

Adaptação do Questionário de Confiança no Médico em Pacientes com Diabetes Tipo 2 e seus Companheiros

Adaptation of Trust in Physician Scale for Patients with Type 2 Diabetes and their Partners

Maria da Graça Pereira*, Susana Pedras & José Cunha Machado
Universidade do Minho, Braga, Portugal

Resumo

O presente estudo teve como objetivo estudar as características psicométricas do *Trust in Physician Scale* numa amostra Portuguesa de diabéticos tipo 2 e seus companheiros. Participaram no estudo 340 diabéticos diagnosticados no ano anterior a avaliação e respectivos companheiros. O estudo da validade revelou dois fatores que explicaram 53,66% da variância total: “Escala de Confiança na Relação” que explica 40,28% da variância e “Escala de Confiança na Competência” que explica 13,38%, nos diabéticos, e 53,56% da variância total, 41,43% e 12,12% respectivamente. A escala apresenta boa validade convergente estando correlacionada com a adesão à medicação e uma boa validade discriminante em termos de idade e gênero reunindo as condições para ser utilizado em pacientes diabéticos Portugueses e seus companheiros.

Palavras-chave: Aliança para tratamento, diabetes mellitus, adesão.

Abstract

The present study focused on the psychometric properties of the Portuguese version of Trust in Physician Scale (TPS) in a sample of Portuguese type 2 diabetics and their partners. Three hundred and forty diabetics diagnosed in the year prior to the assessment participated in the study as well as their partners. The validity study revealed two factors that explained 53.66% of the total variance: “Trust in Relationship” explains 40.28% of the variance and “Trust in Competence” explains 13.38% of the variance for the diabetics; and for their partners 53.56% of total variance, 41.43% and 12.12%, respectively. The scale shows good convergent validity being correlated with adherence to medication and a good discriminant validity in terms of age and gender validity gathering the necessary conditions for its use with Portuguese diabetic patients and their partners.

Keywords: Therapeutic relationship, diabetes mellitus, adherence.

A confiança no médico é um conceito complexo e as opiniões são divergentes. Se alguns autores referem que a confiança incluiu aspectos técnicos, como a perícia do profissional, outros reconhecem as competências interpessoais, como a comunicação, empatia e respeito, como sendo fatores fundamentais para a construção de uma relação de confiança entre médico e doente (Hall, Dugan, Zheng, & Mishra, 2001; Hojat et al., 2011; Pearson & Raeke, 2000).

Vários estudos identificaram conjuntos de fatores associados à confiança no médico como as características do paciente, características do médico e factores relacionais (Thom, 2000; Thom, Mark, Hall, & Pawlson, 2004). No entanto, outros fatores como a escolha do médico, a duração da relação e contextos de gestão de cuidados têm

sido sugeridos como fortes preditores da confiança (Thom, 2001). A falta de confiança no médico pode ser vista por alguns autores como uma barreira à relação ótima entre o médico e paciente, no sentido em que os pacientes devem ser envolvidos na procura de informação e, na escolha do médico e do melhor tratamento, bem como em assumir responsabilidades pelas suas decisões (Englehardt, 1996). Outros autores referem que os indivíduos com doenças graves se beneficiam em ter uma relação forte e de grande confiança com o médico dado que isso os ajudará a lidar com o medo e a incerteza da doença já que a desconfiança no médico poderá ser um factor que contribui para a não adesão terapêutica (Hall et al., 2001; Safran et al., 1998; Thom, Ribisl, Stewart, & Luke, 1999).

A confiança no médico desempenha um papel importante na consulta independentemente do papel ativo ou passivo que o paciente deseja assumir (Brown et al., 2002; Caress, Luker, Woodcock, & Beaver, 2002; Kenny, Quine, Shiell, & Cameron, 1999; Kraetschmer, Sharpe, Urowitz, & Deber, 2004). Kraetschmer et al. (2004) avaliaram a re-

* Endereço para correspondência: Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, Braga, Portugal 4710-057. E-mail: gracep@psi.uminho.pt
Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

lação entre a confiança do paciente no médico e o desejo de ter um papel participativo nas decisões sobre o tratamento médico através do *Trust in Physician Scale*. No referido estudo, com 606 pacientes, apenas 2,9% referiram preferir um papel mais autônomo. De acordo com os autores, a maioria dos pacientes (67,3%) prefere uma tomada de decisão partilhada ou um papel menos ativo. Por sua vez, o desejo de um papel passivo estava associado a elevados níveis de confiança, e o desejo de um papel autônomo, a níveis mais baixos de confiança. Os doentes que preferiam um papel partilhado também exibiam elevados níveis de confiança, mas não confiança absoluta no profissional de saúde. A análise de variância revelou que a relação significativa entre confiança e papel desejado do paciente se mantinha significativo mesmo após controlar os factores demográficos como sexo, idade e educação.

Segundo Ruggiero et al. (1997), os pacientes que têm maior confiança no médico e foram incluídos no processo ativo de participação na tomada de decisão aderem melhor aos autocuidados na diabetes, à medicação, à dieta e ao exercício físico, embora de forma menos evidente. Os pacientes que estão ativamente envolvidos nas decisões médicas apresentaram menos dificuldades no cumprimento dos autocuidados associados à diabetes.

Thom (2001) estudou a relação entre os comportamentos dos médicos e a confiança do paciente e verificou que comportamentos como ser reconfortador, cuidador, demonstrar competência, encorajar e responder a questões, dar explicações, recomendar um especialista, se necessário, estão associados à confiança no médico. Assim, comportamentos como cuidar e reconfortar são tão importantes na predição da confiança do paciente como a competência técnica e as competências comunicacionais (expressiva e receptiva), que por sua vez se encontram relacionadas à satisfação do paciente. Segundo o autor, os atributos do médico identificados pelos pacientes como geradores de confiança podem ser agrupados em vários domínios: competência técnica, competência interpessoal e agência. A competência técnica refere-se a percepção que o doente tem das competências profissionais, a competência interpessoal refere-se primariamente às habilidades de comunicação e de construção da relação – ouvir, compreender, fornecer informação completa e expressar carinho. Finalmente, a agência é a dimensão mais específica da confiança e refere-se ao agir no interesse do paciente – e.g., colocar o bem-estar do paciente acima de custos e de outras considerações. Um domínio adicional, a confidencialidade, é raramente mencionado pelos pacientes e está associada, de forma mais fraca, ao conceito de confiança.

A incidência da diabetes tem aumentado na população mundial sendo considerada, por isso, uma das maiores causadoras de morbidade e mortalidade na actualidade (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2009). A SPD, em 2002, definiu a diabetes como uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo

dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou acção da insulina, ou de ambas. O tratamento exige a toma de medicação oral bem como alterações no estilo de vida ao nível dos autocuidados (Duarte, 2004).

Existem estudos que evidenciam a relação entre a confiança no médico e a adesão terapêutica à medicação e à mudança de estilo de vida na diabetes. Assim, os pacientes que confiam no médico apresentam maior controle e capacidade de lidar com os autocuidados na diabetes, bem como uma melhor saúde física e mental (Egede & Michel, 2006). Safran et al. (1998) verificaram que a maior confiança dos pacientes no médico estava significativamente associada à maior probabilidade de relatar o envolvimento no exercício físico e cessação tabágica (Safran et al., 1998). Um nível elevado de confiança no médico e participação na tomada de decisão estão também associados a um valor mais baixo de HbA1c e de colesterol (LDL), a relatos de uma maior adesão à medicação prescrita aos autocuidados e a uma melhor gestão da doença (Alazri & Neal, 2003; Bonds, Camacho, et al., 2004; Parchman, Zeber, & Palmer, 2010; Thom et al., 1999; Yin-Yang & Lin, 2009).

Os estudos são consensuais quando referem a importância do apoio familiar em adultos com diabetes tipo 2 dado que o tratamento da diabetes envolve frequentemente o companheiro ao nível dos autocuidados (e.g. compra e preparação da alimentação, envolvimento no exercício físico) e da adesão à medicação (Coyné & Smith, 1994; Garay-Sevilla et al., 1995; Trief, Ploutz-Snyder, Britton, & Weinstock, 2004).

Embora a literatura não revele uma relação direta entre a confiança do companheiro no médico e a adesão terapêutica no diabético, dada a conhecida importância do companheiro nos autocuidados, é legítimo pensar que a confiança do companheiro no médico possa também influenciar os comportamentos de adesão do diabético (Trief, Himes, Orendorff, & Weinstock, 2001; Trief et al., 2004).

A literatura também indica que existem características dos pacientes que interferem na confiança depositada no médico nomeadamente a idade, o género e o nível de educação (Bonds, Foley, Dugan, Hall, & Extrom, 2004; Fiscella et al., 2004; Freburger, Callahan, Currey, & Anderson, 2003). No estudo de Berrios-Rivera et al. (2006), um elevado nível de educação, uma saúde pobre e ser mais velho estavam associados a uma diminuição da confiança no médico.

Assim, o objetivo do presente estudo foi estudar as características psicométricas do “*Trust in Physician Scale*” (TPS; Anderson & Dedrick, 1990) em uma amostra portuguesa de diabéticos tipo 2 e seus companheiros no sentido de disponibilizar um instrumento útil que permita a avaliação, na diáde, da confiança no médico, por um lado, e, por outro, avaliar a relação entre a confiança no médico, pacientes e companheiros e a adesão à medicação, por parte do diabético. Pretende-se também avaliar o impacto

da idade, género, nível de escolaridade e duração do diagnóstico do diabético na confiança no médico.

Método

Participantes

No estudo participaram 340 pacientes diabéticos (58% homens e 42% mulheres) diagnosticados com diabetes tipo 2. A média de idades foi de 59 anos (DP 10,4) e 67% da amostra possuía o 1º ciclo de escolaridade (4 anos de escolaridade) e 14,7% o 2º ciclo (6 anos de escolaridade). Além disso, 57% dos diabéticos tinham sido diagnosticados nos últimos 6 meses e 38% entre 7 e 12 meses, todos encontravam-se medicados com medicação oral.

Participaram também no estudo 340 companheiros (40% homens e 60% mulheres), com uma média de idades de 59 anos (DP 10,6); 55,6% dos companheiros tinha o 1º ciclo seguidos de 13,7% com o 2º ciclo.

Os critérios de inclusão incluíram diagnóstico de diabetes até um ano no momento da avaliação, estar exclusivamente a tomar medicação oral, ter companheiro e mais de 18 anos.

Instrumentos

A Escala de Confiança no médico foi desenvolvida por Anderson e Dedrick (1990) para avaliar o grau de confiança do paciente no médico. É um instrumento de auto-relato constituído por 11 itens, que avaliam três dimensões da confiança: (a) confiança no médico, (b) confiança no conhecimento e capacidades do médico e (c) confidencialidade e validade da informação fornecida pelo médico. Os itens são respondidos numa escala Likert de 5 pontos. A cotação é o somatório de todos os itens invertendo os itens 1, 5, 7 e 11. Valores elevados indicam maior confiança no médico. Anderson e Dedrick (1990) mencionam pontos de corte: Baixa confiança (resultados <3); Confiança moderada (resultados entre 3 e 3,99); Confiança elevada (resultados entre 4 e 5) e referem um alfa de 0,85 para a escala total não indicando alfas para as subescalas. Kraetschmer et al. (2004) também utilizaram a escala total tendo encontrado um alfa de 0,91.

O “*Medication Adherence Report Scale*” (MARS; Horne, 2001) tem por objectivo avaliar os níveis de adesão à medicação, nomeadamente a frequência com que os sujeitos ajustam ou alteram as doses prescritas pelo médico. A MARS é composta por 5 itens (Horne, 2001). Resultados elevados indicam maiores níveis de adesão. Este instrumento possui propriedades psicométricas razoáveis ao nível da fidelidade, apresentando um alfa de 0,70 na versão original e de 0,74 numa versão portuguesa adaptada em diabéticos tipo 2 (Pereira, Pedras, & Machado, 2013).

Procedimento

O estudo foi aprovado pela comitê de ética de saúde da zona norte de Portugal. A amostra foi recolhida em postos de saúde familiares. Todos os participantes eram

conhecedores do objetivo do estudo e assinaram um termo de consentimento informado.

O processo de tradução e adaptação teve como base a orientação proposta por Bradley (1996) e decorreu de acordo com o seguinte procedimento: tradução pelo investigador e simultaneamente por tradutor independente; confronto das versões para elaboração da primeira versão em português; retroversão por tradutor independente, não conhecedor da versão inicial em língua inglesa; confronto de versões (original e retrovertida), com o objectivo de avaliar a identidade do conteúdo dos itens e adaptação e correcção dos termos técnicos por um médico; pré-teste com 10 diabéticos e seus companheiros para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão de investigação e finalmente a elaboração da versão utilizada no presente estudo.

Em termos de análise de dados, as características psicométricas do *Trust in Physician Scale*, foram avaliadas com recurso à análise factorial exploratória, rotação varimax, ao nível da validade. O cálculo da fidelidade foi realizado com recurso ao Alfa de Cronbach. Por sua vez, recorreu-se ao uso do coeficiente de correlação de Pearson para analisar a relação entre a confiança no médico e a adesão a medicação tendo em consideração a idade e o género bem como a relação entre a confiança no médico, por parte dos doentes, e a confiança no médico, por parte dos companheiros, e finalmente, a relação entre a confiança no médico, por parte do companheiro, e a adesão à medicação no doente. Finalmente, a análise das diferenças, na confiança do médico, em termos da idade e género dos pacientes foram realizadas através de t testes.

Resultados

Propriedade Psicométricas do “*Trust in Physician Scale*” (TPS)

No presente estudo a consistência interna da escala é de 0,82 apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre 0,26 e 0,71. Os itens 9 e 10 são aqueles que apresentam correlações mais baixas com o total da escala ($r=0,26$; $r=0,40$) respectivamente.

O estudo da validade incluiu a análise factorial em componentes principais, com rotação ortogonal através do método varimax. A adequabilidade da análise factorial aos itens, através da verificação da existência de correlações significativas entre eles, foi confirmada nos diabéticos pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,813$) e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($QQ=1768,6$; $gl=55$, $p\leq 0,000$) e nos companheiros ($KMO=0,879$) e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($QQ=1384,6$; $gl=55$, $p\leq 0,000$).

Os resultados obtidos nos diabéticos revelaram que a melhor solução inclui dois fatores que explicam 53,66% da variância total dos resultados. O primeiro fator denomina-se “Escala de Confiança na Relação” e explica 40,28% da variância e o segundo fator, “Escala de Confiança na

Competência” explica 13,38% da variância. Nos companheiros, a melhor solução inclui os mesmos dois fatores que explicam 53,56% da variância total dos resultados. O fator “Confiança na Relação” explica 41,43% da variância e o segundo fator, “Confiança na Competência” explica 12,12% da variância. As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os

resultados. Nos diabéticos os alfas encontrados foram: 0,82 na escala total, 0,73 na subescala “Confiança na Relação” e 0,77 na subescala “Confiança na Competência”. Nos companheiros, os alfas encontrados foram respectivamente 0,81, 0,68 e 0,80 (as Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados).

Tabela 1
Análise Fatorial da Escala Confiança no Médico (TPS)

Item	Diabéticos		Companheiros	
	1	2	1	2
4 - Se o meu médico me diz alguma coisa, eu acredito que seja verdade	0,777	0,328	0,796	-0,232
6 - Eu confio nos juízos do meu médico sobre os meus cuidados de saúde	0,762	0,300	0,808	
1 - Eu duvido que o meu médico se interesse realmente por mim como pessoa	-0,714			0,765
7 - Eu sinto que o meu médico não faz tudo o que está ao seu alcance pelos meus cuidados médicos	-0,701		-0,341	0,642
5 - Por vezes não confio na opinião do meu médico e gostaria de uma segunda opinião	-0,650		-0,276	0,718
11 - Algumas vezes preocupo-me que o meu médico não mantenha as informações discutidas nas nossas conversas confidenciais	-0,454			0,494
10 - Eu confio que o meu médico me conte se algum erro foi cometido durante o meu tratamento	0,429		0,409	-0,354
8 - Eu acredito que o meu médico coloca as minhas necessidades médicas acima de tudo quando está a tratar os meus problemas de saúde		0,854	0,808	
2 - Habitualmente, o meu médico tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro plano	0,333	0,815	0,780	
3 - Eu confio tanto no meu médico que tento sempre seguir os seus conselhos		0,794	0,798	-0,231
9 - O meu médico é um especialista em tratar problemas médicos como o seu		0,565	0,532	

Notas. Resultados escala diabéticos: Alfa de Cronbach= 0,82; 11 itens. Resultados escala companheiros: Alfa de Cronbach=0,81; 11 itens

Tabela 2

Análise Factorial e Fidelidade da Subescala Confiança na Relação nos Diabéticos e Companheiros

Item	Diabéticos		Companheiros	
	Saturação	Correlação do item com a escala	Saturação	Correlação do item com a escala
4 - Se o meu médico me diz alguma coisa, eu acredito que seja verdade	0,777	0,631	-0,232	0,451
1 - Eu duvido que o meu médico se interesse realmente por mim como pessoa	-0,714	0,471	0,765	0,473
7 - Eu sinto que o meu médico não faz tudo o que está ao seu alcance pelos meus cuidados médicos	-0,701	0,499	0,642	0,511
5 - Por vezes não confio na opinião do meu médico e gostaria de uma segunda opinião	-0,650	0,471	0,718	0,563
11 - Algumas vezes preocupo-me que o meu médico não mantenha as informações discutidas nas nossas conversas confidenciais	-0,454	0,422	0,494	0,201
10 - Eu confio que o meu médico me conte se algum erro foi cometido durante o meu tratamento	0,429	0,370	-0,354	0,350

Notas. Resultados diabéticos: Valor próprio = 4,431; Variância explicada=40,28%; Alfa de Cronbach =0,73; 6 itens. Resultados companheiro: Valor próprio = 4,557; Variância explicada=41,43%; Alfa de Cronbach = 0,68; 6 itens.

Tabela 3

Análise Factorial e Fidelidade da Subescala Confiança na Competência do Médico nos Diabéticos e-Companheiros

Item	Diabéticos		Companheiros	
	Saturação	Correlação do item com a escala	Saturação	Correlação do item com a escala
6 - Eu confio nos juízos do meu médico sobre os meus cuidados de saúde	0,300	0,437	0,808	0,658
8 - Eu acredito que o meu médico coloca as minhas necessidades médicas acima de tudo quando está a tratar os meus problemas de saúde	0,854	0,765	0,808	0,689
2 - Habitualmente, o meu médico tem em consideração as minhas necessidades e coloca-as em primeiro plano	0,815	0,726	0,780	0,653
3 - Eu confio tanto no meu médico que tento sempre seguir os seus conselhos	0,794	0,639	0,798	0,661
9 - O meu médico é um especialista em tratar problemas médicos como o seu	0,565	0,308	0,532	0,412

Notas. Resultados nos diabéticos: Valor próprio = 1,472; Variância explicada= 13,38%; Alfa de Cronbach = 0,77; 5 itens. Resultados nos companheiros: Valor próprio = 1,331; Variância explicada=12,12%; Alfa de Cronbach = 0,80; 5 itens.

Ainda ao nível da validade de construto, verificou-se uma relação positiva entre a Confiança no médico (TPS total), as duas subescalas do TPS e a adesão à medicação avaliada pelo MARS (*Medication Adherence Report Scale*) sugerindo que quanto maior a confiança no médico maior a adesão à medicação. A Tabela 4 apresenta os resultados.

Verificou-se que a confiança no médico por parte dos diabéticos está significativamente correlacionada de forma positiva e moderada com a confiança no médico (total) por parte do companheiro ($r= 0,353, p =0,001$). O mesmo aconteceu nas subescalas confiança na relação

($r= 0,301, p=0,001$) e confiança na competência ($r=0,274, p=0,001$). Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a confiança no médico (total), por parte do companheiro, e a adesão à medicação no diabético. Contudo, verificou-se uma relação marginalmente significativa ($p \leq 0,010$) entre a confiança na relação, por parte do companheiro, e a adesão à medicação no diabético ($r=0,102; p=0,061$).

Na presente amostra, a partir dos pontos de corte referidos pelos autores originais, verificamos que nos diabéticos, 3% da amostra apresenta baixa confiança, 31% moderada e 65% elevada e nos companheiros os resultados foram respectivamente 3%, 39% e 59%.

Tabela 4

Relações Significativas entre as três escalas do TPS e o MARS (*Medication Adherence Report Scale*) nos Diabéticos e Companheiros

Escalas	Adesão à Medicação	
	Correlação	<i>p</i>
Escala de Confiança no Médico (Total)	0,160	0,002
Escala de Confiança na Relação com o Médico	0,167	0,001
Escala de Confiança na Competência do Médico	0,126	0,013
Escala de confiança na Relação com o Médico (Companheiro)	0,102	0,060

Tabela 5

Relações entre as Escalas do TPS (Total, Confiança na Relação, Confiança na Competência) e MARS (*Medication Adherence Report Scale*) em Função da Idade e Género nos Diabéticos

Escalas	Factores	Grupos	Adesão à Medicação	
			Correlação	<i>p</i>
Escala de Confiança no Médico (total)	Idade	≥ 60 ($n=180$)	0,179	0,016
		< 60 ($n=206$)	0,151	0,030
	Sexo	Masculino ($n=224$)	0,218	0,001
		Feminino ($n=163$)	0,082	0,298
Escala de Confiança na Relação	Idade	≥ 60 ($n=180$)	0,169	0,023
		< 60 ($n=206$)	0,169	0,015
	Sexo	Masculino ($n=224$)	0,207	0,002
		Feminino ($n=163$)	0,117	0,137
Escala de Confiança na Competência	Idade	≥ 60 ($n=180$)	0,146	0,050
		< 60 ($n=206$)	0,115	0,099
	Sexo	Masculino ($n=224$)	0,189	0,005
		Feminino ($n=163$)	0,041	0,601

Validade Discriminante

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na confiança total ($t=0,757$; $p=0,450$), confiança na relação ($t= -0,287$; $p=0,775$) e confiança na competência ($t=1,290$; $p= 0,198$), ao nível do gênero. Contudo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da idade nas subescalas confiança na competência, dado que os diabéticos com menos de 60 anos apresentaram maior confiança nas competências do médico do que os mais velhos ($t=2,071$; $p=0,039$).

No que diz respeito à relação entre a confiança no médico e a adesão à medicação verificaram-se relações estatisticamente significativas em função do gênero e da idade. Os diabéticos homens que apresentam confiança na relação e confiança nas competências aderem mais à medicação. Em relação à idade, tanto os diabéticos mais novos quanto os mais velhos apresentam elevada confiança no médico (total) e confiança na relação associadas à adesão. A confiança na competência encontra-se associada à adesão apenas nos mais velhos. A Tabela 5 apresenta os resultados.

No que diz respeito à escolaridade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na confiança total ($t=0,100$; $p=0,921$); confiança na relação ($t=1,096$; $p=0,274$) e na confiança na competência ($t= -0,559$; $p=0,576$). Relativamente à duração do diagnóstico verificamos diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos diagnosticados entre os 7 e 12 meses ao nível da confiança no médico ($t= -2,659$; $p=0,008$) e da confiança na relação ($t= -3,318$; $p= 0,001$).

Discussão

Os resultados do estudo de validação da Escala de Confiança no Médico revelaram dois fatores: “Confiança nas competências do médico” e “Confiança na relação com o médico” em diabéticos e nos seus companheiros com alfas aceitáveis que permitem a sua utilização. Embora, Anderson e Dedrick (1990) tenham sugerido a existência de três subescalas: confiança no médico, confiança no conhecimento e capacidades do médico e confidencialidade e validade da informação fornecida pelo médico, na verdade não forneceram os respectivos alfas. No presente estudo, em diabéticos e companheiros, foram encontradas apenas duas subescalas. A avaliar pela distribuição dos itens, a escala de confiança nas competências do médico inclui os itens de confiança no conhecimento e capacidades do médico bem como da confidencialidade e validade da informação. Finalmente a escala confiança na relação, no presente estudo, inclui os itens da escala original confiança no médico.

Segundo a literatura, a competência profissional e as características da relação com o médico são fatores associados ao nível de confiança depositada pelos pacientes (Thom, 2000). Assim, neste estudo, verificou-se a presença de duas subescalas com alfas aceitáveis que permitem a sua utilização.

Verificamos também, nos diabéticos, uma relação entre a confiança no médico e a adesão à medicação. Este resultado vem ao encontro de outros estudos que enfatizam o papel preponderante da confiança que os pacientes depositam no seu médico e sua influência na adesão à medicação prescrita (Bonds, Camacho, et al., 2004; Parchman et al., 2010; Thom et al., 1999; Yin-Yang & Lin, 2009).

No presente estudo, a confiança no médico dos pacientes está relacionada à confiança no médico, por parte dos companheiros. Por sua vez, a confiança na relação com o médico, por parte do companheiro, está marginalmente associada à adesão à medicação, no diabético. Este resultado, embora marginal é interessante revelando a importância do companheiro na adesão aos comportamentos de autocuidados e adesão à medicação do diabético (Trief et al., 2003; Trief, Wade, Britton, & Weinstock, 2002). Assim, o presente estudo vem colmatar uma lacuna sobre a importância da confiança no médico, por parte do companheiro, na adesão terapêutica do paciente diabético tal como tinha sido sugerido na introdução. Estudos futuros deveriam avaliar o impacto da confiança no médico por parte do companheiro, ao nível da adesão aos autocuidados na gestão da doença.

No presente estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas, nos diabéticos, ao nível do gênero na confiança no médico, mas verificaram-se diferenças ao nível da idade dado que os diabéticos com menos de 60 anos apresentaram maior confiança nas competências do médico do que os mais velhos. Estes resultados estão de acordo com e Berrios-Rivera et al. (2006), que encontraram que ser mais velho e ter mais escolaridade estava associado a menor confiança no médico. Contudo, neste estudo, devido ao facto da amostra ser bastante homogênea ao nível da escolaridade (82% da amostra possui apenas 6 anos de escolaridade) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade.

No que diz respeito à relação entre a confiança no médico e a adesão à medicação verificamos relações estatisticamente significativas em função do gênero e da idade. Assim, os diabéticos homens que apresentam confiança no seu médico, e particularmente na relação e competências, aderem mais à medicação, enfatizando a relação entre a confiança e a adesão. A mesma relação não foi encontrada para mulheres. Possivelmente, como outros estudos referem, variáveis do médico podem ser relevantes nesta relação tais como o gênero e o estilo de comunicação (Derose, Hays, McCaffrey, & Baker, 2001; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). Em relação à idade, os diabéticos mais novos bem como os mais velhos que apresentam uma elevada confiança total no médico e na relação aderem à medicação. A confiança nas competências está associada à adesão nos pacientes mais velhos. De facto, os pacientes mais velhos necessitam de ter mais confiança no médico porque não possuem tantos conhecimentos sobre a doença bem como acesso a meios de informação sobre saúde (e.g. internet) quando comparados com os mais novos (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005).

Relativamente à duração do diagnóstico verificamos diferenças estatisticamente significativas na confiança no médico total e na confiança na relação, nos diabéticos diagnosticados entre os 7 e 12 meses, ao nível da adesão, indicando que os diabéticos com uma maior duração da doença aderem mais e confiam mais no médico. Este resultado pode estar associado ao fato de uma maior duração da doença estar associada a uma melhor relação terapêutica e de confiança no médico (Fiscella et al., 2004).

Estudos futuros deveriam estudar se a confiança no médico tem um papel moderador ou mediador na relação entre a adaptação à doença e a adesão terapêutica assim como estudar o papel da confiança no médico noutras doenças crônicas quer do ponto de vista do doente quer do companheiro(a).

Conclusões

A versão portuguesa do *Trust in Physician Scale* apresenta-se com um número total de itens idêntico à versão original. Na versão Portuguesa, a escala apresenta duas subescalas: a escala Confiança na Relação que é constituída por 6 itens e a escala Confiança nas Competências que é constituída por 5 itens, para ambos diabéticos e companheiros. A escala de Confiança no Médico (total) apresenta um alfa semelhante ao da versão original. A subescala confiança na relação, nos companheiros, apresenta um alfa de 0,68 que pode ser considerado uma limitação apesar de se encontrar muito próximo do 0,70 recomendado (Nunnally, 1978). Assim, sugerimos que em amostras não clínicas seja utilizada a escala total.

Por fim, o questionário de confiança no médico apresenta uma elevada validade convergente, correlacionando-se de forma significativa com a adesão à medicação (MARS) e com a confiança no médico avaliadas pelo companheiro.

A relação entre a confiança no médico, a confiança na relação e a confiança nas competências, e a adesão à medicação, nos diabéticos, é sensível ao gênero e idade.

Finalmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na confiança no médico em função do gênero ou da escolaridade dos diabéticos embora se tenham encontrado diferenças ao nível da idade e da duração do diagnóstico.

Assim, a escala de confiança no médico apresenta as características psicométricas que permitem a sua utilização quer em diabéticos tipo 2 quer nos seus companheiros.

Referências

- Alazri, M. H., & Neal, R. D. (2003). The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Medicine*, 20(6), 486-490.
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in Physician Scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Berrios-Rivera, J. P., Street, R. L., Popa-Lisseanu, M. G., Kallen, M. A., Richardson, M. N., Janssen, N., ... Suarez-Almazor, M. E. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, 55(3), 385-393.
- Bonds, D. E., Camacho, F., Bell, R. A., Duren-Winfield, V. T., Anderson, R. T., & Goff, D. C. (2004). The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Family Practice*, 5(26), 1-7.
- Bonds, D. E., Foley, K. L., Dugan, E., Hall, M. A., & Extrom, P. (2004). An exploration of patients' trust in physicians in training. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 15, 294-306.
- Bradley, C. (1996). *Handbook of Psychology and Diabetes. A Guide to Psychological Measurement Diabetes Research and Practice*. London: Harwood Academic.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Henman, M., Dunn, S. M., Boyle, F., & Tattersall, M. H. N. (2002). Responding to the active and passive patient: Flexibility is the key. *Health Expectations*, 5, 236-245.
- Caress, A.-L., Luker, K., Woodcock, A., & Beaver, K. (2002). A qualitative exploration of treatment decision-making role preference in adult asthma patients. *Health Expectations*, 5, 223-235.
- Coyne, J. C., & Smith, D. (1994). Couples coping with a myocardial infarction: Contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of Family Psychology*, 8(1), 43-54.
- Derose, K., Hays, R., McCaffrey, D., & Baker, D. (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the Emergency Department? *Journal of General Internal Medicine*, 16, 218-226.
- Duarte, R. (Ed.). (2004). *Diabetologia clínica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Egede, L. E., & Michel, Y. (2006). Medical mistrust, diabetes self-management, and glycemic control in an indigent population with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 29(1), 131-132.
- Englehardt, H. (1996). *The foundations of bioethics* (2nd ed.). New York: Oxford University Press
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., ... Epstein, R. M. (2004). Patient trust: Is it related to patient centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42, 1049-1055.
- Freburger, J. K., Callahan, L. F., Currey, S. S., & Anderson, L. A. (2003). Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis & Rheumatism*, 49, 51-58.
- Garay-Sevilla, M. E., Nara, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Diaz de Leon, J., Mena, A., ... Fajardo, M. E. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with NIDDM. *Journal of Diabetes and its Complications*, 9, 81-86.
- Gray, N., Klein, J., Noyce, P., Sesselberg, T., & Cantrill J. (2005). Health information seeking behavior in adolescence: The place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1467-1478.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- Hojat, M., Louis, D., Markham, F., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonella, J. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Horne, R. (2001). Non-adherence to medication: Causes and implications for care. In P. Gard (Ed.), *A behavioral approach to pharmacy practice* (pp. 111-130). Oxford, UK: Blackwell

- Kenny, P., Quine, S., Shiell, A., & Cameron, S. (1999). Participation in treatment decision-making by women with early stage breast cancer. *Health Expectations*, 2, 159-168.
- Kraetschmer, N., Sharpe, N., Urowitz, S., & Deber, R. B. (2004). How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expectations*, 7, 317-326.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parchman, M. L., Zeber, J. E., & Palmer, R. F. (2010). Participatory decision making, patient activation, medication adherence and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: A STARNet Study. *Annals of Family Medicine*, 8(5), 410-417.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' Trust in Physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 509-513
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (no prelo). Adaptação do questionário de adesão à medicação numa amostra de pacientes Portugueses com Diabetes tipo 2. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*.
- Ruggiero, L., Glasgow, R., Dryfoos, J. M., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Orleans, C. T., ...Johnson, S. (1997). Diabetes self-management. Self-reported recommendations and patterns in a large population. *Diabetes Care*, 20, 568-576.
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47, 213-220.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2009). *Estudo da prevalência de diabetes em Portugal*. Retirado de <http://www.spd.pt/>
- Street, R., Makoul, G., Arora, N., & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Education and Counseling*, 74, 295-301.
- Thom, D. H. (2000). Training physicians to increase patient trust. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 249-255.
- Thom, D. H. (2001). Physician behaviors that predict patient trust. *The Journal of Family Practice*, 50, 323-328.
- Thom, D. H., Mark, A., Hall, L., & Pawlson, G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford trust study physicians. *Medical Care*, 37, 510-517.
- Trief, P. M., Himes, C. L., Orendorff, R., & Weinstock, R. S. (2001). The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1384-1389.
- Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R., Britton, K. D., & Weinstock, R. S. (2004). The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Diabetes Care*, 27, 148-154.
- Trief, P. M., Sandberg, J., Greenberg, R. P., Graff, K., Castronova, N., Yoon, M., & Weinstock, R. S. (2003). Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes. *Family Systems & Health*, 21, 57-67.
- Trief, P. M., Wade, M. J., Britton, K. D., & Weinstock, R. S. (2002). A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(7), 1154-1158.
- Yin-Yang, L., & Lin, J. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*, 68, 1060-1068.