

Validação de Instrumento de Registro do Atendimento Clínico Centrado na Pessoa

Validation of a Patient-Centered Instrument of Medical Appointment Recording

Bruna Carvalho Costa França^{I,II}
Taciana de Figueiredo-Soares^{I,IV}
Antonio Carlos Toledo Júnior^{II}
Nathan Mendes Souza^{II,III}
Rosa Malena Delbone de Faria^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Estudos de validação;
- Registro Médico Coordenado;
- Assistência Centrada no Paciente;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Validation studies;
- Medical Record Linkage;
- Patient-Centered Care;
- Medical Education.

RESUMO

Diante do desafio de formar médicos para o século XXI, em que se pretende uma abordagem integral da pessoa, incluindo seus sentimentos e o contexto que a cerca, este trabalho teve como objetivo validar, para a realidade de uma cidade brasileira, um modelo de registro de atendimento clínico centrado na pessoa, com base numa proposta reconhecida internacionalmente. O documento resultante representa um instrumento que poderá facilitar o aprendizado e a adesão do estudante de Medicina ao método clínico centrado na pessoa, por se tratar de uma sistematização do roteiro para o registro da consulta médica, guiando a entrevista no formato centrado na pessoa. Os autores acreditam que a utilização deste roteiro de registro contribuirá de forma relevante para que os estudantes de Medicina, iniciantes no ofício e mais dependentes de guias de registro, desenvolvam de forma plena, em cenários simulados e reais, as habilidades necessárias ao atendimento clínico centrado na pessoa.

ABSTRACT

Given the challenge of preparing doctors for the 21st century, striving for a comprehensive approach to the patient, her feelings, background and situation, the aim of this study was to validate a patient-centered care recording model, in view of the reality of a Brazilian city. Following a literature review, Donnelly's model was selected and the validation was performed according to Malhotra's method. The resulting recording model represents an instrument that intends to contribute toward improving health care in Brazil and, therefore, enhancing the clinical outcome of the person under care. This could help the learning process and students' adherence to the patient-centered clinical method due to the documents which clarify and organize the framework for registering the medical appointment and guide the interview towards a patient-centered format. Since medical students and beginner physicians usually depend on recording guides, the authors believe that the use of this recording guide will contribute greatly to the full development of new professionals and their essential skills in patient-centered medical care.

Recebido em: 14/04/2014

Aprovado em: 10/03/2015

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{II} Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil.

^{IV} Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A formação do estudante de Medicina compreende, dentre vários aspectos, a aquisição de competências e o contínuo desenvolvimento de habilidades de comunicação^{1,2}. Por conseguinte, o domínio destas competências favorece o desenvolvimento de atitudes que podem determinar como o estudante se posicionará frente às inúmeras situações profissionais em que terá que avaliar as escolhas, o comportamento e os sentimentos da pessoa^{3,4}. Ao se estimular a melhoria das habilidades de comunicação, permite-se ao estudante enxergar a pessoa além da doença, o que favorecerá sua atuação clínica voltada para a atenção integral à pessoa⁵.

Com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina, promulgadas pelo Conselho Nacional de Educação em novembro de 2001 e revisadas em 2014, esperam-se para o futuro médico três dimensões de competências: individual, familiar e comunitária. Quanto à aquisição da primeira, ao longo de sua formação, o médico deve conhecer, compreender e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa valendo-se de evidências científicas para a condução dos problemas, porém singularizando o processo do cuidado⁵⁻⁸.

Na educação médica contemporânea, observa-se um esforço para o incremento das estratégias educacionais com vistas ao desenvolvimento de atitudes que resultem na melhoria do desempenho do estudante no cuidado com a pessoa^{9,10}. Entretanto, percebe-se que o modelo biomédico de atendimento clínico, ou seja, com ênfase na doença, predomina nos centros acadêmicos^{11,12}. Essa incongruência – entre a literatura que aponta a necessidade de abordagem mais humanística da pessoa e a utilização quase soberana do modelo biomédico no atendimento – tem promovido reflexões acerca de qual deve ser o modelo de atendimento clínico praticado nas escolas médicas^{13,14}, locus de assistência à saúde da pessoa/família/comunidade e de formação de novos médicos. Nesse contexto, algumas escolas de Medicina têm buscado trabalhar com instrumentos educacionais que ajudem a nortear o atendimento clínico centrado na pessoa^{15,16,17}.

Tendo em vista a escassez de instrumentos de registro de atendimento médico com foco na pessoa, buscou-se na literatura uma referência sobre o assunto para possível aplicação a nossa realidade.

A escolha da validação do registro de atendimento clínico proposto por Donnelly¹⁸ advém do fato de ser um modelo que valoriza a escuta atenta, em associação a um roteiro de anamnese nos moldes do atendimento centrado na pessoa; é conciso e de fácil manuseio.

Donnelly¹⁸ propõe um roteiro elaborado por meio da segmentação da anamnese em: (i) registro do perfil do paciente;

(ii) preocupações do paciente; (iii) história da doença (levando em consideração aspectos biológicos e a perspectiva do paciente sobre a doença); (iv) lista de problemas, que, além de contemplar os problemas apontados pelo médico, aborda as preocupações do paciente.

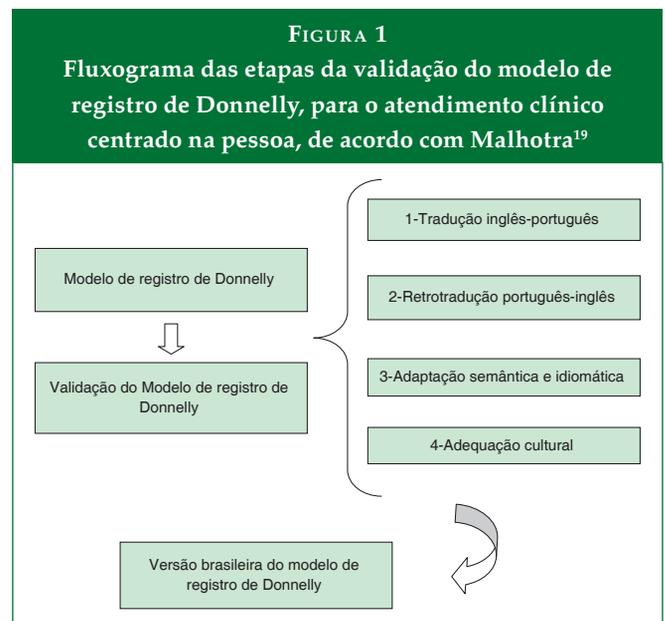
O modelo de registro de Donnelly¹⁸ aplica-se a todos os níveis do cuidado como guia ou roteiro para o atendimento e, ao mesmo tempo, proporciona aprendizado aos estudantes e aos profissionais de saúde não apenas sobre a doença, mas também no que diz respeito à experiência de adoecer da pessoa.

OBJETIVO

Validar, na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil, o modelo de registro proposto por Donnelly¹⁸ para o atendimento clínico centrado na pessoa.

MÉTODO

De fevereiro a abril de 2013, foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Medline e SciELO, utilizando-se as palavras *patient centered record*, com a seleção de 752 artigos. Em seguida, a busca foi limitada a artigos publicados nos últimos dez anos voltados para estudos desenvolvidos em seres humanos, com a seleção de 494 artigos. Com o refinamento da busca pela palavra *development*, foram selecionados finalmente 97 artigos. Dentre os artigos selecionados, os autores optaram por validar o modelo de registro publicado por Donnelly¹⁸, que valoriza a escuta atenta e apresenta uma adequação do roteiro da anamnese aos moldes do atendimento centrado na pessoa.



O processo de validação do modelo de Donnelly¹⁸ envolveu quatro etapas (Figura 1): (i) tradução do texto do inglês para o português; (ii) retrotradução do português para o inglês; (iii) adaptação semântica e idiomática ao português; (iv) adequação cultural ao português. Todas as etapas foram realizadas de acordo com a metodologia proposta por Malhotra¹⁹. Na primeira etapa, a tradução do modelo do registro de Donnelly¹⁸ do inglês para o português foi realizada por dois profissionais brasileiros, cientes dos objetivos da pesquisa, sendo um profissional da área médica e outro de ciências humanas. Ambos tinham fluência e proficiência na língua inglesa comprovada por meio de certificação. A tradução foi realizada de forma independente, com ênfase na tradução conceitual e não literária. Os autores compararam as duas traduções, e pequenos ajustes foram realizados, em consenso com os tradutores.

Na segunda etapa, a versão do modelo em português, obtida na primeira etapa, foi retrotraduzida para o inglês por outros dois tradutores brasileiros, sendo um profissional da área médica, residente durante quatro anos em país de língua inglesa, e um professor graduado em Letras, com especialização em inglês. Ambos apresentavam fluência e proficiência na língua inglesa, comprovada por meio de certificação. Cientes dos objetivos da pesquisa, realizaram a retrotradução de forma independente. As duas retrotraduções foram comparadas e analisadas com a versão em português, obtida na primeira fase. Os autores, na presença dos tradutores, avaliaram e discutiram as discrepâncias entre a versão traduzida na primeira etapa e a retrotraduzida, e, quando necessário, as sentenças em português foram reescritas para que reproduzissem de forma fidedigna o modelo de registro de Donnelly¹⁸.

A fim de se obter um documento o mais próximo da realidade semântica e cultural da nossa população, a terceira e a quarta etapas do estudo foram conduzidas por meio da coleta de opiniões de 12 estudantes de Medicina, das universidades José do Rosário Vellano (Unifenas-BH) e Federal de Minas Gerais (UFMG), por técnica de entrevista pessoal²⁰. Os estudantes foram selecionados aleatoriamente dentre aqueles que já atuavam em atendimento clínico supervisionado. Participaram desta etapa seis estudantes da Unifenas-BH – dois do quinto período, três do sexto período e um do oitavo período – e seis estudantes do sétimo período da UFMG. Foi-lhes solicitado que lessem a versão em português do modelo de registro de Donnelly e, em seguida, sugerissem modificações caso a linguagem não lhes parecesse adequada ou estivesse pouco compreensível, anotando a razão ou justificativa para cada observação. Com base nas sugestões

dos estudantes, os autores realizaram modificações no instrumento, preparando-o para sua versão final, avaliando cuidadosamente as equivalências gramaticais, de vocabulário e idiomática, com atenção especial às expressões idiomáticas. Após revisão e verificação de forma e compreensão de todos os itens, os autores obtiveram a versão brasileira do modelo de registro de Donnelly¹⁸ para o atendimento clínico centrado na pessoa (Quadro 1).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (03896812.4.0000.5149).

QUADRO 1

Versão brasileira do modelo de registro de Donnelly¹⁸ para o atendimento clínico centrado na pessoa

I. O PERFIL DA PESSOA

Apresentação do paciente como um ser humano: Senhor, Senhora, Senhorita, Pastor, Padre, etc., utilizando o nome completo (acrescendo a soletração se necessário e a forma de tratamento que o paciente prefere). Inclui a idade (ou data de nascimento); breve descrição da situação domiciliar e familiar atual; profissão, interesses especiais, etc. Deve ser atualizado periodicamente, nos registros de retornos, localizando-se antes da lista de problemas.

II. PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES

“Preocupação” é mais abrangente e menos ambíguo que “queixa”. Utilizar as próprias palavras do paciente. Evitar o vocabulário biomédico, utilizar apenas se o paciente o utilizar.

III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Descrever a enfermidade, invalidez e cuidados médicos prévios mediante as perspectivas convencional, biomédica e do paciente, como delineadas a seguir. As perspectivas do paciente poderão vir em primeiro lugar. Evitar expressões que de forma não reflexiva e repetidamente gerem dúvidas à credibilidade do relato do paciente (Ex: “O paciente ‘nega’ ou ‘alega’”).

Perspectiva biomédica ou biológica (a “doença”)

1. Relato cronológico do início e evolução dos sintomas da doença ou da incapacidade, incluindo localização, qualidade, intensidade, cronologia, cenário, fatores agravantes ou atenuantes, sintomas associados e pontos pertinentes positivos e negativos.
2. Informação sobre diagnósticos prévios, tratamento e evolução da “doença”.

Perspectiva do paciente (o “sofrimento”)

1. Entendimento do paciente sobre a doença ou incapacidade (causas, diagnóstico, prognóstico e tratamento).
2. Impacto da doença ou da incapacidade ou do atendimento médico sobre a vida do paciente, seu trabalho e suas relações. Em o sofrimento físico, mental e emocional. Ex: a experiência específica do paciente com a perda de independência para a realização de atividades da vida diária, dor, preocupação e medo.
3. Os objetivos do paciente em relação a sua saúde.
4. As expectativas do paciente em relação ao atendimento médico.
5. Se apropriado, as preferências do paciente em relação aos cuidados ao final da vida (ou em situação terminal), além de disponibilizar um documento que ateste sobre a sua decisão.

QUADRO 1

Versão brasileira do modelo de registro de Donnelly¹⁸
para o atendimento clínico centrado na pessoa

<p>IV. AVALIAÇÃO E PLANO “Perspectivas do paciente” clinicamente significativas (Ex: entendimento ruim de sua condição clínica, medo ou preocupação importante, expectativa não realista sobre o atendimento médico) identificadas na HDA ou posteriormente, ao longo da assistência médica, devem ser registradas por escrito nessa avaliação e deve-se elaborar um plano equivalente ao que normalmente é feito para problemas biomédicos. Para ambos os problemas, os biomédicos e os temas relativos às perspectivas do paciente, usar o formato: História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP). Evitar o formato: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Planejamento (SOAP), por considerar as informações ou o conhecimento do paciente como “subjetivo” (não confiável) e o conhecimento do médico como “objetivo” (indiscutivelmente factual). Pode ser uma forma perigosa e imprecisa.</p>
<p>V. LISTA DE PROBLEMAS Assim como no Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP), manter uma lista atualizada dos principais problemas médicos inativos e ativos, mas também listar as “perspectivas do paciente” (Ex: preferências relativas ao cuidado no final da vida). Localização no atendimento de retorno: no início do atendimento, após a Introdução (Perfil do Paciente), próximo à lista com todos os medicamentos atuais, inclusive os utilizados sem receita médica.</p>
<p>VI. NOTAS SOBRE EVOLUÇÃO Continuar utilizando História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP). Colocar as informações originais do paciente ou de seus familiares como: “História” ou como “Perspectiva do paciente (ou da família)”.</p>
<p>VII. NOTAS SOBRE O ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE ENSINO Registrar a perspectiva do paciente, no primeiro atendimento, e continuar a fazê-lo nos retornos, quando apropriado.</p>
<p>VIII. SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR Inclua um sumário do atendimento profissional realizado ao paciente e a perspectiva do paciente. Anotar preocupações atuais, medos e esperanças que precisarão ser considerados durante o atendimento ambulatorial do paciente.</p>

RESULTADOS

As etapas de tradução e retrotradução ocorreram sem dificuldades, já que os tradutores apresentavam familiaridade com os termos apresentados e com a língua inglesa. Nas etapas de adequações semântica e cultural, poucas alterações foram propostas pelos estudantes de Medicina, como demonstrado na Tabela 1.

Quatro estudantes sugeriram alterações no tópico “História da Doença Atual”, como a troca de palavras por sinônimos de forma a facilitar a compreensão. Por exemplo, ao invés de utilizar o termo “manejo”, optou-se por empregar o termo “conduta”; a palavra “procuração” foi trocada por “documento que ateste”; e a expressão “perda da independência” foi substituída por “perda do controle da independência”.

Três estudantes sugeriram ajustes no tópico “Avaliação e Plano”: dois deles, que as siglas sucedessem suas descrições (o que também se aplica ao tópico “Lista de Problemas”), e o terceiro sugeriu que a palavra “fórmula” Hoap fosse substituída por “formato” Hoap. Um estudante sugeriu, no tópico “Principais Preocupações”, substituir a expressão “salvo se o paciente o utilizar” por simplesmente “se o paciente utilizar”. Um estudante sugeriu para o tópico “O Perfil da Pessoa” deslocar a descrição da profissão e a situação familiar para o final do registro. Dois estudantes fizeram sugestões de formatação e apresentação.

Em virtude da importância da aplicabilidade do instrumento para os estudantes de graduação em Medicina, a maioria das modificações sugeridas foi acatada, por tornar a versão brasileira do modelo de registro de Donnelly mais familiar para os nossos estudantes e, conseqüentemente, facilitar a compreensão e a utilização do instrumento.

Os resultados obtidos nas etapas de adequação semântica e cultural evidenciaram pouca necessidade de adequação da versão em português, o que indicou uma boa compreensão, pelos estudantes, da versão traduzida.

Apenas duas das modificações sugeridas pelos estudantes não foram acatadas. A primeira se referia à descrição da profissão e situação familiar ao final da anamnese; a outra era referente à utilização da expressão “o paciente nega”. O estudante acredita que a utilização dessa expressão não altera a credibilidade do relato do paciente. Entretanto, os autores discordaram destas duas sugestões por acreditarem que as situações profissional e familiar podem ser a origem do problema de saúde ou da doença. Os autores julgaram muito importante que o estudante se aproprie deste contexto já no início do atendimento clínico.

Quanto à segunda negativa – relacionada a manter a orientação do uso da expressão “o paciente nega” –, os autores argumentam que, quando se parte do pressuposto de que o paciente está negando, fica subentendido que há dúvida, pois caberia ou se esperaria para tal situação afirmar, e não negar.

As sugestões não acatadas, feitas cada uma por um estudante, talvez demonstrem menor compreensão desses alunos quanto ao objetivo do modelo de registro de Donnelly, ocasionando, assim, maior dispersão das sugestões quando se compara à maior parte dos estudantes. Esse fato não é exatamente uma surpresa, visto que o modelo de registro de Donnelly apresenta uma estruturação do atendimento clínico centrado na pessoa, o que contrasta com a vivência estudantil nos diferentes cenários de saúde em que atuam, seja nas escolas ou nos serviços.

TABELA 1

Demonstração das sugestões apresentadas pelos estudantes de medicina, entrevistados durante as adequações semântica e cultural do processo de validação do modelo de registro de Donnelly (2005)¹⁸, de acordo com o local e o tipo de sugestão e a incorporação ou não das sugestões no documento.

Estudantes	Sugestões		
	Tópico	Tipo de sugestão feita pelo estudante	Incorporação pelos autores
Estudante 1*	III – História da Doença atual	Trocar a palavra “manejo” por “conduta ou tratamento”.	SIM
Estudante 2*	III – História da Doença atual	Trocar a palavra “procuração” por “documento que ateste”	SIM
Estudante 3*	IV – Avaliação e Plano	Trocar “fórmula HOAP” por “formato HOAP”.	SIM
Estudante 4*	IV – Avaliação e Plano; V – Lista de Problemas	Mudar a ordem na apresentação das siglas: primeiro o nome por extenso seguido da sigla. Ex: “História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP)”.	SIM
Estudante 5*	II – Principais Preocupações	Trocar “salvo se o paciente o utilizar” por apenas “se o paciente o utilizar”.	SIM
Estudante 6**	III – História da Doença atual	Trocar a expressão “perda de independência para realização das atividades da vida diária” por “perda do controle da independência para realização das atividades da vida diária”.	SIM
Estudante 7**	-	Sem sugestões. Considerou o texto apropriado.	-
Estudante 8**	Geral	Melhorar a formatação e a disposição do texto para facilitar a leitura.	SIM
Estudante 9**	III – História da Doença atual	Manter a indicação do uso da expressão “o paciente nega”. O estudante acredita que esse tipo de expressão não diminui a credibilidade do relato do paciente.	NÃO
Estudante 10**	Geral	Organizar o modelo de forma mais didática e acrescentar subitens explicativos.	SIM
Estudante 11**	IV – Avaliação e Plano; V – Lista de Problemas	Mudar a ordem na apresentação das siglas: primeiro o nome por extenso seguido da sigla. Ex: “História, Observações, Avaliação e Planejamento (HOAP)”.	SIM
Estudante 12**	I – O perfil da Pessoa	Especificar e melhorar a ordem do registro, colocando a descrição da profissão e a situação familiar ao final da anamnese.	NÃO

*Estudantes UNIFENAS-BH; **Estudantes UFMG.

DISCUSSÃO

De acordo com as bases de dados consultadas, esta é a primeira publicação no Brasil a propor um roteiro de atendimento clínico sob uma visão humanística em que a pessoa tem a oportunidade de se tornar partícipe das ações que serão propostas para a resolução das questões relacionadas ao seu adoecimento.

A publicação de Donnelly sobre este modelo de registro foi referenciada na literatura em 697 citações relacionadas, o que demonstra sua abrangência e alcance. Entretanto, o modelo de Donnelly foi elaborado e baseado na localidade de Illinois, nos Estados Unidos, cuja realidade social, econômica e cultural é bastante diferente da brasileira. Tomando esse fato como relevante, buscou-se, no processo de validação, adequar o instrumento à nossa realidade local^{21,22}. Foram percebidas

pequenas necessidades de adequação, sendo possível inferir que o modelo de Donnelly é bem próximo da realidade brasileira e adequado à nossa população.

O modelo de roteiro de atendimento clínico de Donnelly¹⁸ foi validado no cenário das escolas médicas, tendo-se o cuidado de manter uma estrutura similar à proposta original, de modo a não afetar a compreensão do construto após sua adequação cultural²³. Embora a população de estudantes que participou da adequação semântica e cultural se origine de escolas médicas distintas – a Unifenas-BH utiliza o modelo de atendimento clínico centrado na pessoa em seu currículo, o que não se aplica à UFMG –, os estudantes tiveram posições bastante homogêneas em relação às adequações sugeridas.

A versão brasileira do modelo de registro de Donnelly para o atendimento clínico apresenta como principal vantagem em

relação ao modelo biomédico tradicional o fato de disponibilizar ao estudante de Medicina um espaço para descrever a perspectiva da pessoa sobre seu próprio adoecimento, possibilitando, assim, uma conexão com a visão humanística durante o atendimento clínico²⁴.

A perspectiva da aplicação do modelo validado é a de que ele possa contribuir para a formação do estudante de Medicina no que tange às competências relacionadas ao atendimento clínico centrado na pessoa, visto que o estudante é mais dependente do guia de registro para a realização deste atendimento. Esse modelo de registro poderá representar um avanço nas pesquisas em educação médica, já que possivelmente irá impactar a qualidade da assistência à saúde.

CONCLUSÃO

O instrumento validado atendeu às propriedades psicométricas em todo o processo de validação, sendo válido e confiável. Assim, poderá ser utilizado em diferentes estratégias educacionais das escolas médicas do Brasil, em cenários simulados e reais, e possivelmente irá contribuir para o desenvolvimento de habilidades necessárias ao atendimento clínico centrado na pessoa.

APOIO FINANCEIRO

Pró-Ensino na Saúde, Edital CAPES 024/2010, No 1606/2011.

REFERÊNCIAS

1. Kurtz SMA, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Acad Med*. 2003;78:802-809.
2. Stewart M, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, Meredith L, Brown JB. *Medicina Centrada na Pessoa. Transformando o método clínico*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piocinato CE, et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2002;26(3):194-208.
4. Rodrigues A. *Psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1981.
5. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras med fam comunidade*. Florianópolis. 2011;6(19):145-150.
6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília. 2001;1-38.
7. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: Recomendações e Potencialidades. *Rev Bras Med Fam. Comunidade*. 2007;3:157-172.
8. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. Formação em Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade; Seminário Internacional os Desafios do Ensino de Atenção Básica: Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Saúde. 2007;1:45-53.
9. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. 2.ed. Oxford University: New York; 1997.
10. Légaré F, Moher D, Elwyn G, LeBlanc A, Gravel K. Instruments to assess the perception of physicians in the decision-making process of specific clinical encounters: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2007;7-30.
11. Fox E. Predominance of the curative model of medical care. *JAMA*. 1997;278(9):761-763.
12. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Patient-centered care and medical teaching: the importance of caring and sharing. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(1):90-97.
13. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Health Policy. The Commonwealth Fund*, New York, NY, USA. 2005;953-957.
14. Atienza AA, Hesse BW, Gustafson DH, Croyle RT. e-Health Research and Patient-Centered Care. *Examining Theory, Methods, and Application*. *Am J Prev Med*. 2010;38(1):85-88.
15. Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2012;36(3):335-342.
16. Evans RG. Assessing the practicing physician using patient surveys: systematic review of instruments and feedback methods. *Family Practice Advance Access*. 2007;24:117-127.
17. Eveleigh RM. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:10-15.
18. Donnelly W. Patient-Centered Medical Care Requires a Patient-Centered Medical Record. *Acad Med*. 2005;80:33-38.
19. Malhotra NK. *Pesquisa de Marketing – Uma Orientação Aplicada*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
20. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*. 1997;6(3):237-247.
21. Harmsen JAM, Bernsen RMD, Meeuwesen L, Pinto D, Buijnzeels. Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of mutual understanding scale (MUS) in a multicultural ge-

neral practice setting. *Patient Education and Counseling*. 2005;59:171-181.

22. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-3191.
23. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paideia*. 2012;22(53):423-432.
24. Sierpina VS, Kreitzer MJ, MacKenzie E, Sierpina M. Regaining our humanity through story. *Innovations in integrative health care education*. *Education*. 2007;3(6):626-632.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

BCC e RMDF conceberam a ideia inicial do artigo, redigiram e revisaram o texto final. RMDF também coordenou a pesquisa.

TFS contribuiu com a revisão do artigo. ACTJ contribuiu com a tradução do instrumento e com revisões críticas do texto. NMS contribuiu com a tradução reversa do instrumento e revisão crítica do texto.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosa Malena Delbone de Faria
Av. Alfredo Balena, 190 – apto 400
Santa Efigênia – Belo Horizonte
CEP 30130-100 – MG
E-mail: rmdfmedicina@gmail.com