



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

INÊS MARQUES SANTOS PINTALHÃO

***VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO
PATIENT ENABLEMENT INSTRUMENT E SUA
APLICAÇÃO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
PROFESSOR DOUTOR CARLOS BRAZ SARAIVA**

SETEMBRO 2013

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE
NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO
***PATIENT ENABLEMENT INSTRUMENT* E SUA APLICAÇÃO EM**
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Investigadores:

Inês Marques Santos Pintalhão

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

E-mail: ines.pintalhao@gmail.com

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	7
Introdução	9
Metodologia	11
1. Adaptação e tradução do questionário PEI para língua portuguesa e sua validação ...	11
2. Aplicação do questionário numa USF em Coimbra (USF Topázio) – Tipo de estudos e participantes	12
3. Análise estatística	13
Resultados	14
1. Adaptação e tradução do questionário PEI para língua portuguesa e sua validação ...	14
2. Aplicação do questionário numa USF em Coimbra (USF Topázio)	17
Discussão	22
Conclusão	28
Agradecimentos	29
Referências Bibliográficas	30
Anexos	33
Anexo 1 – <i>Patient Enablement Instrument</i> (versão original)	33
Anexo 2 – Instrumento de Capacitação do Consultante (ICC)	34
Anexo 3 – Aprovação do questionário pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional do Centro	35
Anexo 4 – Autorização para realização do estudo na USF Topázio	36

Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DMU – Daily medication use

ICC – Instrumento de Capacitação do Consulente

MGF – Medicina Geral e Familiar

PEI – *Patient Enablement Instrument*

PHC – *Primary Healthcare Centre*

TDM – Toma diária de medicamentos

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A capacitação (*enablement*) traduz-se no ganho que o doente adquire numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença. O *Patient Enablement Instrument* (PEI) é um questionário que permite analisar e medir o resultado de uma consulta pela capacitação do consulente. Em Portugal, os dados acerca deste conceito são escassos.

Objetivos: Desenvolver uma tradução portuguesa do PEI e proceder à sua validação e aplicação em doentes portugueses, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Coimbra.

Métodos: Foi efetuada uma tradução do questionário PEI para português, designada por Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC). O ICC foi aplicado a 55 consulentes num teste piloto, para validação linguística. Seguidamente, realizou-se um estudo transversal analítico, em que o questionário foi aplicado pela investigadora a doentes que saíam da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) da USF Topázio. Foram também obtidas informações relativas à idade, género, toma diária de medicamentos (TDM), grau de instrução e formação académica. As respostas do questionário foram estratificadas de acordo as variáveis supracitadas.

Resultados: A tradução do questionário mostrou conformidade linguística e semântica com o instrumento original. O questionário foi posteriormente aplicado a uma amostra de 200 doentes dos 18 aos 92 anos (média 57 anos), dos quais 55,5% eram mulheres. Nas 5 perguntas do questionário, as opções intermédias de resposta (“melhor” e “mais”) foram as mais selecionadas. Os homens ($\text{♂}29,2\%$ vs $\text{♀}15,3\%$, $p=0,017$) e os doentes menos instruídos (31,8% grau baixo vs 27,8% médio vs 8,6% alto, $p=0,001$) sentiam-se mais frequentemente “igual ou pior” capazes de compreender a sua doença. Os doentes com TDM sentiam-se também significativamente “igual ou pior” capazes de se manterem saudáveis (38,8%TDM vs 18,8% não-TDM, $p=0,015$). Os consulentes mais velhos (32,1% \geq 65anos vs

19,7% < 65 anos, $p=0,046$) e menos instruídos (27,3% grau baixo vs 25,9% médio vs 21,4% alto, $p=0,046$) sentiam-se mais frequentemente “igual ou menos” confiantes em relação à sua saúde.

Discussão e Conclusão: Foi possível desenvolver uma tradução portuguesa do PEI e aplicá-la numa USF. Realça-se a necessidade do médico ter especial cuidado na transmissão da informação aos doentes mais idosos, do sexo masculino, com TDM e com menor grau de instrução, para que estes doentes compreendam a sua doença, se sintam capazes de se manter saudáveis e confiantes em relação à sua saúde. Mais estudos devem ser realizados para se perceber a importância deste tipo de intervenções na forma de atuação dos médicos com vista a melhorar a capacitação dos doentes na consulta de MGF.

Palavras-Chave: Medicina Geral e Familiar, Cuidados de Saúde Primários, capacitação, *Patient Enablement Instrument*, Instrumento de Capacitação do Consulente, consulta.

Abstract

Background: The patient enablement describes a consultation outcome that reflects the extent to which patients understand their health problems and feel able to cope with them as a result of the consultation. The Patient Enablement Instrument (PEI) was developed to assess patients' enablement after a consultation with their primary care clinician. Data regarding this concept in the Portugal are still scarce.

Objectives: To develop a Portuguese translation of the PEI and test its validity and applicability in portuguese patients, in a Primary Healthcare Centre (PHC) in Coimbra.

Methods: A portuguese translation of the PEI was developed and was applied to 55 patients, in a pilot test, for linguistic validation. Then we performed a cross-sectional analytical study, in which the PEI was administered by the researcher to patients after their primary care consultation in PHC Topázio. We also obtained information about patients age, gender, daily medication use (DMU), instruction level and occupation. The responses were stratified by the abovementioned variables.

Results: The portuguese translation was linguistically and semantically equivalent to the original PEI. The questionnaire was then applied to a sample of 200 patients aged between 18 and 92 years (mean 57 years), of whom 55,5% were female. In the 5 questions of PEI, the intermediate response options ("better" and "more") were the most selected. Men (♂29.2% vs ♀15.3 %,p=0.017) and the less instructed patients (31.8% low level vs 27.8% medium vs 8.6% high,p=0.001) were significantly "same or less" able to understand their illness. Patients that consume daily medication were more frequently "same or less" able to keep themselves healthy (38,8%DMU vs 18,8% non-DMU,p=0,015). Older patients (32,1%≥65years vs 19,7%<65years,p=0,046) and less instructed patients (27,3% low level vs 25,9% medium vs 21,4% high,p=0,046) were significantly "same or less" confident about their health.

Discussion and Conclusion: It was possible to develop a portuguese translation of the PEI equivalent to the original and apply it to portuguese patients' in a PHC. This study highlighted the need for a special care in the transmission of the information to older patients, males, patients with DMU and less instructed patients, so that these patients can understand their illness, keep themselves healthy and keep confident about their health. Further studies should be done to understand how this type of interventions can change doctors' attitude, in order to improve patients enablement in General Practice consultations.

Key-Words: General Practice, Primary Health Care, enablement, Patient Enablement Instrument, consultation.

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a principal estrutura de um sistema de saúde [1], quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem, quer pela diversidade de problemas que abrangem. Na área de Medicina Geral e Familiar (MGF) o médico recebe diariamente um número significativo de doentes aos quais, através de um complexo sistema de percepções, correlações e interpretações, procede a uma avaliação cuidadosa do quadro e a medidas de intervenção [2]. Desta forma, uma consulta consiste não só na tomada de decisões partilhadas entre o médico e o doente em relação ao seu problema [3], mas também num espaço em que o doente expõe as suas preocupações, esperando do médico compreensão e apoio, face às suas expectativas.

Assim, sendo atualmente os cuidados de saúde com maior procura e utilização por parte da população, torna-se fulcral avaliar a opinião dos utilizadores destes recursos [1], em virtude de desenvolver estratégias que contribuam para melhorar os CSP. No entanto, avaliar a qualidade dos cuidados de saúde torna-se particularmente difícil [4] dado que os métodos de avaliação tradicionais de qualidade não se têm mostrado sensíveis o suficiente face à complexidade do processo de uma consulta [5].

Apesar de tudo, têm vindo a ser realizados diversos estudos com o objetivo de avaliar a qualidade de uma consulta, focando-se sobretudo na relação médico-doente [6-8] e na satisfação do doente [9]. O estudo da satisfação incide sobretudo nas expectativas do doente acerca da consulta, na forma como este se sente e na empatia criada com o médico, e não tanto no ganho que adquire com a consulta para a sua vida prática e o controlo da sua doença [4]. Deste modo, *Howie et al* introduziram pela primeira vez o termo “capacitação” (*enablement*), que se refere ao ganho que efetivamente o doente adquire numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença o melhor possível [10, 11]. Neste âmbito,

também pelos mesmos autores, surgiu então um instrumento que permite analisar e medir o resultado de uma consulta em função da capacitação do consulente - *Patient Enablement Instrument* (PEI) [12]. Este questionário foi já validado e aplicado em diversos países, como a Inglaterra [11], Croácia [13], Holanda [14], Polónia [15] e China [9], que demonstraram que um aumento da capacitação se pode traduzir numa maior adesão à terapêutica e melhoria de resultados a longo prazo [9].

Em Portugal, os dados acerca deste conceito são escassos, e do instrumento PEI ainda não se conhecem publicações. Assim, o primeiro objetivo fundamental deste estudo consiste em desenvolver uma tradução portuguesa equivalente do PEI, passando a designar-se por Instrumento de Capacitação do Consulente (ICC), e proceder à sua validação. Na medida em que as prioridades dos doentes, ao longo de uma consulta, são influenciadas por um conjunto variado de fatores [16] interessa estudar a sensibilidade das nossas conclusões para as variáveis idade, género, toma diária de medicamentos (TDM), grau de instrução e grupo de atividade profissional. Após a validação do questionário, o segundo objetivo deste trabalho consiste em aplicar o ICC a doentes portugueses, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Coimbra (USF Topázio, Eiras). Com este estudo, espera-se a possibilidade de utilização em Portugal, a nível dos CSP, de um instrumento que permite medir o resultado de uma consulta e analisar a vantagem do conhecimento que advém da sua aplicação, com vista a melhorar a capacitação do doente no final do contacto com o seu Médico de Família.

Metodologia

1. Adaptação e tradução do questionário PEI para língua portuguesa e sua validação

A tradução do questionário para língua portuguesa, que envolveu um vasto painel de colaboradores, foi efetuada segundo um método internacional habitualmente recomendado [17]. A tradução da versão original inglesa (anexo 1) para língua portuguesa foi realizada por dois tradutores profissionais de língua nativa portuguesa com habilitações na área da saúde, independentemente um do outro. Uma equipa constituída por uma socióloga, uma doutoranda em Comunicação e Saúde, um médico e uma assistente social efetuou a revisão da tradução, criando assim a primeira versão do ICC, e adaptando a melhor tradução portuguesa para o espírito do questionário em inglês. O passo seguinte consistiu na tradução desta mesma versão novamente para língua inglesa, realizada por um tradutor profissional de língua nativa inglesa, para verificação de conformidade linguística e semântica do traduzido com o instrumento original. Procedeu-se ainda a uma avaliação da tradução portuguesa por uma perita em linguística, de modo a corrigir inequivocamente o fraseado português.

A versão final do instrumento (anexo 2) foi submetida e posteriormente aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (anexo 3), possibilitando a aplicação e utilização do ICC para o estudo em curso. O questionário englobou também o preenchimento de campos relativos à idade, género, toma diária de medicamentos, grau de instrução e grupo de atividade profissional. Foi pedida autorização para realização do estudo à equipa coordenadora da USF Topázio (anexo 4).

O ICC é constituído por 6 perguntas, nas quais é inquirido ao doente, após a consulta com o seu médico, os seguintes tópicos: “capacidade de lidar com a vida”, “capacidade de compreender a sua doença”, “capacidade de lidar com a sua doença”, “capacidade de se

manter saudável”, “confiança em relação à sua saúde” e “capacidade de se ajudar a si próprio”. As respostas variam entre “muito melhor”, “melhor” ou “igual ou pior” para as quatro primeiras afirmações, e entre “muito mais”, “mais” ou “igual ou menos”, para as duas últimas, respetivamente.

A validação do ICC consistiu na aplicação do questionário, num pré-teste, a 55 consulentes da USF Topázio. O questionário foi preenchido pelos próprios entrevistados à saída da consulta, durante o mês de Abril de 2013, para verificar dificuldades de interpretação ou de linguagem portuguesa, bem como para registar o tempo de preenchimento. Nenhum dos inquiridos na validação foi incluído na fase de campo. Realizou-se um estudo analítico descritivo e não foi realizado o teste re-teste dado que este questionário estava já validado noutros contextos linguísticos [9].

2. Aplicação do questionário numa USF em Coimbra (USF Topázio) – Tipo de estudo e participantes

Após a validação para língua portuguesa do instrumento PEI, foi realizado um estudo descritivo, observacional e analítico numa amostra de tamanho calculado para representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 6%, a população atendida na USF Topázio numa semana de trabalho, que corresponde a um universo esperado de 625 consultas semanais. Nestas condições, seria necessário um tamanho amostral de 189 pessoas. Foi selecionada uma amostra de 200 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que se deslocaram à USF Topázio durante o mês de Julho de 2013. O ICC foi aplicado a pacientes que saíam da consulta de MGF, pela investigadora com treino na tarefa e devidamente identificada, após pedido de resposta com consentimento informado. O questionário era anónimo e as respostas preenchidas pela investigadora.

Foram definidos:

- Grupos etários: ≥ 65 anos e < 65 anos;
- Grupos de formação académica: baixo (até ao 9º ano), médio (9º ano) e alto (superior ao 9º ano);
- Grupos de atividade profissional: ativo (para domésticas, trabalho em serviços, trabalho rural, indústria e comércio) e não ativo (para estudantes, reformados e desempregados).

3. Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi realizado com o auxílio do software “SPSS software for Windows – version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL), sendo realizada estatística descritiva e análise inferencial, esta após verificação da normalidade dos dados. Para análise de variáveis nominais foi utilizado o teste χ^2 . Para variáveis numéricas contínuas com distribuição normal foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Quando a distribuição não era normal, foram utilizados os testes não paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Resultados

1. Adaptação e tradução do questionário PEI para língua portuguesa e sua validação

A tradução da primeira versão portuguesa do questionário novamente para a língua original (realizada por um tradutor profissional de língua nativa inglesa) mostrou conformidade linguística e semântica do traduzido com o instrumento original.

A tabela 1 representa a descrição da amostra estudada para validação do questionário.

Variável	n (%)
Grupo Etário	
<65 anos	38 (69,1)
≥65 anos	17 (30,9)
Género	
Homem	17 (30,9)
Mulher	38 (69,1)
Toma Diária de Medicamentos	
Sim	38 (69,1)
Não	17 (30,9)
Grau de Instrução	
Baixo	3 (5,5)
Médio	29 (52,7)
Alto	23 (41,8)
Grupo Atividade Profissional	
Ativo	33 (60,0)
Não Ativo	22 (40,0)

Tabela 1. Caracterização da amostra estudada para validação do questionário.

Estudou-se uma amostra de 55 consulentes, constituída por 17 indivíduos do género masculino (30,9%) e 38 do género feminino (69,1%), com idades compreendidas entre os 21 e os 88 anos (média de 54,29 anos, mediana de 52 e moda de 32). 69,1% dos doentes entrevistados enquadravam-se no grupo etário com idade inferior a 65 anos. No que diz respeito à TDM, 69,1% dos doentes da amostra referia a toma diária de medicação.

Relativamente ao grau de instrução, 5,5% dos indivíduos apresentava grau de escolaridade baixo, 52,7% grau médio e 41,8% grau elevado de escolaridade. Quanto ao grupo de atividade profissional, 60,0% dos indivíduos referiram profissões que se enquadram no grupo profissional ativo.

As respostas dadas pelos entrevistados às afirmações do questionário, em função das variáveis consideradas, estão representadas na tabela 2.

Numa análise inferencial, apenas se verificou haver diferença estatisticamente significativa para a questão “Capaz de se manter saudável”, em que os doentes que referiram TDM se sentiam “igual ou pior”, após a consulta com o médico [18 (85,7%) TDM vs 3 (14,3%) não TDM, $p=0,042$].

A média de tempo de preenchimento do questionário foi de 3 a 5 minutos nos indivíduos de grau de escolaridade médio e alto, e de 5 a 10 minutos nos doentes com grau de escolaridade mais baixo.

As principais dúvidas no preenchimento do questionário consistiram na dificuldade, por parte dos doentes, em perceber que as respostas deveriam ser dadas em função da consulta da qual tinham acabado de sair, e não relativamente às suas preocupações e sentimentos prévios à consulta. A principal crítica apontada ao ICC consistiu no facto de os doentes considerarem as questões genéricas e pouco objetivas, levando-os a ter alguma dificuldade de interpretação. No entanto, este problema não foi impeditivo de preenchimento de resposta pelos doentes.

Afirmação	Grupo Etário		Género		Toma Diária de Medicamentos		Grau de Instrução			Grupo Atividade Profissional		
	<65anos n (%)	≥65anos n (%)	Homem n (%)	Mulher n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Ativo n (%)	Não Ativo n (%)	
Capaz de lidar com a vida												
Muito Melhor	8 (21,1)	2 (11,8)	2 (20,0)	8 (80,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	0	5 (17,2)	5 (21,7)	8 (80,0)	2 (20,0)	
Melhor	21 (55,3)	7 (41,2)	8 (28,6)	20 (71,4)	16 (57,1)	12 (42,9)	1 (33,3)	11 (37,9)	16 (69,6)	17 (60,7)	11 (39,3)	
Igual ou pior	9 (23,7)	8 (47,1)	7 (41,2)	10 (58,8)	15 (88,2)	2 (11,8)	2 (66,7)	13 (44,8)	2 (8,7)	8 (47,1)	9 (52,9)	
Capaz de compreender a sua doença												
Muito Melhor	11 (28,9)	2 (11,8)	5 (35,7)	9 (64,3)	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	5 (17,2)	9 (39,1)	10 (71,4)	4 (28,6)	
Melhor	21 (55,3)	5 (29,4)	8 (30,8)	18 (69,2)	15 (57,7)	11 (42,3)	0 (0,0)	13 (44,8)	13 (56,5)	19 (73,1)	7 (26,9)	
Igual ou pior	7 (18,4)	8 (47,1)	4 (26,7)	11 (73,3)	14 (93,3)	1 (6,7)	3 (100,0)	11 (37,9)	1 (4,3)	4 (26,7)	11 (73,3)	
Capaz de lidar com a sua doença												
Muito Melhor	11 (28,9)	2 (11,8)	3 (23,1)	10 (76,9)	9 (69,2)	4 (30,8)	0	5 (17,2)	8 (34,8)	9 (69,2)	4 (30,8)	
Melhor	22 (57,9)	10 (58,8)	9 (28,1)	23 (71,9)	20 (62,5)	12 (37,5)	2 (66,7)	16 (55,2)	14 (60,9)	20 (62,5)	12 (37,5)	
Igual ou pior	5 (13,2)	5 (29,4)	5 (50,0)	5 (50,0)	9 (90,0)	1 (10,0)	1 (33,3)	8 (27,6)	1 (4,3)	4 (40,0)	6 (60,0)	
Capaz de se manter saudável												
Muito Melhor	10 (26,3)	1 (5,9)	1 (9,1)	10 (90,9)	6 (54,5) ^a	5 (45,5) ^a	0 (0,0)	3 (10,3)	8 (34,8)	10 (90,9)	1 (9,1)	
Melhor	17 (44,7)	6 (35,3)	10 (43,5)	13 (56,5)	14 (60,9) ^a	9 (39,1) ^a	0 (0,0)	13 (44,8)	10 (43,5)	13 (56,5)	10 (43,5)	
Igual ou pior	11 (28,9)	10 (58,8)	6 (28,6)	15 (71,4)	18 (85,7) ^a	3 (14,3) ^a	3 (100,0)	13 (44,8)	5 (21,7)	10 (47,6)	11 (52,4)	
Confiante em relação à sua saúde												
Muito Mais	11 (28,9)	2 (11,8)	3 (23,1)	10 (76,9)	7 (53,8)	6 (46,2)	1 (33,3)	7 (24,1)	5 (21,7)	10 (76,9)	3 (23,1)	
Mais	18 (47,4)	8 (47,1)	10 (38,5)	16 (61,5)	18 (69,2)	8 (30,8)	0	13 (44,8)	13 (56,5)	16 (61,5)	10 (38,5)	
Igual ou menos	9 (23,7)	7 (41,2)	4 (25,0)	12 (75,0)	13 (81,3)	3 (18,8)	2 (66,7)	9 (31,0)	5 (21,7)	7 (43,8)	9 (56,3)	
Capaz de se ajudar a si próprio												
Muito Mais	11 (28,9)	4 (23,5)	3 (20,0)	12 (80,0)	9 (23,7)	6 (35,3)	0 (0,0)	9 (31,0)	6 (21,6)	10 (66,7)	5 (33,3)	
Mais	17 (44,7)	6 (35,3)	8 (34,8)	15 (65,2)	14 (36,8)	9 (52,9)	1 (33,3)	10 (34,5)	12 (52,2)	15 (65,2)	8 (34,8)	
Igual ou menos	10 (26,3)	7 (41,2)	6 (35,3)	11 (64,7)	15 (39,5)	12 (11,8)	3 (100,0)	10 (34,5)	5 (21,7)	8 (47,1)	9 (52,9)	

^a p=0,042

Tabela 2. Respostas dadas pelos 55 entrevistados às afirmações do questionário em função do grupo etário, género, toma diária de medicamentos, grau de instrução e grupo de atividade profissional.

2. Aplicação do questionário numa USF em Coimbra (USF Topázio)

A tabela 3 apresenta a caracterização da amostra total, quanto ao grupo etário, género, toma diária de medicamentos, grupo de formação académica e grupo de atividade profissional. Esta amostra representa, por grupos etários e sexo, não só a população residente em freguesias predominantemente da área de influência da USF Topázio, mas também a população que, nos diferentes dias da semana e nas diferentes semanas de recolha, afluiu ao local de aplicação do questionário.

Variável	n (%)
Grupo Etário	
<65 anos	122 (61,0)
≥65 anos	78 (39,0)
Género	
Homem	89 (44,5)
Mulher	111 (55,5)
Toma Diária de Medicamentos	
Sim	152 (76,0)
Não	48 (24,0)
Grau de Instrução	
Baixo	22 (11,0)
Médio	108 (54,0)
Alto	70 (35,0)
Grupo Atividade Profissional	
Ativo	96 (48,0)
Não Ativo	104 (52,0)

Tabela 3. Caracterização da amostra total (n=200).

A amostra, constituída por 200 consulentes, englobou 89 (44,5%) doentes do género masculino e 111 (55,5%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos (idade média de 57 anos, mediana de 58 e moda de 45). 61,0% dos doentes entrevistados enquadravam-se no grupo etário com idade inferior a 65 anos. No que diz respeito à TDM, 76,0% dos doentes da amostra referia toma diária de medicação. Relativamente ao grau de instrução, 11,0% dos indivíduos apresentava grau de escolaridade baixo, 54,0% grau médio e

35,0% grau elevado de escolaridade. Quanto à atividade profissional, 48,0% dos indivíduos referiram profissões que se enquadram no grupo profissional ativo.

Após a estratificação da amostra em estudo por género (tabela 4) verificou-se que as mulheres eram significativamente mais jovens do que os homens [♀ 78 (70,3%) vs ♂ 44 (49,4%) no grupo etário <65 anos, $p=0,002$]. Em relação aos parâmetros “toma diária de medicamentos”, “grau de instrução” e “grupo de atividade profissional”, não há diferença estatisticamente significativa entre os géneros.

Variável	Género		Total n (%)
	Homem n (%)	Mulher n (%)	
Grupo Etário			
<65 anos ^a	44 (49,4)	78 (70,3)	122 (61,0)
≥65anos ^a	45 (50,6)	33 (29,7)	78 (39,0)
Toma Diária de Medicamentos			
Sim	68 (76,4)	84 (75,7)	152 (76,0)
Não	21 (23,6)	27 (24,3)	48 (24,0)
Grau de Instrução			
Baixo	9 (10,1)	13 (11,7)	22 (11,0)
Médio	55 (61,8)	53 (47,7)	108 (54,0)
Alto	25 (28,1)	45 (40,5)	70 (35,0)
Grupo Atividade Profissional			
Ativo	37 (41,6)	59 (53,2)	96 (48,0)
Não Ativo	52 (58,4)	52 (46,8)	104 (52,0)

^a $p=0,002$

Tabela 4. Estratificação da amostra em estudo por género.

A tabela 5 apresenta os resultados das respostas dadas pelos entrevistados às afirmações do questionário. Verificou-se que as opções intermédias de resposta (“melhor” e “mais”) foram as mais seleccionadas, nomeadamente: a opção de resposta “melhor” para as questões “capaz de lidar com a vida” (42,0%), “capaz de compreender a sua doença” (61,0%),

“capaz de lidar com a sua doença” (49,0%) e “capaz de se manter saudável” (40,5%) e a opção de resposta “mais” para as questões “confiante em relação à sua saúde” (53,0%) e “capaz de se ajudar a si próprio” (44,5%).

Afirmação	Muito Melhor n (%)	Melhor n (%)	Igual ou pior n (%)
Capaz de lidar com a vida	45 (22,5)	84 (42,0)	71 (35,5)
Capaz de compreender a sua doença	35 (17,5)	122 (61,0)	43 (21,5)
Capaz de lidar com a sua doença	39 (19,5)	98 (49,0)	63 (31,5)
Capaz de se manter saudável	51 (25,5)	81 (40,5)	68 (34,0)
	Muito Mais n (%)	Mais n (%)	Igual ou menos n (%)
Confiante em relação à sua saúde	45 (22,5)	106 (53,0)	49 (24,5)
Capaz de se ajudar a si próprio	58 (29,0)	89 (44,5)	53 (26,5)

Tabela 5. Respostas dadas pelos entrevistados às afirmações do questionário.

As respostas às afirmações do questionário em função do grupo etário, género, TDM, grau de instrução e grupo atividade profissional estão representadas na tabela 6.

No que diz respeito às questões do ICC “capaz de lidar com a vida”, “capaz de lidar com a sua doença” e “capaz de se ajudar a si próprio”, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas em função de cada variável.

Relativamente à pergunta “capaz de compreender a sua doença”, verificou-se que os indivíduos do género masculino se sentiam “igual ou pior” capazes de compreender a sua doença [$\text{♂}26$ (29,2%) vs $\text{♀}17$ (15,3%), $p=0,017$], assim como os indivíduos com grau de instrução mais baixo [7 (31,8%) grau baixo vs 30 (27,8%) grau médio vs 6 (8,6%) grau alto, $p=0,001$]. Por outro lado, os doentes do sexo feminino [$\text{♀}23$ (20,7%) vs $\text{♂}12$ (13,5%), $p=0,017$] e com grau de instrução mais elevado [19 (27,1%) grau alto vs 14 (13,0%) grau médio vs 2 (9,1%) grau baixo, $p=0,001$] sentiram mais frequentemente que, após a sua consulta naquele dia, estavam “muito melhor” capazes de compreender o seu problema. Não

se verificaram diferenças significativas na resposta a esta questão por grupo etário, TDM e grupo atividade profissional.

Em relação à questão “capaz de se manter saudável”, observou-se que os indivíduos que tomam medicamentos diariamente se consideravam “igual ou pior” capazes de se manterem saudáveis [59 (38,8%) TDM vs 9 (18,8%) não TDM, $p=0,015$]. Ao invés, os doentes que não referiam TDM consideravam-se significativamente “muito melhor” capazes de se conseguirem manter saudáveis depois da consulta com o seu médico [16 (33,3%) não TDM vs 35 (23,0%) TDM, $p=0,015$]. Não se verificaram diferenças significativas nas respostas por grupo etário, género, grau de instrução ou grupo de atividade profissional.

Por último, acerca da pergunta “confiante em relação à sua saúde” verificou-se que, à saída da consulta, os doentes com idade superior ou igual a 65 anos se mostraram preferencialmente “igual ou menos” confiantes em relação ao seu estado de saúde [25 (32,1%) ≥ 65 anos vs 24 (19,7%) < 65 anos, $p=0,046$] do que os doentes pertencentes ao grupo etário mais novo. Também os indivíduos com grau de instrução mais baixo [6 (27,3%) grau baixo vs 28 (25,9%) grau médio vs 15 (21,4%) grau alto, $p=0,046$] mostraram este sentimento mais frequentemente do que os doentes mais instruídos. Assim, os doentes mais novos [31 (25,4%) < 65 anos vs 14 (17,9%) ≥ 65 anos, $p=0,046$] e com grau de instrução mais elevado [25 (35,7%) grau alto vs 15 (13,9%) grau médio vs 5 (22,7%) grau baixo, $p=0,046$] sentiram que após a consulta estavam significativamente “muito mais” confiantes em relação à sua saúde. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas por género, TDM e grupo de atividade profissional.

Afirmação	Grupo Etário		Género		Toma Diária de Medicamentos		Grau de Instrução			Grupo Atividade Profissional	
	<65anos n (%)	≥65anos n (%)	Homem n (%)	Mulher n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Ativo n (%)	Não Ativo n (%)
Capaz de lidar com a vida											
Muito Melhor	24 (19,7)	21 (26,9)	20 (22,5)	25 (22,5)	38 (25,0)	7 (14,6)	6 (27,3)	25 (23,1)	14 (20,0)	19 (19,8)	26 (25,0)
Melhor	56 (45,9)	28 (35,9)	47 (52,8)	37 (33,3)	62 (40,8)	22 (45,8)	4 (18,2)	50 (46,3)	30 (42,9)	47 (49,0)	37 (35,6)
Igual ou pior	42 (34,4)	29 (37,2)	22 (24,7)	49 (44,1)	52 (34,2)	19 (39,6)	12 (54,5)	33 (30,6)	26 (37,1)	30 (31,3)	41 (39,4)
Capaz de compreender a sua doença											
Muito Melhor	27 (22,1)	8 (10,3)	12 (13,5) ^a	23 (20,7) ^a	26 (17,1)	9 (18,8)	2 (9,1) ^b	14 (13,0) ^b	19 (27,1) ^b	23 (24,0)	12 (11,5)
Melhor	71 (58,2)	51 (65,4)	51 (57,3) ^a	71 (64,0) ^a	90 (59,2)	32 (66,7)	13 (59,1) ^b	64 (59,3) ^b	45 (64,3) ^b	53 (55,2)	69 (66,3)
Igual ou pior	24 (19,7)	19 (24,4)	26 (29,2) ^a	17 (15,3) ^a	36 (23,7)	7 (14,6)	7 (31,8) ^b	30 (27,8) ^b	6 (8,6) ^b	20 (20,8)	23 (22,1)
Capaz de lidar com a sua doença											
Muito Melhor	25 (20,5)	14 (17,9)	18 (20,2)	21 (18,9)	29 (19,1)	10 (20,8)	2 (9,1)	23 (21,3)	14 (20,0)	22 (22,9)	17 (16,3)
Melhor	61 (50,0)	37 (47,4)	48 (53,9)	50 (45,0)	78 (51,3)	20 (41,7)	12 (54,5)	46 (42,6)	40 (57,1)	50 (52,1)	48 (46,2)
Igual ou pior	36 (29,5)	27 (34,6)	23 (25,8)	40 (36,0)	45 (29,6)	18 (37,5)	8 (36,4)	39 (36,1)	16 (22,9)	24 (25,0)	39 (37,5)
Capaz de se manter saudável											
Muito Melhor	34 (27,9)	17 (21,8)	26 (29,2)	25 (22,5)	35 (23,0) ^c	16 (33,3) ^c	5 (22,7)	26 (24,1)	20 (28,6)	27 (28,1)	24 (23,1)
Melhor	52 (42,6)	29 (37,2)	36 (40,4)	45 (40,5)	58 (38,2) ^c	23 (47,9) ^c	8 (36,4)	45 (41,7)	28 (40,0)	42 (43,8)	39 (37,5)
Igual ou pior	36 (29,5)	32 (41,0)	27 (30,3)	41 (36,9)	59 (38,8) ^c	9 (18,8) ^c	9 (40,9)	37 (34,3)	22 (31,4)	27 (28,1)	41 (39,4)
Confiante em relação à sua saúde											
Muito Mais	31 (25,4) ^d	14 (17,9) ^d	22 (24,7)	23 (20,7)	31 (20,4)	14 (29,2)	5 (22,7) ^e	15 (13,9) ^e	25 (35,7) ^e	24 (25,0)	21 (20,2)
Mais	67 (54,9) ^d	39 (50,0) ^d	48 (53,9)	58 (52,3)	83 (54,6)	23 (47,9)	11 (50,0) ^e	65 (60,2) ^e	30 (42,9) ^e	54 (56,3)	52 (50,0)
Igual ou menos	24 (19,7) ^d	25 (32,1) ^d	19 (21,3)	30 (27,0)	38 (25,0)	11 (22,9)	6 (27,3) ^e	28 (25,9) ^e	15 (21,4) ^e	18 (18,8)	31 (29,8)
Capaz de se ajudar a si próprio											
Muito Mais	35 (28,7)	23 (29,5)	22 (24,7)	36 (32,4)	46 (30,3)	12 (25,0)	6 (27,3)	32 (29,6)	20 (28,6)	30 (31,3)	28 (26,9)
Mais	58 (47,5)	31 (39,7)	44 (49,4)	45 (40,5)	61 (40,1)	28 (58,3)	7 (31,8)	44 (40,7)	38 (54,3)	43 (44,8)	46 (44,2)
Igual ou menos	29 (23,8)	24 (30,8)	23 (25,8)	30 (27,0)	45 (29,6)	8 (16,7)	9 (40,9)	32 (29,6)	12 (17,1)	23 (24,0)	30 (28,8)

^a p=0,017; ^b p=0,001; ^c p=0,015; ^d p=0,046; ^e p=0,046

Tabela 6. Respostas dadas pelos 200 entrevistados às afirmações do questionário em função do grupo etário, género, toma diária de medicamentos, grau de instrução e grupo de atividade profissional.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo o desenvolvimento de uma tradução portuguesa do questionário PEI, a sua validação e posterior aplicação numa USF em Coimbra, dado que acerca deste instrumento não se conhecem publicações em Portugal.

Foi solicitada aos autores do PEI, por escrito, para a morada constante do artigo original, a necessária autorização para a realização do estudo. Apesar de não obtermos resposta ao fim de seis meses, como houve aprovação pela Comissão de Ética para a realização do trabalho, e dado a escala estar já publicada em vários contextos geográficos, julgou-se ser uma perda, para o resultado da saúde em Portugal, a não realização do presente trabalho, pelo que foi decidido avançar.

A introdução e abordagem ao recente conceito de capacitação, medida por este instrumento, tem vindo a revelar-se extremamente útil na avaliação de resultados das consultas noutros países [9] de modo a criar táticas, da parte do médico e das estruturas de CSP, que visem uma melhoria desses mesmos resultados. De facto, tem sido provado que os estudos em que o doente se coloca no papel de observador, relatando as suas experiências e perspectivas, constituem hoje a melhor prática na avaliação dos cuidados de saúde prestados [16]. A USF Topázio, assim como todos os seus médicos e enfermeiros, apoiou e aceitou colaborar neste estudo.

A tradução do questionário e os posteriores procedimentos permitiram cumprir os passos necessários à validação deste instrumento. Os problemas e críticas no preenchimento do questionário, apresentados pelos doentes, foram considerados menores, por não serem impeditivos da resposta. No entanto, deste trabalho inicial, saiu reforçada a ideia de que o ICC pretende avaliar o resultado da consulta que o doente teve no dia, e que as questões devem ser respondidas de acordo com os sentimentos e perceções após a consulta. Além disso, a

metodologia utilizada neste trabalho de campo – abordagem de frequentadores da USF Topázio após a saída da consulta, com consentimento para a resposta e preenchimento pela autora – foi julgada a mais conveniente, sendo que a autora apenas registou as respostas, evitando assim a existência de afirmações por responder e reduzindo o tempo de resposta pelo questionado. Os doentes foram abordados pela investigadora (identificada com um *crachat* alusivo ao trabalho) após a sua consulta, e os médicos não tiveram influência nem comunicaram aos doentes a possibilidade de serem entrevistados, evitando assim viés de informação ou comunicação, pois não sabiam da realização do mesmo. De facto, a autora e investigadora principal abordou os doentes no local de saída da USF, onde os médicos não a poderiam ver.

Relativamente à aplicação dos 55 inquéritos com a finalidade da validação do questionário, verificou-se apenas haver diferença estatisticamente significativa para a questão “Capaz de se manter saudável” em função da TDM, em que os doentes que tomam medicação habitualmente se sentiram “igual ou pior”. O facto de tomarem medicação crónica indica sinal de sofrimento de doença, o que pode influenciar o tom da resposta. Não se registou diferença nos resultados obtidos em função das restantes variáveis, o que em conjunto com o processo de validação linguística do questionário no teste piloto, permitiu a aplicação do ICC a nível da USF, com o objetivo de estudar a vantagem do conhecimento que este instrumento permite medir.

Focando as respostas às afirmações do questionário (tabela 5), as classes de resposta “melhor” e “mais” foram as mais seleccionadas, o que poderá indicar que as consultas, durante o período em estudo, apresentaram no geral um impacto positivo na capacitação adquirida pelo doente. Preocupa o resultado “igual ou pior” que deverá agora ser estudado na sua causalidade: má comunicação, incumprimento de expectativas ou da agenda, ambiente dependente da cronicidade do problema?

Da análise estatística efetuada, no que diz respeito às questões do ICC “capaz de lidar com a vida”, “capaz de lidar com a sua doença” e “capaz de se ajudar a si próprio”, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas em função das variáveis em estudo, significando transversal boa comunicação na consulta a nível destes parâmetros.

Salienta-se que os indivíduos do sexo masculino se sentiram “igual ou pior capazes” de compreenderem o seu problema após a consulta com o médico naquele dia. Este dado poderá ser explicado pelo facto de os homens se enquadrarem maioritariamente no grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos, sendo naturalmente compreensível que doentes com idades mais avançadas necessitem de uma abordagem mais específica por parte do médico acerca do seu problema ou mesmo da sua agenda de problemas [18]. Além disso, alguns estudos têm provado que indivíduos do sexo masculino estão geralmente menos interessados em procurar ou recorrer aos cuidados de saúde quando comparados aos do sexo feminino [19]. Várias teorias são apontadas para este dado, como por exemplo o facto de os homens terem maior tendência a procurar o seu médico apenas quando apresentam alguma patologia de relevo ou sintomas de carácter mais sério [20]. Estes aspectos levam a crer que os homens, estando mais desinteressados em relação ao seu estado de saúde, se sintam menos empenhados e motivados para compreender o seu problema, esperando apenas a resolução do mesmo. Também os consulentes com grau de instrução mais baixo partilharam deste sentimento de menor ou igual compreensão do seu problema à saída da consulta. Assim, o papel do médico neste âmbito torna-se crucial. Tendo uma atenção especial com estes doentes, o médico deve arranjar táticas diversas de comunicação para conseguir transmitir aos seus doentes, da forma mais clara e simples possível, a origem do seu problema, possibilitando-lhes uma melhor compreensão e desfazendo cenários negativos. O ICC revela-se então como um auxiliar de medida da transmissão da informação ao longo da consulta,

permitindo perceber se a mensagem foi captada pelo doente e, em caso afirmativo, da forma correta.

Paralelamente, verificou-se ainda que os doentes mais idosos se sentiram “igual ou menos” confiantes em relação à sua saúde em comparação com os doentes mais novos. Este dado pode estar relacionado com o facto de os doentes com idades mais avançadas encararem a sua saúde de uma forma menos positiva, acomodando-se a um estado de saúde de maior debilidade e fragilidade. Além disso, sentindo-se com esperança de vida menor em relação aos mais jovens, facilmente se depreende que estejam mais desmotivados para encarar os seus problemas com maior confiança. É ainda importante associar esta informação à apresentada anteriormente: a não compreensão dos problemas ou doença que levam o doente a procurar o médico poderá ter uma repercussão negativa no modo como o doente vai encarar o seu estado de saúde no final da consulta. O mesmo se poderá inferir para os doentes com grau de instrução mais baixo, que também se mostraram “igual ou menos” confiantes em relação à sua saúde, ao contrário dos utentes com grau de instrução médio/alto. Mais uma vez, a atuação do médico de Medicina Geral e Familiar pode ser essencial. Certificando-se que os seus doentes compreendem a sua doença, através da utilização de uma linguagem simples e clara e de formas de comunicação diversificadas, o médico deve transmitir-lhes confiança e estratégias para encararem os problemas com atitudes positivas, por exemplo utilizando técnicas cognitivas comportamentais positivas. Neste estudo não foram especificados os problemas do doente ou o tipo de patologia que motivou a vinda à consulta, pelo que não tivemos conhecimento das comorbilidades dos doentes. No âmbito da versão de saúde holística, a multimorbilidade é algo muito mais frequente nos mais idosos e por outro lado, pior compreendida pelos doentes de menor formação académica, o que pode explicar melhor estes resultados [21].

Os resultados da aplicação do ICC parecem assim sugerir uma relação íntima entre a qualidade da transmissão da informação durante o contacto médico-doente e a maior ou menor confiança que o doente irá sentir em relação ao seu estado de saúde no final da consulta.

Outro aspeto a realçar na análise dos resultados obtidos é relativamente à pergunta “capaz de se manter saudável”, em que os doentes que referem TDM se sentiram “igual ou pior” em relação aos doentes que não tomam medicação regular. Este dado pode significar que, após a consulta, os doentes estarão mais sensibilizados para a sua doença, e o facto de muitas vezes se reforçar ou acrescentar medicação, pode levar a que estes se sintam menos estimulados para se manterem saudáveis ou que tenham uma percepção ainda mais negativa sobre o seu estado de saúde, influenciando o tom da resposta. Esta hipótese pode realçar a ideia de que quem toma medicação diariamente necessita de uma abordagem mais positiva e encorajadora da parte do Médico de Família. Enfatiza também a importância do recurso a medidas não-farmacológicas, na qual o médico deve ter um papel essencial em alertar e estimular, que muitas vezes são a base para uma vida quotidiana saudável, fazendo as pessoas sentirem-se mais capazes de se manterem saudáveis e com uma atitude mais positiva em relação a seu estado de saúde. Reflete ainda a questão de haver cada vez maior medicalização da sociedade, pela existência de valores decisórios diagnósticos cada vez mais baixos [22].

Um outro facto a considerar tem por base a análise às opções de resposta do questionário. Neste aspeto em particular, a não discriminação entre “igual” e “pior” pode criar um défice de informação, pois estas duas respostas não são, certamente, iguais ou equiparáveis. No entanto, e dado que neste estudo se seguiu o questionário original, considera-se fundamental que o trabalho do médico seja o de dar orientações necessárias para obter um melhor estado do consulente, o que em termos de opções de resposta se traduz por aumentar o número de respostas para “melhor” ou “muito melhor”.

É ainda de referir que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas obtidas em relação à variável grupo de atividade profissional, ao contrário do que seria de supor. Seria de esperar que os doentes mais ativos se sentissem mais capazes de lidar com a vida, com a sua doença, de se manterem saudáveis ou mais capazes de se ajudarem a si próprios, dado que são indivíduos que estão mais ligados a aspectos positivos da vida. Serão então necessários mais estudos neste âmbito, para inferir dados mais concretos.

Como limitações do estudo, salienta-se o facto deste trabalho ser unicêntrico e a aplicação do ICC ser limitada a uma USF. Secundariamente, é de salientar que a satisfação do doente relativamente à consulta e ao seu médico pode influenciar o tom da resposta. Mais do que estar consciente acerca do ganho que adquiriu no final da sua consulta para a sua vida prática, o doente pode ser levado a responder de acordo com os sentimentos mais ou menos positivos que sentiu durante a consulta ou baseado na empatia criada com o seu médico. No entanto, apesar destas limitações, os objetivos propostos foram cumpridos.

Conclusão

O presente estudo permitiu desenvolver uma versão portuguesa do questionário PEI e proceder à sua validação, criando a possibilidade de aplicação do mesmo em ambiente português. A aplicação do ICC a doentes portugueses numa USF evidenciou que os indivíduos com idade mais avançada, do género masculino, que tomam medicação diariamente e que apresentam grau de instrução mais baixo são aqueles cuja intervenção, por parte do médico, é mais necessária para que a capacitação destes doentes no final da consulta seja maior. Inevitavelmente, para além da atuação diagnóstica e terapêutica, o médico deve reservar um tempo significativo da sua consulta para se certificar que o doente compreende a sua doença, sempre incentivando a que o doente se sinta confiante em relação ao seu estado de saúde e estimulado para se manter saudável.

Assim, este questionário revelou-se como um instrumento de medida da transmissão da informação ao longo da consulta e da importância que este fator tem para o ganho e capacitação que o doente vai adquirir no final do contacto com o seu médico. Salientou ainda as áreas, na forma de atuação do Médico de Família, que necessitam de uma atenção especial.

Agora que estes dados são conhecidos e foi possível a aplicação do instrumento PEI em Portugal a nível dos CSP, é fundamental que mais estudos sejam realizados no sentido de se perceber o valor deste tipo de intervenções e de que forma a atuação dos médicos pode melhorar a capacitação dos doentes e os resultados das suas consultas, sempre focado no bem-estar dos doentes.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela constante orientação, disponibilidade e apoio, fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, pela co-orientação.

A todos os elementos do painel de colaboradores na tradução do questionário.

A todos os profissionais de saúde e funcionários da USF Topázio.

Aos meus pais e à minha irmã Mariana, pelo apoio incondicional.

Aos amigos próximos, por sempre me acompanharem em mais uma etapa.

À Joana e à Teresa.

Referências Bibliográficas

1. Poulton, B.C., *Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity*. Br J Gen Pract, 1996. **46**(402): p. 26-31.
2. Santiago, L.M., C. Neves, and L. Constantino, *[Patient's relationship with the medical prescription - an observational study in urban populations in the ambulatory setting of General Practice/Family Medicine in the centre of Portugal]*. Acta Med Port, 2010. **23**(5): p. 755-60.
3. Mercer, S.W., et al., *Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland*. BMC Fam Pract, 2012. **13**: p. 6.
4. Howie, J.G., et al., *A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations*. Fam Pract, 1998. **15**(2): p. 165-71.
5. Stott, N.C. and R.H. Davis, *The exceptional potential in each primary care consultation*. J R Coll Gen Pract, 1979. **29**(201): p. 201-5.
6. Howie, J.G., D. Heaney, and M. Maxwell, *Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery*. Fam Pract, 2004. **21**(4): p. 458-68.
7. Little, P., et al., *Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations*. Bmj, 2001. **323**(7318): p. 908-11.
8. Little, P., et al., *Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study*. Bmj, 2001. **322**(7284): p. 468-72.

9. Lam, C.L., et al., *A pilot study on the validity and reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population*. *Fam Pract*, 2010. **27**(4): p. 395-403.
10. Howie, J.G., D.J. Heaney, and M. Maxwell, *Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure*. *Occas Pap R Coll Gen Pract*, 1997(75): p. i-xii, 1-32.
11. Howie, J.G., et al., *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. *Bmj*, 1999. **319**(7212): p. 738-43.
12. McKinstry, B., I. Colthart, and J. Walker, *Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study*. *Fam Pract*, 2006. **23**(2): p. 240-5.
13. Ozvacic Adzic, Z., et al., *Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study*. *Croat Med J*, 2008. **49**(6): p. 813-23.
14. Wensing, M., et al., *The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice*. *BMC Health Serv Res*, 2008. **8**: p. 182.
15. Pawlikowska, T.R., et al., *Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland*. *Fam Pract*, 2002. **19**(2): p. 197-201.
16. Ferreira, P.L., *Avaliação dos doentes de cuidados primários*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2001. **17**: p. 15-45.
17. Wild, D., et al., *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. *Value Health*, 2005. **8**(2): p. 94-104.

18. JN, N., *A abertura da consulta. O fim está no princípio*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2009. **25**: p. 199-207.
19. Hunt, K., et al., *Are women more ready to consult than men? Gender differences in family practitioner consultation for common chronic conditions*. J Health Serv Res Policy, 1999. **4**(2): p. 96-100.
20. Douglas, F.C., et al., *Services just for men? Insights from a national study of the well men services pilots*. BMC Public Health, 2013. **13**: p. 425.
21. F., P., *Multimorbilidade: Um olhar diferente sobre a doença crónica*. Revista ADSO, 2013. **1**: p. 11-12.
22. Hunt, L.M., M. Kreiner, and H. Brody, *The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes*. Ann Fam Med, 2012. **10**(5): p. 452-60.

Anexo 1 – Patient Enablement Instrument (versão original)

As a result of your visit to the doctor today, do you feel you are...	MUCH BETTER	BETTER	SAME OR LESS
able to cope with life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to understand your illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to cope with your illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to keep yourself healthy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MUCH MORE	MORE	SAME OR LESS
confident about your health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to help yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Retirado de: Howie, J.G., et al., *A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations*. Fam Pract, 1998. **15**(2): p. 165-71.)

Anexo 2 – Instrumento de Capacitação do Consultante (ICC)

O presente estudo realiza-se no âmbito de Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A sua colaboração é essencial para este estudo sobre o resultado da sua consulta.

Solicitamos o preenchimento dos quadros abaixo por forma a acedermos ao resultado da consulta que teve hoje com o seu médico.

Não existem respostas corretas ou erradas. Apenas pretendemos saber a sua opinião. Este documento é anónimo e confidencial, pelo que não deve escrever o seu nome ou algo que o identifique.

Antecipadamente agradecida pela colaboração,

Idade:	_____ anos	
Género:	Homem <input type="checkbox"/>	Mulher <input type="checkbox"/>
Toma medicamentos diariamente:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Grau de instrução:	Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/>	12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/>
	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>
	9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/>	
Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Rural <input type="checkbox"/>	Doméstica <input type="checkbox"/>
	Comércio <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>
	Indústria <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>
	Serviços <input type="checkbox"/>	Estudante <input type="checkbox"/>

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está:

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de compreender a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de lidar com a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se manter saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se ajudar a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3 – Aprovação do questionário pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "Validação do questionário PEI - Validação de instrumentos de capacitação de consulentes no ambiente de MGF"

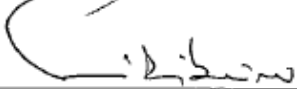
APRECIÇÃO GERAL: Estudo positivo que pretende transpor para a USF Topázio um instrumento abundantemente utilizado no estrangeiro e que permite medir o resultado de uma consulta em função da capacitação (ganho adquirido pelo utente para que este compreenda melhor a sua doença) do utente de uma determinada consulta.

PARECER FINAL: FAVORÁVEL

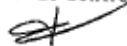
Amulopos o parecer final

DATA: 20/06/2013

O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA



Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.




Dr. José Manuel Azenha Teresa
Presidente,

Dr. Fernando José E. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,



Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral
Vogal,



Dr. Maria Augusta Mata
Vogal,

Anexo 4 – Autorização para realização do estudo na USF Topázio



Unidade de Saúde Familiar Topázio
Coordenadora: Maria da Glória Neto Dra

A Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Topázio, declara dar concordância à realização de trabalho “Validação de Instrumento de Capacitação de Consulentos no ambiente de MGF” da autoria de Inês Pintalhão, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a orientação de Luiz Miguel Santiago, MD, PhD, membro desta USF.

Coimbra, 15 de Abril de 2013

Maria da Glória Neto, Dra