são características do serviço. Segundo Michael Porter (Porter, 2008), as barreiras de entrada estão relacionadas aos novos entrantes, na medida em que facilitam ou dificultam que novas empresas façam parte da concorrência. No mercado da medicina reprodutiva, as empresas necessitam de muita expertise no ramo para conseguir bons resultados nos tratamentos, oferecer serviço de qualidade, e para atender todas as regulamentações estabelecidas pela ANVISA. Além disso, os custos de insumos, tecnologia de ponta necessária e profissionais capacitados são extremamente altos, tornando o mercado pouco atrativo para novos entrantes.

ANVISA - Órgão público que tem como finalidade promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. (Costa, 2009)

Ultimamente, as clínicas de baixo custo vêm ganhando mais espaço no mercado. Devido às técnicas de RHA necessitarem de alta tecnologia, os custos dos tratamentos acabam sendo muito altos e a margem de lucro muito restrita. Para ter sucesso, a organização

deve produzir um grande volume de ciclos de tratamentos realizados por mês. Muitas clínicas optam por terceirizar o centro cirúrgico e laboratório de embriologia, ambos elevam bastante os custos fixos por mês. Desta forma, o médico especialista se encarrega de acompanhar a estimulação ovariana da paciente em seu consultório, e o restante do processo em uma clínica parceira, tornando muito mais difícil o controle da qualidade do serviço prestado.

No outro extremo do mercado, estão as clínicas que oferecem tratamentos a custos mais elevados e que possuem como público alvo pacientes de nível socioeconômico mais elevado. Consequentemente, seu público é muito mais exigente, a demanda por serviços de alta qualidade é maior e qualquer erro cometido pode manchar para sempre a reputação da organização.

2.1 Tamanho do mercado

Para que se consiga analisar se um determinado mercado tem boas prospeções futuras, ou seja, se vale a pena ser investido, estudado e melhorado, se faz necessária uma descrição do setor em que está inserido. A reprodução humana assistida está inserida no setor da saúde. Por se tratar de um setor muito grande, com diversas vertentes, podemos considerar outra classificação, o setor de saúde suplementar, que “pode ser definido como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde” (Federação Brasileira de Hospitais).

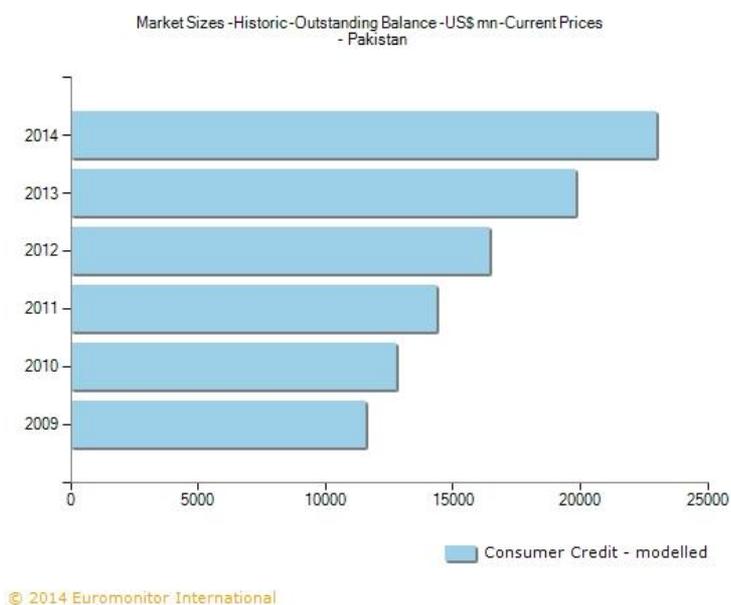
O tamanho do mercado depende do número de pessoas que mostraram necessidade ou desejo, que têm recursos que interessam a outros e estão dispostos e em condição de oferecer esses recursos em troca do que desejam. (Kotler, 2005: 157)

As necessidades de cuidados, investimentos e gastos com saúde tendem a aumentar gradativamente em função de maior conscientização, por parte dos indivíduos, de que devem se cuidar melhor; de maior disponibilidade de recursos tecnológicos; de aumento do poder de renda da população e de elevação da expectativa de vida.

Segundo levantamento do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), os gastos do setor de saúde suplementar, no Brasil devem ultrapassar R\$ 80 bilhões em 2030. A saúde é um setor vital na economia mundial, e de acordo com os dados mais recentes da OMS, Organização Mundial da Saúde, os gastos nessa rubrica foram de 9,7% do PIB do planeta, um valor estimado em US\$ 5,3 trilhões. Nos Estados Unidos, tais despesas

correspondiam a 15,7% do PIB. No Brasil, o segmento também é bastante significativo, representando o equivalente a 8,4%.

Gráfico 1: Tamanho do mercado de saúde



Fonte: Euromonitor

O conceito de troca leva ao conceito de Mercado. Um mercado consiste de todos os consumidores potenciais que compartilham de uma necessidade ou desejo específicos, dispostos e habilitados para fazer uma troca que satisfaça essa necessidade ou desejo. (Kotler, 2005, p.157)

3. Consumidores de RHA

Sempre em busca de aumentar sua participação no mercado, as organizações devem sempre ter em mente um importantíssimo fator, a satisfação dos consumidores. Para oferecer serviços de qualidade, e que atendam às expectativas dos consumidores, deve-se entender o comportamento e o perfil do público alvo previamente definido. No caso da reprodução humana assistida, o consumidor coincide com o público alvo, ou seja, quem define a organização onde vai consumir é a mesma que pessoa que vai de fato consumir ou usufruir do produto ou serviço.

As organizações de qualquer setor estão sempre em busca da satisfação de seus

consumidores. Quanto mais essas organizações são capazes de demonstrar, maximizar e estimular para seus consumidores os benefícios dos seus produtos ou serviços, tendo em mente os desejos e necessidades do seu público alvo, maior será a satisfação destes.

Segundo Kotler e Keller (2006), as demandas do Marketing são divididas em 8 tipos: negativa, inexistente, latente, em declínio, irregular, plena, excessiva e indesejada, procurando atender às necessidades dos consumidores, levando sempre em consideração como o cliente percebe o valor dos produtos e/ou serviços prestados. O valor e satisfação percebidos pelo cliente é o que vai guiá-lo no momento da escolha.

O produto ou oferta alcançará êxito se proporcionar valor e satisfação ao comprador-alvo. O comprador escolhe entre diferentes ofertas com base naquilo que parece proporcionar o maior valor (KOTLER, KELLER, 2006)

Podemos considerar alguns grupos como principais interessados por tratamentos de fertilidade:

- Casais com problemas de infertilidade:

De acordo com a OMS, um em cada 10 casais brasileiros apresenta problemas de fertilidade (Jornal Página Popular, 2013). Com a estimativa de 80 milhões de casais com problemas de infertilidade no mundo e aproximadamente 2 milhões deles apenas no Brasil (Portal Brasil, 2011), a reprodução assistida é uma das áreas da medicina que mais cresce e avança em tecnologia todos os anos. Hoje, através de modernas técnicas, já é possível vencer diversas barreiras causadas pela infertilidade.

- Mulheres de idade avançada que desejam uma maternidade tardia:

A maioria das mulheres (98%) é fértil no início da terceira década de vida (20 a 25 anos). No entanto, em torno dos 35 anos, a incidência da infertilidade cresce para aproximadamente 30%. Determinar quando cada mulher ultrapassa a fronteira entre a fertilidade e a infertilidade é um dos grandes dilemas que muitas enfrentam na vida, principalmente as que não conseguiram engravidar no seu momento biológico ideal. Este estado de “infertilidade” do ovário é o chamado “relógio biológico”, ou seja, quando o ovário começa a trabalhar de forma ineficiente rumo à sua falência. É o resultado direto do suplemento limitado de óvulos com o qual a mulher nasceu.

- Casais homossexuais:

Segundo o Censo de 2010 do IBGE, as famílias brasileiras estão se multiplicando, trazendo 19 laços de parentesco, enquanto em 2000 eram apenas 11. O conceito tradicional

de família, composta por um casal heterossexual com filhos, esteve presente em 49,9% dos lares visitados, enquanto que em 50,1% das vezes, foram encontradas famílias formadas através de novas e diferentes configurações. As famílias homoafetivas já somam 60 mil, sendo 53,8% delas formada por mulheres. Mulheres que vivem sozinhas são 3,4 milhões, enquanto que 10,1 milhões de famílias são formadas por mães ou pais solteiros. (Censo IBGE, 2010)

- Mulheres solteiras.

No desejo de ter um filho mesmo sem um companheiro, muitas mulheres optam pela reprodução assistida. No Brasil, não há dados oficiais sobre mulheres que recorrem ao auxílio da medicina para se tornarem mães. Mas segundo números do IBGE, 17,4% das famílias brasileiras são constituídas por mulheres com filhos sem cônjuges.

3.1 Perfil e Hábitos de Uso

O primeiro passo após a definição do público alvo e consumidor, é entender como se comportam, quais são seus valores, preferências e desejos. Entendendo estas características, a organização tem muito mais possibilidade de conseguir atender às expectativas de seus clientes. De acordo com Churchill e Peter (2000), “desejos se iniciam com a percepção de uma necessidade, o impulso interior para atendê-la é denominado motivação e, os profissionais do marketing precisam saber o que motiva os clientes para conseguirem atendê-los”.

No caso dos consumidores de tratamentos de reprodução humana assistida, o desejo ou necessidade de engravidar é muito latente para a maioria das mulheres, podendo até ser considerado um instinto, que quando não realizado gera muita angústia e sensação de incapacidade.

Historicamente, sempre quando o assunto é infertilidade, as mulheres são tidas como foco e únicas responsáveis, desde a época da Bíblia as coisas costumavam ser assim e a nossa sociedade sempre reforçou isso. Porém, este paradigma vem sendo quebrado e hoje em dia, que o assunto não é mais um tabu e sim uma realidade para muitas pessoas. Segundo o Instituto Oncoguia, aproximadamente, em 35% dos casais com infertilidade, a causa é exclusivamente masculina; em outros 35% dos casais com infertilidade, a causa é exclusivamente feminina. Nos 30% restantes, aproximadamente 20% dos casos de infertilidade se devem ao casal, em conjunto, pois ambos – tanto o homem quanto a mulher

– contribuem para a infertilidade, porque é um binômio. Os 10% de casos de infertilidade restantes podem ser classificados como de infertilidade ainda sem diagnóstico.

Em um centro de fertilidade o objetivo final é sempre gerar uma vida, seja através do tratamento de infertilidade ou da preservação da mesma. O grande desejo de ter um filho e a necessidade de construir uma família são os principais motivadores de quem procura por esse tipo de tratamento.

Em muitas situações os problemas com a fertilidade acabam por afetar os dias a dias dos pacientes, e podem até trazer problemas para o casal. Por isso é de suma importância que organizações de saúde compreendam de que forma a vida dos pacientes é influenciada, para que as prestadoras de serviço de RHA saibam se posicionar e os profissionais da saúde possa dar o melhor suporte possível.

4. Infertilidade e Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida, primeiramente utilizado como um indicador social na década de 60, teve sua origem no Movimento de Psicologia Positiva Americano (Diener, E, S. E., Lucas RE et al. 1999), porém apenas na década de 80, tal conceito foi absorvido pela literatura científica médica, por meio de pesquisas no campo do Estado de Saúde. Até hoje em dia não existe um consenso em relação ao conceito de QV (Katschnig, H., 2006), porém a OMS conceitua como:

Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (WHOQOL Group, 1994)

As medidas de QV são uma interessante maneira de capturar o impacto de condições clínicas de uma maneira mais compreensível (Berlim, M. T., Fleck, M. P., 2003). No campo da infertilidade, é de extrema importância que os fenômenos consigam ser interpretados, e, dessa maneira, identificar fatores que impliquem negativamente essa condição.

Quando falamos em tratamentos de infertilidade, cada vez mais acredita-se que avaliações de pacientes deveriam ser considerados como um indicador, assim como taxas de gravidez. Um dos motivos é que taxas de gravidez apenas se relacionam com a qualidade do serviço prestado indiretamente pois a taxa é afetada por diversos outros fatores como estilo de vida do paciente e prognóstico (Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., 2013). Um

segundo motivo é que apesar do sucesso da medicina reprodutiva, um terço dos casais inférteis não conseguem ter um bebê no final (Brandes, et al., 2010).

Fatores relacionados ao estilo de vida podem aumentar a dificuldade de engravidar de um casal devido à influência metabólica, porém baixa gordura corporal, prática excessiva de exercícios, doenças sexualmente transmissíveis e o fumo têm significativa influência negativa na fertilidade (Hart, R.J., 2016). Investigações a respeito da qualidade de vida representam um caminho para associar o conhecimento sobre a percepção subjetiva da infertilidade e a necessidade de dados científicos confiáveis. (World Health Organization, 1995)

De acordo com um estudo realizado por pesquisadores da Holanda e Reino Unido, o nível de centralidade no paciente (critério de qualidade de serviço prestado) e o nível de qualidade de vida e ansiedade dos pacientes se relacionam positivamente. Organizações que investem nesse campo tendem a oferecer positivas experiências no tratamento. Quando as instituições oferecem esse tipo de tratamento mais personalizado, diminui a carga emocional da infertilidade, que muitas vezes afeta a qualidade de vida e aumenta interfere na ansiedade e depressão das pacientes. (Aarts J.W., et al. 2012)

5. Chances de Sucesso

É fundamental que as clínicas de RHA esclareçam para as pacientes, desde o início do tratamento, que existe uma alta chance de insucesso, variando com a idade da mulher, para alinhar as expectativas com a realidade. O sucesso dos tratamentos de RHA, além da competência médica, depende também de aspectos fisiológicos do casal que está se submetendo ao tratamento, por isso as clínicas não conseguem garantir a sua eficácia. Muitos casais que lutam contra infertilidade, resolvem recorrer à fertilização *in vitro*, que muitas vezes representa a última esperança para conseguir ter um filho. Há aqueles que já passaram por outras tentativas, sem sucesso, de tratamentos de menor complexidade, e por isso, ficam muito frustrados quando descobrem que o esforço físico, mental e financeiros não resultaram na tão esperada gravidez.

Para cada tipo de procedimento em reprodução assistida existem indicadores específicos que sinalizam se o trabalho está sendo conduzido de forma apropriada e dentro dos padrões exigidos mundialmente. Tais indicadores devem ser comparados regularmente e servem de parâmetro para cada nova tecnologia ou novo protocolo introduzido, de modo a verificar e maximizar a eficiência. Os índices de gravidez através de fertilizações *in vitro*,

geralmente são o principal termômetro do serviço como um todo por ser o tratamento com maior volume.

No Brasil, a ANVISA e Rede Latino-americana de Reprodução Assistida (Red Lara) realizam visitas periódicas às instituições cadastradas para verificar se os dados relatados a cada período são realmente verídicos. A associação à Red Lara funciona como uma auditoria paga pela própria clínica para validação dos tratamentos. Essa avaliação vem sendo cada vez mais criteriosa e rigorosa por parte das agências fiscalizadoras. Outra instituição que também já coleta os dados dos serviços de reprodução assistida é a SBRA (Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida), no entanto, ainda sem realizar fiscalização.

Existem três grandes instituições mundiais que compilam e comparam resultados de clínicas em todos os continentes. Segundo os resultados do último congresso da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (Kupka M.S., et al., 2010), a média das taxas de gravidez por transferência foi de 32,6% para ICSI. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, por sua vez, divulga taxas de 33,6% para FIV/ICSI (Gleicher, Norbert; et al., 2007). Já de acordo com na Rede Latino-americana de Reprodução Assistida, a taxa média de gravidez por transferência foi de 34,2% para ICSI. (Registro Latinoamericano de Reproducción Assistida, 2014).

III - Qualidade na Área da Saúde

A evolução de “gestão da qualidade” teve seu início na época da Revolução Industrial e do começo da produção em massa de produtos manufaturados. Antes disso, os pequenos produtores conseguiam ter controle total de sua produção e da produção de seus aprendizes. Com o surgimento de oficinas, a produção passou a ser de forma padronizada, tornando impraticável a supervisão direta do proprietário (Berwick et al., 1994).

Qualidade é um conceito subjetivo que é diretamente relacionado com as percepções de cada indivíduo. Diversos fatores como cultura, modelos mentais, tipo de produto ou serviço, necessidades e expectativas influenciam diretamente esta definição.³

Por muito tempo acreditava-se que instituições de saúde deveriam optar por qualidade de serviços prestados ou sustentabilidade financeira, pois o investimento em qualidade demandaria custos muito elevados e retorno improvável. Porém hoje em dia, cada vez mais, gestores estão descobrindo que somente através da qualidade conseguirão atingir sustentabilidade financeira e perenidade. A melhor forma de conseguir conciliar as duas estratégias é pelos ganhos de eficiência operacional, redução de desperdícios e de custos. (Neto, C.R., et al. 2016)

O autor Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual para facilitar o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir da tríade de estrutura, processo e resultado. Segundo o autor, a qualidade dos serviços prestados pode ser avaliada nesses termos: (Donabedian, 1994)

- Estrutura refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros;
- Processo abrange, de forma geral, as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes;
- Resultado remete ao produto final do serviço prestado, quando falamos em saúde, significa a satisfação de expectativas.

A gestão da qualidade em serviços de saúde é de suma importância para o bom funcionamento da instituição prestadora. O total controle de fatores estruturais, processuais e de resultados tem influência direta na qualidade dos serviços prestados. Segundo o Guia

³Tradução livre da autora. No original “Quality is a subjective concept that is directly related to the perceptions of each individual. Several factors such as culture, mental models, type of product or service, needs, and expectations directly influence this definition.” Mendes, Silveraldo (2013:8).

de Desenvolvimento de Estratégias de Qualidade e Segurança no Sistema de Saúde, “uma estratégia cuidadosamente desenvolvida cria as condições que prestadores necessitam para melhorar a qualidade”⁴.

Cada vez mais se torna praticamente mandatário que organizações prestadoras de serviços em saúde se utilizem de sistemas de controlo de qualidade. A melhoria da qualidade deve ser contínua, cada vez mais apurada e contar com envolvimento de todos. Para o mercado de reprodução assistida, o gerenciamento da qualidade nas organizações é de suma importância, visto que os pacientes são vulneráveis e carregam um peso social e muitas vezes psicológico da infertilidade.

O produto ou oferta alcançará êxito se proporcionar valor e satisfação ao comprador-alvo. O comprador escolhe entre diferentes ofertas com base naquilo que parece proporcionar o maior valor (Kotler e Keller, 2006).

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é cada vez mais um importante fator para prestadores de serviços, órgão regulamentadores e usuários (pacientes). Os prestadores de serviço têm interesse na medicina baseada em evidências, já os pacientes têm interesse no custo-efetividade daquilo que estão consumindo, no ganho em saúde que têm com determinado tratamento.

Os clientes estão exigindo cada vez mais qualidade e serviços superiores, além de alguma customização. Eles percebem menos diferenças reais entre produtos e mostram menos fidelidade às marcas. Eles também podem obter muitas informações sobre produtos por meio da Internet e de outras fontes, o que permite que comprem de maneira mais racional. Os clientes estão mostrando maior sensibilidade em relação ao preço em sua busca por valor (Kotler e Keller, 2006).

De acordo com o Guia de Desenvolvimento de Estratégias de Qualidade e Segurança no Sistema de Saúde da Organização Mundial da Saúde⁵, sistemas de saúde têm uma complexa estrutura socioeconômica e possuem, assim como outros sistemas, diversos *stakeholders*, com diferentes papéis (World Health Organization, 2008). Alguns são comuns nos sistemas de saúde:

- Médicos e enfermeiros;

⁴Tradução livre da autora. No original “A carefully developed strategy creates the conditions providers need to improve quality” World Health Organization (2008)

- Complexos / Centros de saúde;
- Fabricantes de medicação e de aparelhos médicos (fornecedores);
- Pacientes.

Quando falamos em termos de qualidade de serviço prestado, os principais envolvidos são profissionais, as organizações, medicações e equipamentos médicos. As estratégias de qualidade buscam otimizar os serviços prestado, assegurando que as necessidades dos pacientes sejam atendidas.

1. Os 6 Componentes da Qualidade na Área da Saúde

De acordo com alguns especialistas na área, a busca pela qualidade ideal não se trata apenas de fiscalização, inspeções e parâmetros, mas sim de uma eterna procura de pequenas oportunidades visando a diminuição de complexidade desnecessária, do desperdício e do trabalho em vão, que permitirá atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade. (Graham NO., 1995)

Para medirmos o nível de qualidade de serviços prestados, o ideal é a utilização de indicadores. Indicadores da qualidade são elementos mensuráveis de cuidados de saúde que são comprovadamente ou consensualmente capazes de avaliar a qualidade do serviço, e que são úteis para a gestão da qualidade (Donabedian, A., 1988). Em 2001, o IOM – *Institute of Medicine* (Instituto Americano de Medicina) definiu o cuidado em saúde de boa qualidade através de seis dimensões, são elas:

- Efetividade;
- Segurança;
- Eficiência;
- Disponibilidade;
- Equidade, e
- Centralidade no paciente.

O mesmo relatório do instituto americano de medicina apresentou também quatro níveis que definem mais profundamente o papel do cuidado de qualidade e o papel do cuidado centrado do paciente:

- O nível da experiência: Experiência individual do cuidado prestado. O cuidado deve ser prestado de forma respeitosa, assegurando o compartilhamento de informações úteis, e estimulando a participação dos pacientes e suas famílias no processo.

- Nível do microsistema clínico: Se refere ao serviço prestado ou departamento. Consultores dos pacientes e suas famílias deveriam participar da estruturação do serviço o departamento.
- Nível organizacional: Se refere à organização como um todo. Pacientes e suas famílias devem participar como membros do comitê organizacional para assuntos como segurança, estrutura simples, melhoria da qualidade, educação do paciente e família, ética e pesquisa.
- Nível do ambiente: Se refere à regulamentação do sistema de saúde. As perspectivas dos pacientes e famílias podem se reportar às entidades políticas locais, estaduais, federais e internacionais. Essas entidades, juntamente com agências acreditadoras e licenciadoras, podem definir expectativas e desenvolver iniciativa de reembolso para encorajar a dar suporte ao engajamento de pacientes e famílias nas decisões na área da saúde.

2. Tratamento Centrado no Paciente

O denominado "tratamento centrado no paciente" (*patient centered care*) se dá quando um serviço médico prestado respeita as preferências, necessidades e valores dos pacientes, ou consumidores. É uma inovadora abordagem multidimensional, incluindo domínios organizacionais e humanos do planejamento, que entrega e avaliação de tratamentos de saúde fundada em parcerias mutualmente benéficas entre prestadores de cuidados, pacientes e famílias. Tal abordagem é definida como uma das seis dimensões de cuidados de qualidade (Corrigan et al., 2001).

Segundo um estudo o *Picker Institute Europe* (associação internacional dedicada a assegurar serviços de saúde de alta qualidade e cuidado social para todos) e *Harvard School of Medicine* de 1993, foram definidas as dimensões do tratamento centrado no paciente⁶:

- “Respeito pelas preferências e valores dos pacientes;
- Suporte emocional;
- Conforto físico;

⁶Tradução livre da autora. No original “respect for patients’ preferences and values; emotional support; physical comfort; information, communication and education; continuity and transition; coordination of care; the involvement of family and friends; access to care.” Gerteis, Margaret (2002).

- Informação, comunicação e educação;
- Continuidade e transição;
- Coordenação do cuidado;
- Envolvimento da família e amigos;
- Acesso ao cuidado.”

Dancet et al. (2011) reproduziu a metodologia do *Picker Institute* com o objetivo de uma descrição detalhada de tratamentos focados no paciente no âmbito do tratamento da infertilidade baseada na perspectiva do paciente. Nesse estudo foram identificadas duas novas dimensões:

- Competência clínica e de pessoal;
- Atitude dos e relacionamento com o corpo da organização.

Quando uma organização oferece a seus consumidores um tratamento centrado no paciente a experiência do mesmo tende a ser melhor, o que cria valor ao serviço. Com o trabalho em conjunto de gestores da saúde, pacientes e famílias, a qualidade e a segurança dos tratamentos prestados aumentam, os custos diminuem, a satisfação dos provedores aumenta e a experiência do paciente é melhorada. Além disso, o tratamento focado no paciente pode também melhorar indicadores da organização como financeiros, de qualidade, segurança, satisfação e fatia do mercado. Nas últimas décadas, o tratamento centrado no paciente tem sido cada vez mais reconhecido como uma dimensão do conceito de cuidados de alta qualidade.

Estratégias para promover o tratamento centrado no paciente:

- Treinamento de pessoal;
- Liderança;
- Pesquisas com pacientes;
- Revisão de processos;
- Pacientes e cuidadores como parceiros no tratamento.

Clínicas de procriação humana assistida ao redor do mundo estão preocupadas em maximizar as chances de sucesso de gravidez das pacientes e hoje em dia muitos especialistas da área se preocupam que a entrega do serviço melhore a qualidade de vida, adesão ao tratamento e bem-estar do paciente durante o tratamento. Estudos mostram que o tratamento centrado no paciente se relaciona com maior qualidade de vida e menos

ansiedade e depressão.

As pacientes inférteis sofrem uma grande carga física e psicológica durante os tratamentos e podem especialmente se beneficiar de uma abordagem mais centrada no paciente. Além disso, pacientes mostram cada vez mais o desejo por tratamentos com esta vertente e estão dispostos a trocar uma maior taxa de sucesso de gravidez e mostrar que PCQ é um critério importante no momento da escolha de uma clínica de fertilidade.

De acordo com estudos realizados, tratamentos centrados nos pacientes se relacionam com maior qualidade de vida e menores taxas de ansiedade e depressão. (Gameiro, S. et al., 2013)

Se profissionais desejam melhorar benefícios que oferecem para pacientes, incluindo aspetos relacionados aos serviços centrados no paciente, eles devem primeiramente entender os valores que os consumidores desejam obter das diferentes dimensões de tratamentos de infertilidade. Essas informações podem também guiar decisões políticas a alocar recursos públicos para elementos do cuidado mais relevantes para os consumidores da saúde. Podem também estimular seguradoras de saúde a interagirem com as clínicas que melhor assistem as necessidades de seus segurados.

Quando falamos em tratamentos de infertilidade, cada vez mais acredita-se que avaliações de pacientes deveriam ser consideradas como um indicador, assim como taxas de gravidez. Um dos motivos é que taxas de gravidez apenas se relacionam com a qualidade do serviço prestado indiretamente pois a taxa é afetada por diversos outros fatores como estilo de vida do paciente e prognóstico (Gameiro, S. et al., 2013). Um segundo motivo é que apesar do sucesso da medicina reprodutiva, um terço dos casais inférteis não conseguem ter um bebê no final (Brandes et al., 2010).

IV – Métodos

1. Objetivos

- 1) Criação e validação da tradução do questionário PCQ-Infertilidade, originalmente desenvolvido na Holanda, em 2010, da língua original (inglês) para o português do Brasil;
- 2) Compreender o nível de centralidade no paciente oferecido nos serviços prestados por duas clínicas especializadas em RHA no Rio de Janeiro.

2. Desenho do Estudo

A utilização de questionários originalmente elaborados e validados em uma língua diferente, em um contexto cultural diferente, pode muitas vezes ser uma má opção se a tradução e validação do mesmo não tiver sido realizada adequadamente. Uma das maiores dificuldades encontradas em pesquisas interculturais, por exemplo, é a tradução de qualidade e a comparabilidade de resultados em grupos com diferenças étnicas e culturais.

É de suma importância que seja feita a validação da tradução de instrumentos de medição para que os resultados consigam transmitir a realidade do que se deseja pesquisar, mesmo que em contexto cultural diferente do original do questionário originalmente elaborado.

O instrumento a ser validado no estudo em questão passou por processos de tradução denominados, segundo a autora Ami D. Sperber, “tradução por comitê” e “método da retrotradução”. No primeiro tipo de abordagem, a tradução por comitê, dois ou mais tradutores, trabalhando juntos ou separadamente, produzem um questionário em consenso. No segundo, o método de retrotradução, o instrumento é traduzido para a língua desejada, e após retraduzido para a língua original, por um tradutor que não tenha tido acesso ao questionário inicial, então os dois questionários na língua original são comparados. (Sperber, 2003)

Após a finalização do processo de tradução, o questionário foi avaliado por dois médicos especialistas na área, com o objetivo de verificar se os questionamentos faziam sentido no meio/área da Reprodução Humana Assistida.

O modelo final do questionário foi aplicado em pacientes de duas clínicas especializadas em reprodução humana assistida. As duas organizações foram selecionadas pois possuem diferentes abordagens na forma que o serviço é prestado, por isso houve a

possibilidade de gerar uma interessante análise comparativa entre a satisfação dos pacientes quando o serviço é prestado de forma mais próxima, centrado no paciente, e quando o serviço é prestado de maneira menos individualizada, com o objetivo de diminuir custos e poder praticar um preço mais acessível para os consumidores.

As secretárias das organizações foram instruídas pela autora da pesquisa para que pudessem abordar as pacientes que estivessem aguardando para realizar exame de ultrassonografia, ou para conversar com o médico, e solicitar que preenchessem os dois questionários, juntamente com seus parceiros(as).

A amostra foi composta por pacientes que estavam em ciclo, o seja, estavam, na época da pesquisa, frequentando a clínica para a realização do tratamento, e por pacientes que já finalizaram o tratamento, estas foram selecionadas através do banco de dados da organização e os questionários foram enviados por e-mail. O banco de dados utilizado foi filtrado exclusivamente com pacientes que já haviam terminado o ciclo de tratamentos (tendo engravidado ou não), evitando assim que pacientes que haviam recebido os questionários em mãos, no ambiente clínico, recebessem também por e-mail.

Os questionários eram devolvidos para a enfermeira da organização e só então entregues para a autora. Após a devolução dos questionários preenchidos, os mesmos recebiam uma numeração, e então suas respostas eram tabuladas em planilha do programa Excel.

3. Instrumentos

A) PCQ - Infertilidade

A forma ideal de monitorar o nível de centralidade nos pacientes em organizações é através de questionários que meçam experiências específicas do paciente, e não de questionários de satisfação globais. Devido à esta necessidade, em 2010, foi criado e validado um instrumento especificamente desenvolvido com o objetivo de analisar o nível de centralidade nos pacientes em clínicas de reprodução humana assistida. O objetivo era desenvolver um válido e amplamente utilizável instrumento que pudesse fidedignamente medir a centralidade nos pacientes nos tratamentos de fertilidade e diferenciar o nível de centralidade em diferentes prestadoras, o PCQ - Infertility.

Para que o instrumento fosse desenvolvido e validado para atender às necessidades identificadas, foi realizado primeiramente focus groups com pacientes inférteis para

conceitualizar o tratamento centrado no paciente no contexto da infertilidade e para gerar os itens do questionário. Foram recrutados um total de 24 casais (com e sem filhos) e mais 4 mulheres, oriundos de 13 diferentes clínicas holandesas. Os focus groups eram moderados pelo modelo geral de centralidade no paciente do *Picker Institute* (www.pickerinstitute.org). Os dados coletados foram então analisados por 3 pesquisadores e suas interpretações comparadas. Foram extraídas 729 citações relevantes e agrupadas em 81 aspectos do cuidado.

Dos 81 aspectos, 53 foram selecionados para a versão piloto do PCQ – Infertilidade com base na frequência e intensidade nos *focus groups*. Um total de 30 clínicas de fertilidade na Holanda foram convidadas para participar da validação do estudo. O modelo piloto foi enviado para 1.200 casais entre julho e setembro de 2009, a participação era voluntária e o anonimato era garantido. O objetivo da análise era obter um instrumento mensurável que (1) fosse viável, fiável e válido; (2) pudesse identificar as maiores fraquezas dos tratamentos de fertilidade segundo os pacientes; (3) pudesse discriminar a centralidade nos pacientes em diferentes clínicas. Para tanto (1) Características psicométricas do instrumento; (2) Pontuações de melhoria de qualidade; (3) O poder discriminativo do PCQ – Infertilidade foi determinado.

O estudo resultou então na validação do primeiro instrumento validado especificamente para medir a centralidade nos pacientes em serviços de cuidado da infertilidade.

A tradução para português do Brasil do PCQ-Infertilidade (van Empel, Aarts, et al. 2010) foi utilizada no presente estudo para medir o nível de centralidade nos pacientes. Pacientes de duas clínicas especializadas em RHA classificaram suas experiências com os serviços prestados das mesmas. O questionário contém oito subescalas:

- “Acessibilidade”, se trata da facilidade ou dificuldade em a/o paciente ter o primeiro contato com a clínica, conseguir agendar uma primeira consulta;
- “Informações e Explicações”, se trata de como as informações são passadas para o paciente, se a clínica se colocou disponível para esclarecimentos e se esforçou para que o/a paciente compreendesse todas as informações que foram passadas;
- “Capacidade de comunicação da equipe”, se trata na forma como os médicos e enfermeiros se comunicam com o pacientes, se de fato prestam atenção nos relatos

dos(as) pacientes, são claros quando precisam transmitir informações e se esforçam para serem compreendidos;

- “Envolvimento no tratamento”, se os médicos e enfermeiros acata a opinião e considerações do(as) pacientes em relação à conduta do tratamento;
- “Respeito pelos valores e necessidades”, se trata do interesse de médicos e enfermeiros pelas emoções, dificuldades e opiniões dos pacientes em relação à diversos aspectos do tratamento;
- “Continuidade e transição durante o tratamento”, se trata de como foi a conduta durante o processo do tratamento, se havia um médico responsável pela conduta e decisões mais importantes;
- “Competência da equipe”, se trata de quão competentes e profissionais são os médicos que lidam com pacientes, se passam confiança sabem, coordenam bem o tempo e os processos;
- “Organização do tratamento”, se trata da organização por parte da clínica da finalização e continuidade dos tratamentos.

O PCQ - Infertilidade contempla oito subescalas, cada uma delas constituída por uma quantidade variável de 2 a 11 itens. As pontuações atribuídas nas dimensões variam entre 0 e 3, na maior parte das perguntas com valores mais elevados indicando melhores avaliações, em alguns itens os valores foram espelhados devido ao sentido da pergunta.

B) FertiQol

O questionário foi desenvolvido com os objetivos (1) de ser o primeiro instrumento para medir a qualidade de vida em homens e mulheres que estejam experienciando problemas de fertilidade, (2) de avaliar as características psicométricas preliminares da nova ferramenta e (3) de traduzir o FertiQol em diversas línguas.

As perguntas do questionário foram desenvolvidas para que conseguissem traduzir conceitos abstratos em dados quantitativos que conseguissem medir o impacto que problemas de infertilidade podem causar na qualidade de vida das pessoas. O questionário foi inicialmente desenvolvido em inglês e traduzido para 20 diferentes línguas.

A qualidade de vida dos pacientes participantes do presente estudo foi avaliada através do instrumento, já validado em português do Brasil Fertility Quality of Life –

FertiQoL (Boivin et al., 2011). O questionário é constituído por quatro domínios da qualidade de vida:

- Emocional (6 itens),
- Mente/Corpo (6 itens),
- Relacional (6 itens) e
- Social (6 itens).

As avaliações são dadas em forma de uma escala de Likert de cinco pontos. As pontuações das dimensões variam entre 0 e 4 e valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida (exceto em caso indicados, em que as pontuações são espelhadas).

4. Análise de Dados

Primeiramente foi feita uma análise descritiva dos dados através do programa SPSS. Foram medidas as frequências, médias, medianas, variância, moda e desvio padrão, e foi realizado o cruzamento de algumas variáveis, com o objetivo de visualizar a relação existente entre elas. Foram cruzadas as respostas do bloco “Continuidade e transição durante o seu tratamento” com o fator “Clínica” da paciente respondedora, ou seja, local onde a mesma estava se tratando.

Foi realizada também uma análise exploratória com o objetivo de identificar erros de digitação e uma observação da normalidade das variáveis. Os dados de ambas pesquisas (PCQ-Infertilidade e FertiQoL) foram verificados com o objetivo de encontrar *outliers*, valores duplicados ou erros de digitação. Em seguida foram investigadas as características psicométricas do instrumento PCQ-Infertilidade.

Para verificar a consistência interna de um questionário é geralmente calculado o indicador alfa de Cronbach que nos permite identificar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis. Tal limite é à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, do mesmo universo e com igual número de itens utilizados para medir a mesma característica. O valor do Alfa deve ser maior do que 0,8, para que o instrumento seja considerado consistente. A técnica foi investigada através das subcategorias do questionário PCQ-Infertilidade e do FertiQoL.

Em relação à validade do constructo, foram realizadas análises das correlações entre as diferentes subescalas do PCQ-Infertilidade e das correlações entre o PCQ-Infertilidade e o FertiQoL, e a consistência interna. As subcategorias do PCQ-Infertilidade

foram correlacionadas entre si e com as subescalas do instrumento FertiQol através da correlação de Spearman, pois os dados estão em escala ordinal.

A análise fatorial busca reduzir o número de variáveis ou fatores de uma base de dados, visando maximizar o poder de explicação do conjunto (Pasquali, 2009), tal análise infere evidências de validade para diferentes tipos de questionários. Tal análise foi realizada com o objetivo de definir os fatores referentes às diferentes variáveis do instrumento PCQ-Infertilidade e o quanto o modelo está explicando a variância de cada variável.

5. Ética

Do ponto de vista ético, podemos observar a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Durante todo os processos de tradução do questionário e de recolha de dados foram respeitados os aspetos éticos de abordagem dos pacientes, assim como foram salvuardados a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Foi questionado a alguns médicos especialistas na área a respeito da necessidade de submeter o estudo a um comitê de ética. A conclusão foi de que não havia necessidade visto que a pesquisa não se utilizou de dados clínicos. Os participantes não foram submetidas a nenhum teste físico ou psicológico, não interferindo assim em nenhum aspecto da saúde física ou mental dos mesmos.

Durante todo os processos de tradução do questionário e de recolha de dados foram respeitados os aspetos éticos de abordagem dos pacientes, assim como foram salvuardados a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Foi questionado a alguns médicos especialistas na área a respeito da necessidade de submeter o estudo a um comitê de ética. A conclusão foi de que não havia necessidade visto que a pesquisa não se utilizou de dados clínicos. Os participantes não foram submetidas a nenhum teste físico ou psicológico, não interferindo assim em nenhum aspecto da saúde física ou mental dos mesmos.

V – Resultados

1. Processo de Tradução

O primeiro passo para a validação do instrumento foi a tradução do mesmo de sua língua original (inglês) para o português brasileiro por dois tradutores, que foram selecionados aleatoriamente em uma empresa prestadora de serviços de tradução. Após, a autora juntou as duas versões e fez algumas adaptações referentes ao tipo de linguagem utilizada no meio da saúde e da RHA.

Quando chegada à uma versão de consenso, a mesma foi retraduzida para inglês (língua original do questionário) por um tradutor com o inglês como língua nativa, que também foi selecionado através de uma prestadora de serviços de tradução. A autora então comparou esta nova tradução com a versão original do instrumento para verificar se havia alguma discrepância significativa. Não foram encontradas diferenças importantes entre a retradução e a versão original, portanto pode-se fazer uma primeira comprovação de que a tradução do questionário era fiável.

Uma dificuldade encontrada no processo de tradução, identificada pela autora, foi na parte “Manual”, onde estão descritas informações práticas a respeito de como calcular a pontuação do questionário após respondido. Algumas proposições que estavam ali apresentadas pareciam não caber na realidade do questionário.

Os itens onde, segundo os autores do questionário original (van Empel, Aarts, et al. 2010), devemos ter “Atenção especial”, devido à necessidade de espelhamento das categorias de resposta, não parecem ter essa necessidade, e sim outros itens não mencionados no manual. No trabalho em questão foram então espelhadas as respostas dos itens 19, 35, 36, 37, 38, 41 e 44 ao invés dos itens 6, 7, 32, 47, 48, 49 e 52, que estavam descritos no instrumento original.

A última etapa do processo de tradução foi avaliação de dois médicos especialistas na área. Os dois receberam um documento com todos os questionamentos do instrumento e espaço para comentários e sugestões, para que pudessem dar suas opiniões sobre se as perguntas faziam sentido ou não no meio/área da Reprodução Humana Assistida. Os mesmos fizeram pequenas alterações de palavras, e substituíram por outras com melhor sentido no contexto brasileiro e da área. Por exemplo, na parte “Informações sobre o questionário” foi sugerida a troca do termo “melhora do cuidado de fertilidade” por “melhoria do tratamento de fertilidade”, que faz mais sentido no português do Brasil, na

parte “Perguntas de antecedentes” foi sugerida a troca do termo “Ensino secundário ou técnico intermediário” por “Ensino médio ou técnico” pois no Brasil, este termo é mais utilizado, na pergunta 14, foi sugerida a troca do termo “cuidadores” por “equipe” pois não se utiliza muito esta palavra no contexto médico brasileiro.

2. Recolha de dados

Finalmente a versão final da tradução do questionário foi aplicada em duas clínicas especializadas em reprodução humana assistida, localizadas no Rio de Janeiro, Brasil. As duas organizações possuem diferentes abordagens na forma que o serviço é prestado, por isso tivemos a possibilidade de gerar uma interessante análise comparativa entre a satisfação dos pacientes quando o serviço é prestado de forma mais próxima, centrado no paciente, e quando o serviço é prestado de maneira menos individualizada, com o objetivo de diminuir custos e poder praticar um preço mais acessível para os consumidores.

Uma das instituições oferece o tratamento mais individualizado, com um médico principal designado para cada paciente, maior flexibilidade para as necessidades dos casais, e conseqüentemente, o preço praticado um pouco acima do mercado; a outra instituição oferece tratamentos de infertilidade a baixo custo, com grupos de pacientes que iniciam o ciclo ao mesmo tempo e não possuem um médico específico designado. No presente trabalho, a fim de preservar a identidade das mesmas, serão referidas como Clínica A e Clínica B, respetivamente.

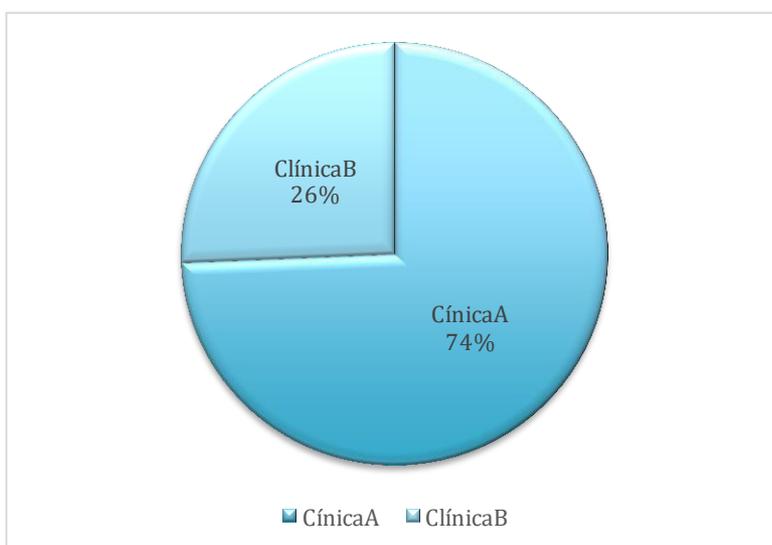
A recolha de dados aconteceu entre os meses de março e junho de 2016. Os pacientes foram convidados a participar da investigação de forma que deveriam responder dois questionários em contexto clínico ou online. O questionário online foi enviado através de email para as pacientes em ciclo ou que já haviam finalizado. Nas clínicas, os pacientes foram convidados a participar pessoalmente. Assume-se que todos os participantes tinham algum nível de infertilidade e necessitavam de tratamento de reprodução assistida para conseguir engravidar.

Devido às duas clínicas possuírem abordagens muito diferentes em relação à existência ou não de um médico principal que toma as rédeas do tratamento, pudemos identificar muitas discrepâncias entre as duas instituições.

2.1 Amostra

A amostra final foi constituída um total de 113 respostas de mulheres inférteis em fase de diagnóstico ou tratamentos de fertilidade no Rio de Janeiro, Brasil, recrutadas em contexto clínico e online. No total, 200 pacientes foram convidadas a participar do estudo, 150 na Clínica A e 50 na Clínica B, e 113 questionários preenchidos foram entregues à pesquisadora, ou seja, a taxa de resposta foi de 57.5%.

Gráfico 2: Representatividade das duas clínicas



Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 1 apresenta as características referentes à escolaridade, tratamento que está sendo ou já foi realizado e se a paciente está grávida ou não, da Clínica A (n = 84, 73,7%) e na clínica B (n =29, 25,4%).

Quadro 1: Características da Amostra

Características	Total n=113	Clínica A n=84	Clínica B n=29	% Clínica A	% Clínica B
Escolaridade					
Primário	1	1	0	1%	0%
Médio	18	11	7	13%	25%
Superior	55	40	15	48%	54%
MBA	3	2	1	2%	4%
Pós-graduação	27	22	5	26%	18%
Mestrado	7	7	0	8%	0%
Doutorado	1	1	0	1%	0%
TOTAL	112	84	28	100%	100%
Tratamento					
Indução Ovulatória	12	9	3	11%	10%
Congelamento de Óvulos	2	2	0	2%	0%
FIV	95	70	25	83%	86%
IUI	2	2	0	2%	0%
TEC	1	0	1	0%	3%
Nenhum	1	1	0	1%	0%
TOTAL	113	84	29	100%	100%
Está grávida no momento?					
Sim	11	11	0	13%	0%
Não	102	73	29	87%	100%
TOTAL	113	84	29	100%	100%

Fonte: Elaborado pela autora

Os(as) pacientes que participaram da pesquisa, em sua maioria, possuem o grau de escolaridade “ensino superior completo” em ambas as clínicas, já em segundo lugar, na Clínica A está o grau “pós-graduação”, enquanto na Clínica B está “Ensino secundário ou técnico”. A grande maioria das pacientes participantes está em processo de tratamento de Fertilização *in vitro*, tanto da Clínica A como da Clínica B. Das pacientes da clínica A, 13% estavam grávidas no momento da pesquisa, enquanto nenhuma paciente estava grávida no momento da pesquisa na Clínica B.

No Quadro 2 podemos verificar as principais medidas de tendência central de cada uma das subcategorias do PCQ-Infertilidade.

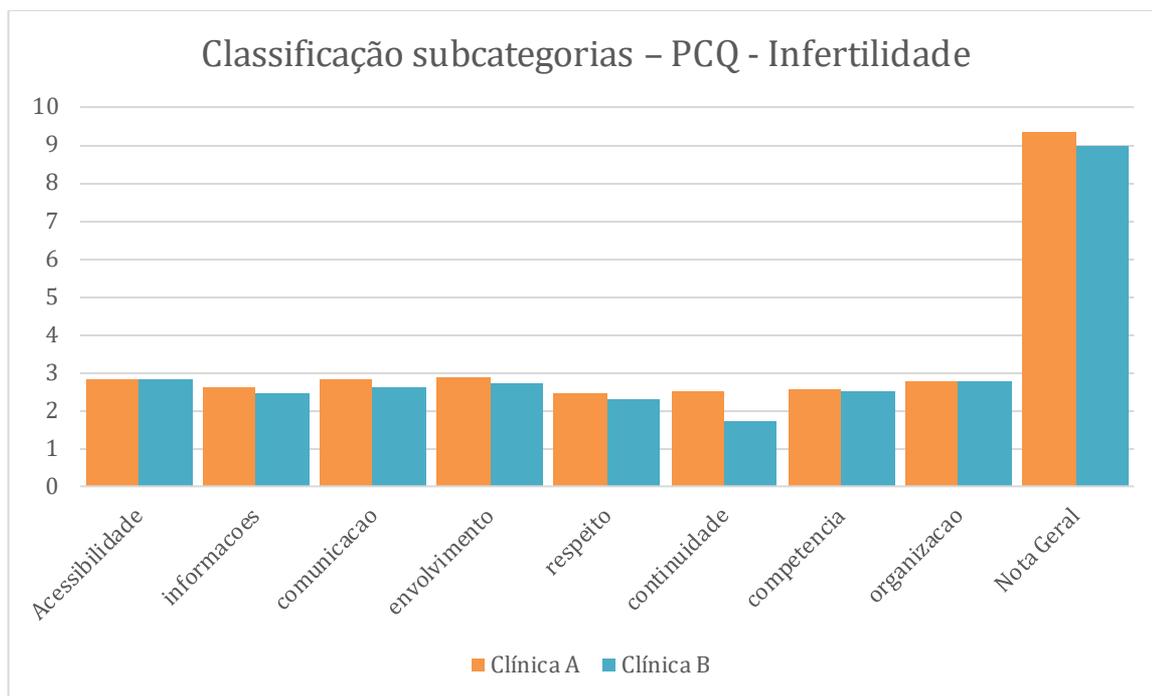
Quadro 2: Medidas de tendência central da amostra

PCQ- Infertilidade	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variância
Acessibilidade	2,82	3,00	0,43	0,19
Informações	2,57	2,68	0,40	0,16
Comunicação	2,79	3,00	0,34	0,11
Envolvimento	2,83	3,00	0,40	0,16
Respeito	2,50	2,71	0,57	0,32
Continuidade	2,34	2,43	0,55	0,30
Competência	2,54	2,67	0,31	0,10
Organização	2,81	3,00	0,37	0,14
FertiQol				
Emocional	2,7100	2,8333	,85760	,735
Mente / corpo	2,7690	3,1667	,93867	,881
Relacionamento	3,3803	3,5000	,63846	,408
Social	2,8350	3,0000	,75074	,564
Ambiente	3,1224	3,3333	,74172	,550
Tolerabilidade	2,7937	2,7500	,77762	,605

Fonte: Elaborado pela autora

A Clínica A obteve melhor classificação em todas as subcategorias do PCQ – Infertilidade, exceto na subcategoria “organização”. Conforme podemos ver no gráfico 3, as subcategorias “comunicação”, “respeito” e “continuidade” tiveram maior discrepância na média dos resultados. Tal resultado pode ser justificado pelas diferentes formas de prestação de serviço nas suas Clínicas. No gráfico abaixo nota-se que as pacientes da Clínica A estão, em geral, mais satisfeitas na forma que os médicos transmitem as informações, no tempo que o mesma reserva para ouvir a paciente de forma atenta, em como os médicos e enfermeiros mostram preocupação com as emoções e sentimentos do casal, na quantidade de médicos que estão envolvidos no processo individual de cada tratamento, e se esses médicos “falam a mesma língua”, ou seja, tem o mesmo discurso e mesmo protocolo de tratamento.

Gráfico 3: Classificação subcategorias – PCQ – Infertilidade



Fonte: Elaborado pela autora

2.2 Características psicométricas

A) Consistência Interna

Como resultado da medida de consistência interna – Alfa de Cronbach – a versão em português – Brasil do PCQ – Infertilidade apresentou boa consistência interna com o valor de 0,826, ou seja, o instrumento é fidedigno.

Quadro 3: Estatísticas de confiabilidade do PCQ – Infertilidade

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,826	0,836	8

Fonte: Elaborado pela autora

B) Validade do Constructo

A variável “Organização” apenas possui correlação significativa ($p < 0,05$) quando cruzada com a variável “informações”. A variável “Competência” apenas não possui correlação significativa com as variáveis “Acessibilidade”, “Comunicação” e “Continuidade”. E a variável “continuidade” não possui correlação significativa com a variável “acessibilidade”. Os restantes das subescalas do PCQ-Infertilidade estavam correlacionadas entre si, indicando que cada subescala mede uma parte do mesmo inquérito. Podemos verificar os itens indicados marcados no quadro 4.

Quadro 4: Correlações entre as subescalas

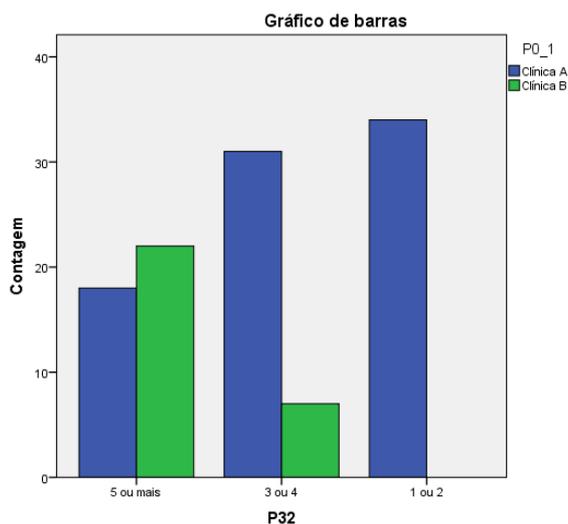
PCQ-Infertility	Acessibilidade	Informações	Comunicação	Envolvimento	Respeito	Continuidade	Competência	Organização
Acessibilidade	.							
Informações	0,001	.						
Comunicação	0,02	0,001	.					
Envolvimento	0	0	0	.				
Respeito	0,004	0	0,002	0	.			
Continuidade	0,254	0	0	0,016	0,003	.		
Competencia	0,103	0,014	0,2	0,011	0,001	0,069	.	
Organização	0,953	0,013	0,848	0,393	0,073	0,123	0,063	.

Fonte: Elaborado pela autora

Foram cruzados os dados provenientes do bloco “Continuidade e transição durante o seu tratamento” com a Clínica em que a paciente estava se tratando. Na questão “Quantos médicos diferentes estão ou foram envolvidos em seu tratamento em seu hospital atual”, 76% das pacientes da Clínica B alegaram que estão ou foram tratadas por 5 ou mais médicos diferentes, contra 22% das pacientes da Clínica A que alegaram a mesma quantidade de médicos envolvidos. Quando indagadas se algum médico principal foi designado para momentos de avaliação e tomadas de decisão, 55% das pacientes da Clínica B alegaram que nenhum médico principal foi atribuído, enquanto 98% das pacientes da Clínica A alegaram que “sim, absolutamente”, o que reflete a realidade nos protocolos de tratamentos das duas

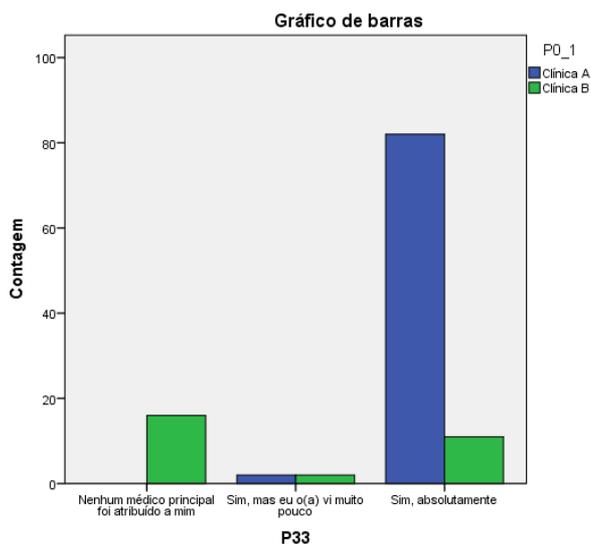
clínicas. Apesar da ausência de um médico principal, 62% das pacientes entrevistadas na Clínica B alegaram que nunca obtém informações ou conselhos contraditórios e 31% alegaram que “às vezes” obtém informações ou conselhos contraditórios.

Gráfico 4: P 32. Quantos médicos diferentes estão ou foram envolvidos em seu tratamento no seu atual hospital?



Fonte: Elaborado pela autora

Gráfico 5: P 33. Você tem um médico principal (um médico para momentos de avaliação e tomadas de decisão)?



Fonte: Elaborado pela autora

Foi realizada análise fatorial nas subescalas do PCQ-Infertilidade e foi obtida a medida de KMO ideal (0,766) e o nível de significância do teste de Bartlett foi significativo, ou seja, menor do que 0,05. Ou seja, tais parâmetros demonstram que essa amostra é ideal para a realização da análise.

Quadro 5: Teste de KMO e Bartlett

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0,766
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	111,706
	Df	28
	Sig.	0

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 6 apresenta a matriz de componentes obtidos através dos dados coletados com o instrumento PCQ – Infertilidade. A dimensão “organização” está apenas associada ao componente 2, o que mostra que o segundo fator é principalmente representado por esta dimensão. Ou seja, a subescala “organização” parece ser independente do primeiro fator, que é representado por todas as outras subescalas.

Quadro 6: Componentes análise fatorial – PCQ – Infertilidade

	Componente	
	1	2
Acessibilidade	0,605	-0,393
Informações	0,865	0,15
Comunicação	0,815	-0,251
Envolvimento	0,781	-0,388
Respeito	0,779	0,381
Continuidade	0,844	-0,014
Competência	0,551	0,362
Organização	0,157	0,83

Fonte: Elaborado pela autora

No quadro 7 podemos verificar que apenas os dois primeiros fatores foram conservados. Na coluna de “valores próprios iniciais”, o primeiro fator descreve a maior variância, e tem o maior valor próprio. O segundo valor descreve toda a variância restante possível, e assim em diante.

Quadro 7: Análise fatorial: Valores próprios – PCQ – Infertilidade

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado	
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância
1	4,035	50,441	50,441	4,035	50,441
2	1,356	16,95	67,391	1,356	16,95

Fonte: Elaborado pela autora

C) Validade de Critério

A validade de critério estabelece a validade de um instrumento de medição comparando-o com algum critério externo (Kaplan, 1975).

Conforme podemos verificar no Quadro 8, quando correlacionadas com as subescalas do questionário FertiQol, quase todas as variáveis tem correlação significativa com a variável “Ambiente”, exceto “Competência” e “organização”. A variável “Competência” do PCQ-Infertilidade tem correlação positiva e significativa com “relacionamento” e “Tolerabilidade”, do FertiQol. O Quadro 8 apresenta as correlações entre as subescalas do PCQ-Infertilidade e outras variáveis a respeito da qualidade dos serviços prestados de Reprodução Humana Assistida e qualidade de vida dos pacientes (medido através do FertiQol). De forma geral, as subescalas do PCQ-Infertilidade e do questionário FertiQol estão positivamente correlacionadas, principalmente com a variável “Ambiente”.

Quadro 8: Correlações subescalas PCQ-Infertilidade e FertiQol

PCQ- Infertilidade	Acessibi- lidade	Informa- ções	Comuni- cação	Envol- vimento	Respeito	Continu- idade	Compe- tência	Organi- zação
Acessibilidade	1,000							
Informações	,318**	1,000						
Comunicação	,264*	,379**	1,000					
Envolvimento	,339**	,399**	,510**	1,000				
Respeito	,354**	,558**	,433**	,473**	1,000			
Continuidade	,111	,393**	,409**	,232*	,368**	1,000		
Competência	,159	,245*	,150	,247*	,412**	,179	1,000	
Organização	,007	,315*	,028	,105	,276	,190	,230	1,000
FertiQol								
Emocional	-,056	,104	-,131	,184	,176	,144	,183	,072
Mente/ Corpo	,084	,118	-,228	,146	,114	,062	,131	,089
Relacionamen	,013	,072	-,132	,102	,122	-,145	,241*	,192
Social	,079	,029	-,086	,047	,058	,015	,033	-,005
Ambiente	,248*	,503**	,292*	,407**	,519**	,259*	,176	,086
Tolerabilidade	,103	,193	,076	,234*	,146	,097	,230*	,115

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Elaborado pela autora

VI - Discussão

Primeiramente foi realizada uma análise teórica do universo da RHA, com objetivo de situar o leitor e conseguir demonstrar a importância do investimento em qualidade em uma organização que preste tais serviços. Ainda sendo um assunto delicado para a maioria, que envolve muitas expectativas e frustrações, carrega também o peso dos elevados custos, fazendo com que o sector demande muita atenção dos gestores.

O mecanismo de tratamentos com foco nos pacientes, centrados nos pacientes, tem sido cada vez mais empregado em centros de RHA. Diversos estudos apontam benefícios em termos de resultados e em termos de satisfação de clientes em organizações que oferecem seus serviços empregando as técnicas de tratamento centrado no paciente.

O objetivo do presente estudo foi validar a tradução do instrumento elaborado por van Empel e colaboradores (van Empel, Aarts, et al., 2010), originalmente em inglês para o português do Brasil, colaborando assim, com a evolução da área no país. O questionário foi traduzido de sua língua original (inglês) para o português brasileiro por dois tradutores, foi realizada uma junção das duas traduções pela autora, e após, essa junção foi retraduzida para inglês por um tradutor com inglês como língua nativa. A autora então comparou esta nova tradução com a tradução já realizada em português de Portugal (Pedro, 2012), e após isto, fez os ajustes finais. Não foram encontradas disparidades significantes em nenhuma das comparações entre traduções.

Durante o processo de tradução do manual do questionário PCQ-Infertilidade, foram identificados alguns itens que pareciam não caber na realidade do questionário, e por isso foram substituídos pelos itens que estavam mais adequados.

Um total de 113 questionários foram respondidos por pacientes de duas clínicas especializadas em RHA, localizadas no Rio de Janeiro, Brasil, juntamente com o instrumento *Fertility Quality of Life – FertiQoL* (Boivin et al., 2011), que visa analisar a qualidade de vida de casais que sofrem de infertilidade. Os dois centros, apesar de oferecerem praticamente os mesmos serviços, possuem diferentes abordagens na forma em que os mesmos são prestados, por isso tivemos a possibilidade de gerar uma interessante análise comparativa entre a satisfação dos pacientes quando o serviço é prestado de forma mais próxima, centrado no paciente, e quando o serviço é prestado de maneira menos individualizada, com o objetivo de diminuir custos e poder praticar um preço mais acessível para os consumidores.

Foram realizadas análises descritivas, exploratórias e de investigação de características psicométricas nos dados gerados pelas respostas de pacientes, através do programa SPSS. Através dos resultados, nos é possível validar o instrumento PCQ-Infertilidade na língua portuguesa do Brasil. De forma geral, todas as 8 dimensões definidas no modelo original do questionário proposto por van Empel e colaboradores (van Empel, Aarts, et al., 2010) apresentaram boa consistência interna quando aplicadas no universo brasileiro.

VIII - Conclusão

Durante o processo de tradução e retradução do instrumento, foi identificado que os itens onde, segundo os autores do questionário original (van Empel, Aarts, et al. 2010), devemos ter “Atenção especial”, devido à necessidade de espelhamento das categorias de resposta, não parecem ter essa necessidade, e sim outros itens não mencionados no manual. Devido a isto, no trabalho em questão foram então espelhadas as respostas dos itens 19, 35, 36, 37, 38, 41 e 44 ao invés dos itens 6, 7, 32, 47, 48, 49 e 52, que estavam descritos no instrumento original.

A amostra final foi constituída um total de 113 respostas de mulheres inférteis em fase de diagnóstico ou tratamentos de fertilidade no Rio de Janeiro, Brasil, recrutadas exclusivamente em contexto clínico. No total, 200 pacientes foram convidadas a participar do estudo, 150 na Clínica A e 50 na Clínica B, e 113 questionários preenchidos foram entregues à pesquisadora, ou seja, a taxa de resposta foi de 57.5%.

A versão em português - Brasil do PCQ-Infertilidade se mostrou válida e fidedigna. Como estratégias para melhorar a percepção dos pacientes de qualidade dos tratamentos, as clínicas devem tentar trabalhar na diminuição da ansiedade dos pacientes antes, durante e depois dos ciclos de tratamento, facilitando o contato destes com profissionais para discutirem sobre preocupações, participarem das tomadas de decisão e obter informações sobre o processo.

Quando comparados os resultados entre as duas clínicas estudadas, pudemos constatar que quando oferecido um tratamento centrado no paciente, o *feedback* dos mesmos aumenta significativamente. De forma geral, todas as subcategorias do PCQ-Infertilidade tiveram melhor classificação quando respondidas por pacientes da Clínica A do que por pacientes da Clínica B, exceto na subcategoria “organização”.

De acordo com os resultados encontrados, algumas estratégias para promover tratamento centrado no paciente são:

- Definição de um médico principal para o tratamento de cada paciente;
- Redução no número de médicos que acompanham o caso;
- Melhoria do canal de comunicação entre médico e paciente;
- Aprimoramento do treinamento de novos funcionários;
- Melhoria de processos, a fim da diminuição nos tempos de espera;
- Pacientes e cuidadores como parceiros no tratamento.

Os clientes estão exigindo cada vez mais qualidade e serviços superiores, além de alguma customização. Eles percebem menos diferenças reais entre produtos e mostram menos fidelidade às marcas. Eles também podem obter muitas informações sobre produtos por meio da Internet e de outras fontes, o que permite que comprem de maneira mais racional. Quando uma organização oferece a seus consumidores um tratamento centrado no paciente a experiência do mesmo tende a ser melhor, o que cria valor ao serviço. Com o trabalho em conjunto de gestores da saúde, pacientes e famílias, a qualidade e a segurança dos tratamentos prestados aumentam, os custos diminuem, a satisfação dos provedores aumenta e a experiência do paciente é melhorada.

Referências Bibliográficas

1. 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):488-95.
2. Berlin, M. T., Fleck, M. P. (2003) "Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry" *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 249-52
3. Berwick, D. M. et al. (1994) Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. Trad. de José Carlos Barbosa dos Santos. São Paulo: MakronBooks.
4. Boivin, J.; Takefman, J.; Braveman, A. (2011) "The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties" *Human Reproduction*, 26(8): 2084–2091.
5. Brandes, M., Hamilton, C.J.C.M., de Bruin J.P., Nelen, W.L.D.M., Kremer, J.A.M. (2010) "The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort" *Human Reproduction* 25 (1): 118-126.
6. Churchill Jr, Gilbert; Peter, J. Paul (2000) Marketing: criando valor para os clientes. São Paulo: Saraiva.
7. Collins, J.A.; Wrixon, W.; James, L.B.; Wilson, E.H. (1983) "Treatment-independent pregnancy among infertile couples." *The New England Journal of Medicine*; 309, 1201–1206.
8. Conselho Federal de Medicina (2015) Resolução CFM nº 2.121/2015. Aprovada em Sessão Plenária em 16 de julho de 2015, publicada D.O.U. de 24 de setembro de 2015, seção I, 117
9. Corrigan, P.W.; River, L.P.; Lundin, R.K.; Penn, D.L.; Uphoff-Wasowski, K.; Campion, J., et al. (2001) "Three strategies for changing attributions about severe mental illness" *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187–195
10. Costa, Arlen (20019) "Anvisa" Dicionário Informal. Acesso em 01 de julho de 2016, disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/anvisa>
11. Dancet, E.A.F.; D'Hooghe, T.M.; Spiessens, C.; Sermeus, W.; De Neubourg, D.; Karel, N.; Kremer, J.A.M.; Nelen, W.L.D.M. (2013) "Quality indicators for all dimensions

of infertility care quality: consensus between professionals and patients” *Human Reproduction*, 28(6), 1584-97.

12. 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*, 0(0),1–7.

13. Dentilho, Daniel (2012) “Cresce demanda por tratamento de infertilidade, mas o acesso é ainda caro e seletivo” *Ciência e Cultura*, 64.

14. Dicas SPSS <http://www.dicas-spss.com/> [30 de julho de 2016].

15. Diener, E, S. E., Lucas RE etal.(1999). “Subjectiv Well Being: three Decades of progress” *Psychological Bull* 125, 276 - 302

16. Donabedian, A. (1994) “A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde” Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

17. Donabedian, A. (1988) “The quality of care. How can it be assessed?” *Journal of the American Medical Association*. Vol. 260(12) 1743- 8.

18. Federação Brasileira de Hospitais. *O que é saúde suplementar*. Acesso em 09 de julho de 2016, disponível em <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar>

19. Gameiro, S., Canavarro, M. C. , BoivinJ. (2013) “Patient centred care in infertility health care: Direct and indirect associations with wellbeing during treatment” *Patient Education & Counseling*, 93(3), 646-654.

20. Gerteis, Margaret; Edgman-Levitan, Susan; Daley, Jennifer; Delbanco, Thomas L. (eda.) (2002) *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

21. Gleicher, Norbert; Weghofer, Andrea; Barad, David (2007) “Update on the comparison of assisted reproduction outcomes between Europe and the USA: the 2002 data” *Fertility and Sterility*, 87(6),1301-05.

22. Graham NO. (1995) *Quality in health care: theory, application, and evolution*. Maryland: Aspen Publishers.

23. Group, W. (1994) “Development of the WHOQOL: Rationale and current status” *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

24. Hart, R.J. (2016) “Physiological Aspects of Female Fertility: Role of the Environment, Modern Lifestyle, and Genetics” *Physiological Reviews*. 96(3), 873-909.
25. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística “Censo 2010”<http://censo2010.ibge.gov.br> [15 de junho de 2016]
26. IEES: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar “Saúde Suplementar em Números” http://www.ieess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=14 [30 de maio de 2016].
27. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001) “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”. Washington (DC): National Academies Press (US)
28. Instituto Oncogia. <http://www.oncoguia.org.br/> [05 de junho de 2016].
29. Jornal Página Popular (2013) “Um em cada 10 casais brasileiros apresentam problemas de fertilidade”, disponível em: <http://www.paginapopular.com.br/um-em-cada-10-casais-brasileiros-apresentam-problemas-de-fertilidade/> [20 de Junho de 2016].
30. Kaplan, Abraham (1975) *A Conduta na Pesquisa - Metodologia para as Ciências do Comportamento*. São Paulo: Edusp.
31. Katschnig, H. (2006) “Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice” *World Psychiatry*, 5, 139-145
32. Kotler, Philip (1998) *Administração de Marketing – Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. São Paulo: Atlas - Grupo Gen.
33. Kotler, Philip (2005) *O Marketing sem Segredos*. Porto Alegre: Bookman.
34. Kotler, Philip; Keller; Kevin Lane (2006) *Administração de Marketing*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
35. Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Goossens V; European IVF-Monitoring Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology(2014) “Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE” *Human Reproduction*, 29(10):2099-11.
36. Mainz, J. (2003) “Defining and classifying clinical indicators for quality improvement” *International Society for Quality in Health Care*, 15(6).
37. Martins, Gilberto A. (2006) “Sobre a confiabilidade e a validade” *Revista Brasileira de Gestão de Negócios* 8(20), 1 – 12.
38. Mendes, Silveraldo (2013), “Quality Management Systems” in Bento, Fabiola;

Esteves, Sandro; Agarwal, Ashok (eds.) *Quality Management in ART Clinics*. New York: Springer Science+Business Media, 7-21.

39. Mengarda, C. V., Passos, E. P., Picon, P., Costa, A. F., Picon, P. D. (2008) “Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose” *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 30(8).

40. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”. Distrito Federal, 10 de outubro de 1996. <https://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc> [6 de junho de 2016].

41. Monteleone, P. (2015) “O que o gestor do serviço de reprodução humana deve ter em mente? ” *Saúde Business*. Página consultada em 12 de Junho de 2016, disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/o-que-o-gestor-do-servico-de-reproducao-humana-deve-ter-em-mente/>

42. Neto, C.R., Terra, C., Klajner, S., Lottenberg, C.L. (2016) Abordagem Sistêmica para criar valor ao paciente” *Harvard BusinessReview Brasil*. Página consultada em 15 de Agosto de 2016, disponível em: <http://hbrbr.com.br/abordagem-sistemica-para-criar-valor-ao-paciente/>

43. Nunes, Paulo (2015). “Conceito de Concorrência Perfeita” *Know Enciclopédia Temática*, <http://www.knoow.net/cienceconempr/economia/concorrenciaperfeita.htm> [05 de julho de 2016]

44. Olsen, L.; Aisner, D.; McGinnis, J.M. (2007) *The Learning Healthcare System: Workshop Summary*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press.

45. Pasquali, Luiz (2009) “Psicometria” *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43.

46. Pasqualotti, A. *A Ética na Pesquisa: um Procedimento Metodológico Indispensável*. Universidade de Passo Fundo, <http://usuarios.upf.br/~pasqualotti/etica.htm> [20 de julho de 2016].

47. Pedro, Juliana (2012) *Cuidados Centrados no Paciente e adesão aos tratamentos de fertilidade: resultados da validação da versão portuguesa do PCQ-Infertilidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra. <https://estudo.geral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21778/1/TESE%20Juliana%20Pedro%202012.pdf> [01 de dezembro de 2015]

48. Pilati, R.; Porto, J.B. *Apostila para Tratamento de Dados via SPSS*. Rede Social e Acadêmica da Universidade de São Paulo, https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4637/apostila_SPSS_Porto_.pdf [20 de julho de 2016]
49. Portal Brasil (2011) “Planejamento Familiar” <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar> [15 de junho de 2016].
50. Porter, M.E. (2008) *On Competition, Updated and Extended Edition*. EUA: Harvard Business Press Books.
51. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2014) “Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida”
52. Rickert, James (2012) *Patient-Centered Care: What it Means and how to get There*. Health Affairs Blog, <http://healthaffairs.org/blog/2012/01/24/patient-centered-care-what-it-means-and-how-to-get-there/> [01 de agosto de 2016]
53. Sociedade Americana de Reprodução Humana Assistida “American Society for Reproductive Medicine”, <https://www.asrm.org/splash/splash.aspx> [12 de junho de 2016]
54. Sperber, Ami D. (2004) “Translation and validation of study instruments for cross-cultural research” *Official Journal of the AGA Institute*, 126(1):S124-S128.
55. vanEmpel, I.W.; Aarts, J.W.; Cohlen, B.J.; Huppelschoten, D.A.; Laven, J.S.; Nelen, W.L.; Kremer, J.A. (2010) “Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study” *Human Reproduction*, 25(10):2516-26.
56. Verhaak, C.M.; Smeenk, J.M.; Evers, A.W.; Kremer, J.A.; Kraaimaat, F.W.; Braat D.D. (2007) “Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research”. *Human Reproduction*, 13(1), 27-36.
57. Vida Fertil “Tratamentos” <http://www.vidafertil.com.br/> [10 de Junho de 2016]
58. WHO - World Health Organization (1995) “The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOWOL): position paper from the World Health Organization” *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-9.
59. WHO - World Health Organization (2008). “Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach” Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe

60. WHOQOL Group (1994) "Development of the WHOQOL: Rationale and current status" *International Journal of Mental Health*, 23:24-56

Anexo

1. Questionário PCQ – Infertilidade: Versão português do Brasil;
2. Questionário Fertiqol: Versão português do Brasil.

1. Questionário PCQ – Infertilidade: Versão português do Brasil

Questionário de Centralidade nos Pacientes - Infertilidade
PCQ - Infertilidade

**Questionário sobre as Experiências de casais com
Cuidados de Fertilidade**



Este questionário é destinado a pacientes que estejam recebendo tratamento para problemas de fertilidade.

Este questionário foi desenvolvido pela equipe de pesquisa de Medicina Reprodutiva do Centro Médico Nijmegen da Universidade Radboud em cooperação com o Centro Médico Erasmus, em Roterdã e as Clínicas Isala em Zwolle.

INFORMAÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO

Este questionário de 51 itens, inclui 4 perguntas a respeito de antecedentes e 47 perguntas sobre 'experiência'. Estas perguntas dizem respeito à maneira como você e seu(sua) parceiro(a) vivenciaram os cuidados de fertilidade no seu hospital durante os últimos 12 meses.

Não há uma resposta certa ou errada. Os seus pontos de vista e experiências são o que importa. Por favor, não pense muito antes de responder cada pergunta. Sua primeira resposta normalmente é a melhor resposta.

Explicação das diferenças de terminologia

"O médico" inclui apenas ginecologistas e/ou médicos especialistas em fertilidade que estão cuidando ou cuidaram de você.

"Cuidadores" inclui médicos, assim como enfermeiros(as).

"Equipe" inclui todos os membros da equipe que você viu na instituição, desde médicos(as) e enfermeiros(as) até trabalhadores do laboratório e funcionários da recepção.

"O período de tratamento" indica o período inteiro de tratamento, incluindo as fases de diagnóstico e tratamento.

Explicação de possíveis respostas

Se a questão puder ser respondida como indicado abaixo, a resposta tem o seguinte significado:

"nunca" = a situação em causa nunca ocorreu ou não ocorreu em 9 de 10 casos

"às vezes" = a situação em causa ocorreu em cerca de 1 em cada 3 casos

"normalmente" = a situação em causa ocorreu em cerca de 3 de cada 4 casos

"sempre" = a situação em causa ocorre sempre ou em 9 de cada 10 casos.

Certas perguntas podem não se aplicar, ou você pode não ter passado por certos aspectos do tratamento. Neste caso, por favor, responda à pergunta com "não se aplica".

Se possível, por favor, responda as questões com seu(sua) parceiro(a).

Apesar de que algumas questões possam parecer parecidas entre si, é importante para a melhoria do tratamento de fertilidade que você preencha o questionário completo e que você não pule nenhuma questão.

Por favor, responda as questões marcando com um X no pequeno quadrado que está impresso ao lado da sua resposta.

Você levará de 10 a 15 minutos para completar o questionário.

1. À respeito de qual hospital você está preenchendo este questionário?
.....

2. Qual é o nível mais alto de educação que você concluiu?

- Nenhum
- Ensino primário
- Ensino médio ou técnico
- Superior ou Diploma Universitário
- Outros

3. Qual tratamento você está recebendo ou recebeu recentemente?

Apenas uma resposta possível

- Nenhum tratamento foi iniciado ainda
- Indução ovulatória (estimulação da ovulação com hormônios)
- Inseminação intrauterina (com ou sem qualquer estímulo hormonal)
- FIV ou ICSI (fertilização em laboratório)
- Outros

4. Você está grávida neste momento?

- Não
- Sim

Acessibilidade

As perguntas abaixo são sobre a alcançabilidade de sua equipe de tratamento (por telefone).

1. Com que frequência você consegue falar com alguém imediatamente quando você liga para a clínica de Fertilidade?

- Nunca
- Às vezes
- Normalmente
- Sempre

2. Foi um problema para você entrar em contato com a equipe (por telefone ou e-mail) no caso de alguma dúvida?

- Um grande problema
- Um pequeno problema
- Nenhum problema
- Não se aplica; Eu nunca tentei entrar em contato com ninguém da equipe

Informações e explicações

As questões abaixo são sobre as informações e explicações que você recebeu durante o seu tratamento.

3. Você recebeu números de contato para perguntas urgentes ou problemas durante as noites ou finais de semana?

- Não
- Sim

4. Você também recebeu informações por escrito além de informações verbais?

- Não
- Sim, mas não informações suficientes
- Sim, absolutamente

5. As informações sobre as investigações que você seria submetido foram compreensíveis?

- Não, nem um pouco
- Um pouco
- A maior parte
- Sim, absolutamente

6. Diferentes opções de tratamento foram discutidas com você?

- Não
- Sim, mas não o suficiente
- Sim, absolutamente

7. As informações sobre o tratamento que você recebeu foram compreensíveis?

- Não, nem um pouco
- Um pouco
- A maior parte
- Sim, absolutamente

8. Você recebeu um resumo do seu plano de tratamento com um cronograma?
- Não
 - Sim
9. Você foi informado de quaisquer possíveis efeitos colaterais da medicação prescrita para você?
- Não
 - Sim, mas não o suficiente
 - Sim, absolutamente
 - Não se aplica; nenhuma medicação foi prescrita para mim
10. As instruções sobre como injetar seus hormônios foram compreensíveis?
- Não, nem um pouco
 - Um pouco
 - Na maior parte das vezes
 - Sim, absolutamente
 - Não se aplica
11. A equipe o informou sobre como obter o apoio de um assistente social ou um psicólogo?
- Não
 - Sim, mas não o suficiente
 - Sim, absolutamente
12. Você sentiu falta de alguma instrução de um(a) enfermeiro(a)? Se sim, quando?
Mais de uma resposta possível
- Durante a primeira consulta (admissão)
 - Com a nova medicação
 - Depois de ter recebido um plano de tratamento
 - Antes ou depois de uma punção
 - Antes ou depois de uma transferência de embriões
 - Antes ou depois de um teste de gravidez
 - Eu não senti falta de nenhuma instrução
13. Houve alguma avaliação periódica para analisar o seu tratamento até aquele momento?
- Não
 - Sim, porém conversas insuficientes
 - Sim, absolutamente
 - Acabei de começar o tratamento ou ainda nem comecei

Capacidade de comunicação da equipe

As perguntas abaixo são sobre como a equipe se comunicava com você.

14. A equipe foi honesta e clara a respeito do que esperar do serviço de tratamento de fertilidade?
por exemplo, sobre as suas taxas de sucesso e possibilidades
- Não, nem um pouco
 - Um pouco
 - Na maior parte das vezes
 - Sim, absolutamente
15. Os resultados das investigações foram discutidos com você?
- Não
 - Sim, mas não o suficiente
 - Sim, absolutamente
16. Com que frequência o médico ouviu você com atenção?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre
17. Quantas vezes o médico levou você a sério?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre
18. Quantas vezes o médico reservou um tempo para você?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre
19. Quantas vezes você teve a impressão de que a equipe estava falando "sobre" você ao invés de falar com você?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre

20. A equipe estava disposta a conversar com você sobre erros ou incidentes?
- Não
 - Sim
 - Não se aplica; nada deu errado

Envolvimento no seu tratamento

As questões abaixo dizem respeito à dimensão do seu envolvimento no tratamento.

21. Com que frequência o(a) seu(sua) médico(a) esteve aberto à sua opinião e idéias sobre o tratamento?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre
22. Com que frequência foi dada a você a oportunidade de fazer perguntas ao médico?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre
23. A tomada de decisão foi compartilhada com você, se você assim preferisse?
- Não, nem um pouco
 - Um pouco
 - Na maior parte do tempo
 - Sim, absolutamente

Respeito pelos seus valores e necessidades

As perguntas abaixo são a respeito de como você foi tratado durante o seu tratamento e se a equipe demonstrou interesse em você.

24. Você teve acesso ao seu próprio prontuário médico durante o período de tratamento?
- Não, nenhum
 - Sim, porém acesso insuficiente
 - Sim, absolutamente
 - Eu não sei

25. Com que frequência o seu médico demonstra interesse em sua situação pessoal?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre

26. Com que frequência o seu médico tem empatia por suas emoções e sua situação atual?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre

27. Os(as) enfermeiros(as) demonstraram compreensão para com a sua situação?
- Não, nenhum deles
 - Um pouco
 - Muito
 - Sim, absolutamente

28. A equipe também envolveu o(a) seu(sua) parceiro(a)?
- Não, nenhum deles
 - Um pouco
 - Muito
 - Sim, absolutamente
 - Não, meu(minha) parceiro(a) nunca me acompanhou

29. Com que frequência você recebe qualquer tipo de atenção pessoal e apoio de enfermeiros durante o tratamento?
- Nunca
 - Às vezes
 - Normalmente
 - Sempre

30. A equipe presta atenção a qualquer possível impacto emocional de problemas de fertilidade?
- Não, nenhum deles
 - Um pouco
 - Muito
 - Sim, absolutamente
 - Não se aplica / Eu não sei

Continuidade e transição durante o seu tratamento

As perguntas abaixo são sobre a uniformidade dentro do seu tratamento e cooperação entre os cuidadores.

31. Um membro da equipe foi designado para que você entrasse em contato a qualquer momento que você tivesse quaisquer dúvidas ou problemas (por exemplo, um enfermeiro)?
- Não
 Sim
32. Quantos médicos diferentes estão ou foram envolvidos em seu tratamento no seu hospital atual?
- 1 ou 2
 3 ou 4
 5 ou mais
33. Você tem um médico principal (um médico para momentos de avaliação e tomadas de decisão)?
- Nenhum médico principal foi atribuído a mim
 Sim, mas eu o(a) vi muito pouco
 Sim, absolutamente
34. Com que frequência você tem uma consulta com o mesmo médico?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre
35. Com que frequência você tem que repetir a mesma história a diferentes médicos?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre
36. Com que frequência você obtém informações ou conselhos contraditórios?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre

37. Os cuidadores se contradizem no processo (um diz uma coisa, outro diz outra coisa)?

Não, nem um pouco
 Às vezes
 Na maior parte das vezes
 Sim, absolutamente

Competência da Equipe

As perguntas abaixo são sobre o quão hábil e competente a equipe aparentou ser para você.

38. Com que frequência a equipe usa palavras difíceis sem explicá-las para você?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre
39. Com que frequência seu médico está bem preparado para a consulta?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre
40. O(s) médico(s) pareceu(ram) competente(s) para você?
- Não, nem um pouco
 Um pouco
 Na maior parte das vezes
 Sim, absolutamente
41. Com que frequência a equipe trabalhou de forma desordenada?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre
42. Quantas vezes a logística ocorreu sem problemas na clínica de Fertilidade?
- Nunca
 Às vezes
 Normalmente
 Sempre

43. Quanto tempo você normalmente tem que esperar na sala de espera?

- Mais de 1 hora
- 30 a 60 minutos
- 15 a 30 minutos
- Menos de 15 minutos

Organização do Tratamento

As perguntas abaixo são sobre quanto tempo você levou para terminar o seu tratamento.

44. Com que frequência você teve de esperar mais do que 3 semanas para marcar uma consulta com o médico?

- Nunca
- Às vezes
- Normalmente
- Sempre

45. Quanto tempo se passou entre sua primeira visita ao hospital e o momento em que recebeu o seu plano de tratamento?

- Mais de 6 meses
- 4 a 6 meses
- 2 a 4 meses
- Menos de 2 meses

46. Quanto tempo, em média, você teve de esperar "desnecessariamente" antes de poder começar um tratamento seguinte?

- Por exemplo, devido a uma lista de espera ou às férias de verão.*
- Mais de 2 meses
 - 2 meses
 - 1 mês
 - Eu sempre consegui iniciar diretamente o tratamento seguinte
 - Não se aplica

Em conclusão

47. Que pontuação você dá ao tratamento de fertilidade total no seu hospital?

0 significa extremamente ruim. 10 significa excelente.

- 0 Tratamento extremamente ruim
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Tratamento excelente

ESPAÇO PARA NOTAS COMPLEMENTARES

Você chegou ao final do questionário.

Se você tiver quaisquer observações ou comentários a fazer sobre o tratamento que você recebeu ou sobre este questionário, por favor, escreva-os abaixo. Estes dados serão processados de forma anônima.

FIM DESTE QUESTIONÁRIO

MUITO OBRIGADO POR COMPLETAR O QUESTIONÁRIO

MANUAL Questionário de Centralidade nos Pacientes - Infertilidade

Esta seção fornece informações sobre algumas questões práticas na aplicação do PCQ para medir o nível de centralização no paciente de sua clínica.

Como converter itens de respostas para fins de pontuação:

4 categorias de resposta:

- Nunca = 0; Às vezes = 1; Normalmente = 2; Sempre = 3
- Não, nem um pouco = 0; Um pouco = 1; Na maior parte do tempo = 2; Sim, absolutamente = 3
- Não, nem um = 0; Pouco = 1; Muito = 2; Sim, absolutamente = 3
- Mais de 1 hora = 0; 30 a 60 minutos = 1; 15 a 30 minutos = 2; menos de 15 minutos, 3 =
- Mais de 6 meses = 0; 4 a 6 meses = 1; 2 a 4 meses = 2; Menos de 2 meses = 3
- Mais do que 2 meses = 0; 2 meses = 1; 1 mês = 2; Inidou diretamente = 3

3 categorias de resposta:

- Um grande problema = 0; Um pequeno problema = 1; Nenhum problema = 3
- Não = 0; Sim, mas insuficientemente = 1; Sim, absolutamente = 3
- 1 ou 2 = 3; 3 ou 4 = 1 ½; 5 ou mais = 0
- Não = 0; Sim, mas eu o vi muito pouco = 1; Sim, absolutamente = 3

2 categorias de resposta:

- Não = 0; Sim = 3

Atenção especial para:

- Item 7: instruções estão faltando para pelo menos 1 categoria de resposta = 0. Nenhuma instrução faltando = 3
- Itens 6, 7, 32, 47, 48, 49 e 52 precisam ser espelhados antes de pontuar a pergunta

AS 7 dimensões do PCQ - Infertilidade com itens acompanhantes

Acessibilidade: 1 e 2 Comunicação: 14 a 20 Respeito pelos valores do paciente: 24 a 30 anos Competência: 38 a 43	Informações: 3 a 13 Envolvimento do paciente: 21 a 23 Continuidade e transição: 31 a 37
--	---

A categoria de resposta "não é aplicável" não pode ser usada ao calcular médias

Calculando 'pontuação média' da centralidade no paciente

Para calcular uma pontuação média da dimensão, as respostas de um participante para os itens individuais dentro de uma dimensão precisam ser somadas e divididas pelo o número de itens preenchidos. Para calcular uma pontuação confiável, mais da metade dos itens dentro de uma dimensão precisam ser preenchidos.

Pontuações de Melhoria da Qualidade (pontuações de MQ)

Para calcular as pontuações MQ você pode adicionar por item de experiência uma pergunta extra para revelar a importância para paciente relativa a esse aspecto de tratamento específico.

Por exemplo:

Item de experiência: Com que frequência o médico levou você a sério?

Item de importância: O quão importante que você achou o médico ter levado você a sério?

Categorias de resposta: Extremamente importantes = 3; importante = 2; razoavelmente importante = 1; não importante = 0

Para computar uma pontuação de melhoria por item, a seguinte fórmula pode ser usada: $MQ = I \times (3 - E)$

I = importância média pontuada por seus pacientes neste item

E = experiência média pontuada por seus pacientes neste item

MANUAL, Continuação

Fatores de mix de casos

Quando o PCQ - Infertilidade for usado para referenciar clínicas sobre a centralidade no paciente, ajuste (por exemplo, utilizando GLM em SPSS) ou estratificação em 3 características de antecedentes são recomendados: (1) nível de educação das mulheres, (2) tratamento atual, e (3) gravidez real. Estas características aparentaram ser significativamente associadas com uma ou mais subescalas de centralidade no paciente.

No entanto, quando mais informações sócio demográficas forem necessárias, os usuários são livres para adicionar mais perguntas sobre antecedentes ao questionário.

2. FertiQol

FertiQol International

Questionário sobre Fertilidade e Qualidade de Vida (2008)

Para cada pergunta, assinale o quadrado para a resposta que melhor reflete a maneira como você pensa e se sente. Relacione suas respostas aos seus pensamentos e sentimentos atuais. Algumas perguntas podem se relacionar à sua vida particular, mas elas são necessárias para medir corretamente todos os aspectos da sua vida.

Somente responda aos itens marcados com um asterisco (*) se você tem uma(um) companheira(o).

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
A	Como você avalia a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
B	Você está satisfeito(a) com a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Totalmente	Bastante	Moderadamente	Não muito	De jeito nenhum
P1	A sua atenção e concentração estão prejudicadas por causa de pensamentos sobre a fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Você acha que não pode seguir com outros planos e objetivos de vida por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Você se sente esgotado(a) ou cansado(a) por causa dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Você se sente capaz de lidar com seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito (a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)
P5	Você está satisfeito(a) com o apoio que recebe de amigos com relação aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P6	Você está satisfeito(a) com o seu relacionamento sexual apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Sempre	Com muita frequência	Com frequência	Raramente	Nunca
P7	Seus problemas de fertilidade causam-lhe sentimentos de inveja e ressentimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Você sente luto e/ou sentimentos de perda por não poder ter um filho (ou mais filhos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9	Você oscila entre a esperança e a desesperança devido aos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10	Você está isolado(a) socialmente devido aos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P11	Você e sua(seu) companheira(o) são amorosos um com o outro apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12	Seus problemas de fertilidade interferem no seu trabalho ou obrigações diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Você se sente desconfortável em situações sociais como férias e comemorações devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P14	Você sente que a sua família entende o que você está passando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
*P15	Seus problemas de fertilidade fortaleceram seu compromisso com sua(seu) companheira(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P16	Você se sente triste e deprimido(a) devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17	Seus problemas de fertilidade fazem com que você se sinta inferior a pessoas que têm filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P18	Você sente cansaço devido aos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P19	Os problemas de fertilidade tiveram um impacto negativo no seu relacionamento com sua(seu) companheira(o)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*P20	Você acha difícil conversar com sua(seu) companheira(o) sobre seus sentimentos relacionados à infertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
P21	Você está satisfeito(a) com o seu relacionamento apesar dos problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>				
P22	Você sente pressão social para ter (ou ter mais) filhos?	<input type="checkbox"/>				
P23	Seus problemas de fertilidade deixam você com raiva?	<input type="checkbox"/>				
P24	Você sente dor e desconforto físico por causa dos seus problemas de fertilidade?	<input type="checkbox"/>				

FertiQoI International

Módulo de Tratamento Opcional

Você já começou o tratamento para a fertilidade (isso inclui consultas ou intervenções médicas)? Caso Sim, responda às seguintes perguntas. Para cada pergunta, assinale o quadrado para a resposta que mais refletir a maneira como você pensa e se sente. Relacione suas respostas aos seus pensamentos e sentimentos atuais. Algumas perguntas podem se relacionar à sua vida particular, mas elas são necessárias para medir corretamente todos os aspectos da sua vida.

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Sempre	Com muita frequência	Com frequência	Raramente	Nunca
T1	O tratamento para a fertilidade afeta negativamente o seu humor?	<input type="checkbox"/>				
T2	Você dispõe dos serviços médicos de fertilidade que gostaria?	<input type="checkbox"/>				

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Bastante	Muito	Moderadamente	Um pouco	De jeito nenhum
T3	Até que ponto é complicado lidar com os procedimentos e/ou a administração de medicamento para o(s) seu(s) tratamento(s) de infertilidade?	<input type="checkbox"/>				
T4	Você se sente incomodado(a) com o efeito do tratamento nas suas atividades do dia-a-dia ou no seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
T5	Você sente que a equipe de fertilidade entende o que você está passando?	<input type="checkbox"/>				
T6	Você se sente incomodado(a) com os efeitos colaterais físicos dos medicamentos e tratamento que recebeu para a infertilidade?	<input type="checkbox"/>				

Para cada pergunta, assinale a resposta que for a mais próxima de seus pensamentos e sentimentos atuais		Muito insatisfeito	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
T7	Você está satisfeito(a) com a qualidade de serviços disponíveis para tratar de suas necessidades emocionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Como você avalia a cirurgia e/ou o(s) tratamento(s) que você recebeu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Como você avalia a qualidade de informações que você recebeu sobre o medicamento, a cirurgia e/ou o tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Você está satisfeito(a) com suas interações com a equipe médica de fertilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>