



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**HABILIDADES SOCIAIS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE E SATISFAÇÃO NO ATENDIMENTO EM
SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO**

Cynthia Carvalho Jorge

São Carlos – SP
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**HABILIDADES SOCIAIS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE E SATISFAÇÃO NO ATENDIMENTO EM
SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO**

Cynthia Carvalho Jorge

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientação: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis

São Carlos – SP
2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

J82hs

Jorge, Cynthia Carvalho.

Habilidades sociais na relação médico-paciente e
satisfação no atendimento em serviço público e privado /
Cynthia Carvalho Jorge. -- São Carlos : UFSCar, 2015.
128 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2015.

1. Comunicação interpessoal. 2. Habilidades sociais. 3.
Satisfação. 4. Médico e paciente. 5. Sistema Único de
Saúde (Brasil). 6. Saúde privada. I. Título.

CDD: 153.6 (20^a)

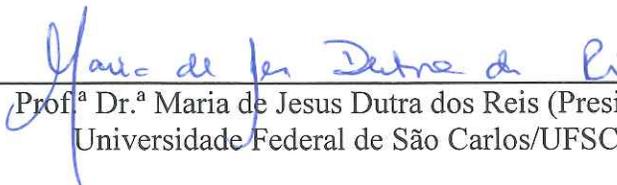


PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

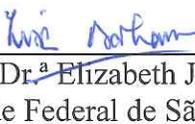
Cynthia Carvalho Jorge

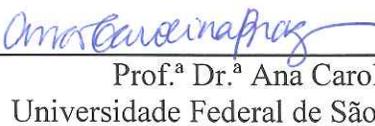
São Carlos, 19/02/2015


Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis (Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar


Prof.^a Dr.^a Alessandra Turini Bolsoni Silva
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" /UNESP- Bauru


Prof. Dr. Ubiratan Cardinali Adler
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar


Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar


Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Braz
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h no dia 19/02/2015.

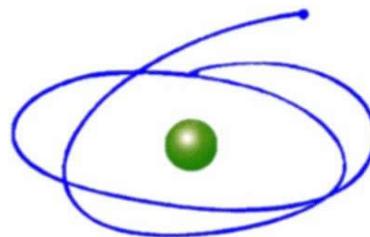
Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis
Prof.^a Dr.^a Alessandra Turini Bolsoni Silva
Prof. Dr. Ubiratan Cardinali Adler
Prof.^a Dr.^a Elizabeth Joan Barham
Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Braz

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Deisy das Graças de Souza
Coordenadora do PPGpsi



C A P E S

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

A pesquisa teve financiamento da Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
(CAPES)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo amor, carinho, e incentivo que me proporcionaram todos os dias de minha vida. Mãe, mesmo passando por tantas dificuldades, você foi a pessoa que mais me impulsionou para a realização deste trabalho; só tenho a agradecer pelo afeto de sempre, e pelas constantes palavras de incentivo. Pai, obrigada por confiar tanto em meu potencial e por se fazer presente em todos os momentos.

Ao meu amor Thiago, por ser a primeira pessoa que me incentivou a seguir a carreira acadêmica. Obrigada pelo afeto, carinho, paciência, e pela generosa transmissão de conhecimentos que tanto me ajudaram. Sou muito grata por você estar sempre ao meu lado nesses 9 anos juntos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis, por ter me ensinado tanto nesses anos de convivência. Obrigada por acreditar em meu potencial, por me tranquilizar nos instantes de aflições e ansiedades, e por tornar os momentos de orientação sempre tão gostosos e divertidos.

À Dra. Ana Carolina Braz, que além de ser uma pessoa muito querida em minha vida, foi também minha banca de qualificação e defesa. Carol, obrigada por ter me incentivado a entrar no mestrado e por ter contribuído de forma tão valiosa no meu trabalho.

À minha professora da graduação e banca de qualificação, Dra. Nelsi Saletе Tonini, que sempre esteve presente em minha vida acadêmica. Nelsi, obrigada pelos ensinamentos, pela disponibilidade em me ajudar e por sempre acreditar em mim.

Aos professores componentes da banca de defesa, Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva, Dr. Ubiratan Adler e Dra. Elizabeth Joan Barham, pela leitura cuidadosa e pelas contribuições fundamentais para o meu trabalho. Obrigada por estarem presentes

nesse momento tão especial. Agradeço também a Dra. Patrícia Waltz Schelini e Dra. Mirhelen Mendes de Abreu por aceitarem o convite para suplentes da banca.

Ao meu irmão Paulo Vinicius e minha cunhada Gabriela, pela amizade, companheirismo, constantes palavras de conforto, e pelos deliciosos momentos de lazer. Obrigada pelo incentivo e amor de sempre!

Aos meus sogros, Nicolau e Margarete, e aos meus cunhados, Eduardo e Emanuelle, por serem sempre presentes e amorosos, transmitindo apoio e carinho. Agradeço também a Maria Eduarda, que apesar de ter chegado recentemente em minha vida, já me proporcionou belos sorrisos, e me ensinou o que é viver o legítimo amor de tia.

À minha grande amiga Mariana, por estar ao meu lado todos os dias, seja presencialmente ou através dos diferentes meios de comunicação, seja em São Carlos ou em Cascavel. Obrigada pela amizade, colo e carinho! Você é especial demais em minha vida!

À minha amiga Luziane, por me transmitir tanto amor pela vida acadêmica. Obrigada por me proporcionar momentos tão reforçadores, e por fornecer contribuições tão valiosas para esse trabalho!

Às minhas amigas, Luciana, Chayane, Marina, Vanessa, Carolina, Fanny, Fernanda, pelos momentos de alegria, diversão, apoio, e por terem tornado São Carlos uma cidade tão acolhedora. Vocês são demais!

Aos colegas do PPGPSi, do mestrado e doutorado, por serem sempre tão queridos e acolhedores. Às minhas colegas de laboratório, Mônica, Bárbara, Thaísa, pelas parcerias e pelos encontros deliciosos e agradáveis.

Aos meus amigos, Adalberto e Félix, pelas hospedagens acolhedoras em São Carlos, ajudas nas mudanças, momentos de lazer, e pela amizade sempre tão valiosa.

Aos meus amigos de Cascavel por estarem constantemente por perto e proporcionando momentos tão memoráveis. À minha amiga do coração, Elyze, por sempre transmitir serenidade e palavras de amor e carinho. Às minhas queridas professoras de graduação por sempre acreditar no meu potencial e confiar na realização desse trabalho.

Aos médicos e pacientes que participaram dessa pesquisa. Sem vocês, esse trabalho não existiria. Obrigada por terem dedicado um tempo de seus dias para contribuir para a realização desse trabalho. Agradeço também aos coordenadores e responsáveis administrativos das instituições e dos serviços de saúde que abriram as portas para essa pesquisa e possibilitaram a realização da minha coleta.

Ao Professor Dr. Craig Campbell, e ao diretor executivo do Conselho de Medicina do Canadá, Ian Bower, por terem autorizado a tradução, adaptação, e uso do *Matched-Pair Instrument* para minha coleta de dados.

À Marinéia Duarte, pelas inúmeras ajudas, soluções, constante disposição e carinho.

À CAPES por ter financiado esse trabalho.

À Deus, por me conduzir com serenidade em cada passo desse trabalho, me fornecer forças nos períodos de dificuldade e ter tornado essa experiência tão inesquecível.

Jorge, C.C. (2015). *Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente e Satisfação no Atendimento em Serviço Público e Privado*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, SP. 142 páginas.

Resumo

A *Relação Médico-Paciente* tem sido identificada como uma variável importante na adesão, eficiência e eficácia do tratamento em saúde. As habilidades sociais do médico parecem ser componentes essenciais no estabelecimento de tal relação. O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar as habilidades sociais de médicos que atuam em serviços público e privado de saúde, examinando a relação entre a percepção de tais habilidades e a satisfação do paciente com o atendimento do profissional. O Estudo 1 descreve a tradução e adequação cultural do *Matched-Pair Instrument* (MPI), instrumento que afere as habilidades sociais do médico durante uma consulta. Participaram dezenove (19) pessoas nos processos de tradução e adaptação do instrumento. Análises psicométricas mostraram consistência interna satisfatória, para a versão dos pacientes ($\alpha = 0,886$), com propriedades similares ao instrumento original. O Estudo 2 visou avaliar as habilidades sociais do médico, através da auto-percepção do profissional e a percepção de seus pacientes. Além disso, foi investigado como a interação destas variáveis influenciavam na satisfação do paciente, nos serviços público e privado de saúde. Participaram 195 pacientes e 30 médicos distribuídos em ambas as redes de atendimento (público/privado). Os instrumentos utilizados foram: Versão Traduzida e Adaptada do *Matched-Pair Instrument* (MPI), Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette), e o Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM). Os resultados desse estudo indicaram que os pacientes ($M=77,55$; $DP=12,3$) possuíram uma percepção mais positiva das habilidades sociais dos médicos ($M=76,5$; $DP=11,8$), que os próprios profissionais, uma vez que apresentaram médias significativamente maiores no MPI; a correlação entre as percepções dos membros dessa díade mostrou-se baixa, porém estatisticamente significativa ($r=0,16$; $p=0,030$). No que se refere à avaliação das habilidades sociais dos médicos nos serviços de saúde, pode-se verificar que os profissionais ($M=76,49$; $DP=10,11$) e pacientes ($M=80,80$; $DP=10,59$) do sistema privado realizaram avaliações significativamente mais elevadas que os profissionais ($M=69,93$; $DP=13,55$) e pacientes ($M=72,31$; $DP=12,25$) do serviço público. Corroborando com esses dados, os profissionais que participaram da pesquisa em ambos os serviços de saúde se auto-avaliaram, e foram avaliados por seus pacientes, com escores significativamente ($p < 0,005$) mais elevados no serviço privado. Já, no que se refere à avaliação de satisfação, pode-se verificar que pacientes de ambas as redes demonstraram-se satisfeitos com o atendimento médico; todavia, usuários do setor privado apresentaram maiores escores de satisfação. Os níveis de insatisfação foram mais elevados no setor público, e estavam relacionados a questões como: *Tempo de espera*, *Duração do Atendimento* e *Sensibilidade do médico*. Os resultados desse estudo parecem mostrar que médicos que atuavam no serviço privado avaliaram-se e receberam avaliações mais satisfatórias de seus pacientes, no que se refere à disposição de habilidades sociais e satisfação com o atendimento, que aqueles que atendiam no serviço público. Pesquisas futuras foram sugeridas para aumentar a validade dos instrumentos utilizados. Os dados obtidos no estudo enfatizam a relevância da avaliação e da capacitação em habilidades sociais em profissionais de saúde.

Palavras-Chaves: Habilidades Sociais; Satisfação; Relação Médico-paciente; SUS; Sistema Privado de Atendimento.

Jorge, C. C. (2015). *Social Skills in the Doctor-Patient Relationship and Consultation's Satisfaction in Private and Social Health Service*. Dissertation presented in Graduated Program of Psychology in the *Universidade Federal de São Carlos*, SP. 142 pages.

Abstract

The *Doctor-Patient Relationship* has been identified as an important variable in Health Care's adherence, efficiency, and effectiveness; The Doctor's Social Skills, seem to be essential components in its establishment. The general aim of this study was to evaluate doctors' social skills who works in social and private health systems, examining the relations between these skills and patient satisfaction with regard to the medical consultation. The Study 1 describes the *Matched-Pair Instrument (MPI)*'s translation and cultural adaptation; the instrument assesses doctor's social skills during a consultation. Nineteen (19) individuals were involved in the translation and adaptation process. Psychometric analyzes showed satisfactory internal consistency for the patients version (*Cronbach's alpha*: $\alpha = 0,893$), presenting similar properties to the original version. The Study 2 aimed to evaluate the social skills of doctors in both Social and Private Health System, considering the self-perception of the professional and the patient's perceptions, and, examining how the interaction of these variables influence on patient satisfaction. The participants were 195 patients and 30 physicians, distributed in both health systems. The instruments used in the study were: the translated and validated version of the *Matched-Pair Instrument (MPI)*, a Partial Version of the Social Skills Inventory (HIS-Del-Prette), and the *Medical Care's Patient Satisfaction Evaluation Questionnaire (QASPAM)*. The overall average scores in the MPI for both Patients ($M = 77.5$, $SD = 12.3$) and Physicians ($M = 76.5$, $SD = 11.8$) showed low, positive and statistically significant correlation ($r = 0.16$, $p = 0.030$); The Patients showed significantly higher ratings than the Doctors' one. The professionals of social health system evaluated themselves as less skilled ($M=69,93$; $SD=13,55$) than the participants of private system ($M=76,5$; $SD = 10.1$). These data were similar to those obtained in the analysis of the patient's questionnaires, since the overall average of public system patients ($M=72.31$; $SD= 12.25$) was significantly lower than the average of the private system ($M=80.80$; $SD= 10.59$). The professionals who worked in both health systems rated themselves, and were rated by their patients, as significantly ($p < 0.000$) more skilled in the private system consultation than in the social one. Patients showed satisfaction with the service offered in both social and private health systems; however, private attended patients presented higher *satisfaction*' scores. The scores levels of discontentment in the social's attended patients were relatively higher than those of the private system, especially in the following items: The *Waiting Time* in the office, before the consultation; the *duration of the medical consultation* and *Medical Sensitivity*. Future research have been suggested to increase the validity of the instruments used for the investigation. The results of this study seem to show that physicians who work in the private service evaluated up and received more satisfactory evaluations of their patients, in relation to social skills and satisfaction with care, than those who work in the public service. The data obtained in this study emphasized the relevance of both evaluation and training social skills for health professionals.

Keywords: Social Skills; Satisfaction; Doctor-Patient Relationship; Social Health System; Private Health System.

Sumário

Resumo	vi
Abstract.....	vii
Sumário.....	viii
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras	xiii
Lista de Siglas e Abreviaturas	xiv
Introdução.....	1
Panorama Geral do Cenário Público e Privado de Saúde.....	2
Contextualização da relação médico-paciente.....	4
Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente.....	8
Habilidades Sociais e de Comunicação do Médico e os Efeitos em Saúde	15
O Conceito de Satisfação do Paciente no Atendimento Médico	21
Avaliação diádica das habilidades interpessoais do médico	24
Tradução e Validação Semântica do <i>Matched-Pair Instrument</i>	30
Método.....	32
Participantes.....	32
Local e Instrumentos	32
Procedimento	33
Resultados.....	36
Validação Semântica	36
Análises Psicométricas da Versão Traduzida e Adaptada do MPI.....	39
Discussão	44
Estudo 2 - Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente e Satisfação no Atendimento em Saúde Pública e Privada.....	50

Método.....	52
Participantes.....	52
Local/Instrumentos	56
Procedimento	60
Resultados.....	63
Análises das propriedades psicométricas da Escala de Satisfação QASPAM	63
Desempenho dos médicos na versão parcial do IHS	65
Análise dos indicadores de satisfação dos pacientes da rede pública e da rede privada	66
Análises descritivas e inferenciais das Habilidades Sociais, Interpessoais e Satisfação para os diferentes grupos.....	69
Análises correlacionais e de regressão	71
Análises descritivas das habilidades interpessoais dos médicos que atuam em ambas as redes	76
Análise qualitativa das questões abertas do QASPAM.....	79
Discussão	86
Discussão Geral	95
Referências	100
ANEXOS	110
Anexo 1 – Questionário do Perfil do Paciente	111
Anexo 2 – Questionário do Perfil Médico.....	112
Anexo 3 - Versão Original do <i>Matched-Pair Instrument</i>	113
Anexo 4 – Obtenção do consentimento para utilização do <i>Matched-Pair Instrument</i> na pesquisa.....	114
Anexo 5 - Versão Final do Instrumento de Pares Relacionados	116

Anexo 6 - Itens da versão retrotraduzida escolhida e Sugestões realizadas pelos participantes da análise semântica	118
Anexo 7 – Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais	120
Anexo 8 - Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM).....	121
Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética.....	123
Anexo 10 – TCLE do Médico	125
Anexo 11 – TCLE do Paciente	127

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Elementos essenciais da comunicação em encontros médicos, de acordo com o Consenso de Kalamazoo.....	10
Tabela 2 – Habilidades Interpessoais que o médico deve dispor, segundo o <i>Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)</i>	11
Tabela 3 - Análise dos componentes principais referente a versão dos Pacientes	41
Tabela 4 – Análise dos Componentes principais da versão dos pacientes solicitando a extração de 3 componentes.....	42
Tabela 5 – Média, desvio padrão e correlação entre os escores totais e itens do MPI, das versões do médico e do paciente.	43
Tabela 6 - Caracterização dos participantes Médicos	53
Tabela 7 - Características dos Pacientes, considerando o tipo de atendimento em saúde (Redes Pública ou Privada).....	55
Tabela 8 – Análise dos componentes principais do QASPAM.....	64
Tabela 9 - Desempenho dos médicos nos Fatores 2, 3 e 4 do IHS, segundo interpretações do instrumento.....	65
Tabela 10 - Porcentagem das respostas nos diferentes níveis da <i>Escala de Satisfação</i> para as diferentes questões, segundo os pacientes da rede pública e privada	68
Tabela 11 - Média, desvio padrão, mediana, escores mínimo e máximo para os escores obtidos nos diferentes instrumentos (MPI, Escala do QASPAM e Fatores do IHS), para as diferentes populações avaliadas.	70
Tabela 12 - Correlações não-paramétricas entre os Escores gerais do MPI do médico, MPI do paciente, QASPAM, Fatores 2, 3 e 4 do IHS. O sombreado destaca as relações estatisticamente significativas.	72

Tabela 13 - Regressões lineares simples conduzidas entre os escores gerais dos instrumentos (MPI, QASPAM, IHS).....	73
Tabela 14 - Correlações significativas entre as variáveis sócio-demográfica do médico e Fatores do IHS.....	74
Tabela 15 - Correlações gerais entre as variáveis sócio-demográficas do QPP, escores gerais do MPI, IHS, QASPAM	75
Tabela 16 - Auto-avaliação dos médicos que participaram da pesquisa em ambos os sistemas de saúde – público e privado.....	77
Tabela 17 - Média dos pacientes dos médicos que participaram da pesquisa em ambos os sistemas de saúde – público e privado	78
Tabela 18 - Média do nível de satisfação dos pacientes da rede pública e privada atendidos por médicos atuantes em ambos os contextos de atendimento	79
Tabela 19 - Frequência das respostas dos pacientes das redes pública e privada diante das 3 perguntas abertas do QASPAM	80
Tabela 20 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 1	82
Tabela 21 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 2	83
Tabela 22 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 3	84

Lista de Figuras

Figura 1 - Questões do <i>Matched-Pair Instrument</i> , em português, que foram avaliadas, por pelo menos um dos participantes, com um nível de compreensão menor que 5	38
Figura 2 - <i>Screeplot</i> da versão dos pacientes (MPI) indicando o número máximo de fatores a serem extraídos	40
Figura 3 - Média e Desvio Padrão das notas atribuídas pelos pacientes da rede pública e privada aos itens que compõe a Escala de Notas do QASPAM	66

Lista de Siglas e Abreviaturas

PNH – Política Nacional de Humanização

HS – Habilidades Sociais

ACGME - *Accreditation Council for Graduate Medical Education*

QASPAM – Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico

QCCM – Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico

MCCS - *Medical Communication CompetenceScale*

MPI - *Matched-PairInstrument*

SUS – Sistema Único de Saúde

QPM – Questionário do Perfil do Médico

QPP – Questionário do Perfil do Paciente

IHS – Inventário de Habilidades Sociais

F2- Fator 2

F3- Fator 3

F4 – Fator 4

SATIS-BR – Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental

TCLE - *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

SPSS – *Statistical Package for Social Science for Windows*

ESC – Ensino Superior Completo

EMC – Ensino Médio Completo

EFI- Ensino Fundamental Incompleto

PGC – Pós-Graduação Completa

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Introdução

Fatores sócio-históricos, tecnológicos e ambientais permitiram às ciências médicas construir um forte arsenal tecnológico e técnico para a avaliação, tratamento e prognóstico das mais diversas patologias. Um produto visível deste desenvolvimento foi o aumento da eficácia e eficiência no tratamento de um conjunto amplo de doenças, sendo este um dos fatores importantes, entre outros, para o aumento significativo da idade média de vida nas populações humanas. Entretanto, pesquisadores têm destacado que a prática médica moderna, calcada num modelo biomédico pode ter contribuído para uma prática majoritariamente centrada na doença, enfatizando pouco, se algo, dos indivíduos (profissional e paciente) envolvidos neste processo (Caprara & Lins, 1999; Okay, 1986; Koifman, 2001; Caprara & Rodrigues, 2004). Além do modelo biomédico de atendimento, as barreiras encontradas pelos médicos nos sistemas público e privado de saúde (p. ex, a falta de recursos humanos, a alta demanda, a baixa remuneração salarial), também são fatores que parecem influenciar no distanciamento da relação médico-paciente (Barros, Pinho & Falcone, 2011).

Várias pesquisas têm enfatizado a importância da relação positiva entre médico e paciente como um importante elemento para a promoção de efeitos satisfatórios em saúde e a melhora da qualidade do atendimento (Caprara & Rodrigues, 2004; Balint, 1988). Estudos conduzidos desde meados do século XIX (Di Matteo, Taranta, Friedman & Prince, 1980; Di Matteo, 2004; Tamblyn et al., 2007) parecem indicar que quando essa relação ocorre de maneira positiva, ela tende a maximizar ou promover resultados desejados em saúde, assim como: adesão ao tratamento, diminuição dos sintomas e satisfação do usuário. Dessa forma, para que a relação profissional de saúde e paciente seja um elemento eficiente e eficaz do tratamento, faz-se necessário que o profissional de saúde disponha de uma série de comportamentos interpessoais que possibilitem a

promoção de um vínculo de confiança e abertura em relação ao paciente (Gadamer, 1994; Sucupira, 2007). Nesse sentido, os estudos que avaliam as habilidades sociais do médico surgem como uma importante ferramenta, uma vez que possibilitam a identificação de áreas críticas para a relação médico-paciente, além de ajudar na construção de um modelo para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e de capacitação do profissional de saúde. Por fim, para o estabelecimento de um *background* teórico pertinente e relevante dos elementos importantes da relação interpessoal parece ser importante considerar concomitantemente a percepção do médico e do paciente, uma vez que esta interação se configura de maneira recíproca, mútua e interdependente (Kenny et al., 2010).

Panorama Geral do Cenário Público e Privado de Saúde

Os aspectos do ambiente organizacional das instituições de saúde têm sido pontuados como variáveis relevantes para a configuração da relação médico-paciente. O tempo de consulta, as condições de trabalho e a remuneração do profissional são alguns dos fatores que são distintos nos sistemas de saúde e parecem interferir na maneira como tal relação se estabelece (Barros, Pinho, & Falcone, 2011).

O Brasil dispõe majoritariamente de dois sistemas de saúde: um público e outro privado. O sistema público é composto por hospitais e centros de saúde, financiados e gerenciados pelas esferas governamentais e também por instituições filantrópicas. A rede privada é constituída por instituições conveniadas aos seguros de saúde e centros que realizam o atendimento particular, através do pagamento direto no ato do consumo (Santos, Ugá, & Porto, 2008; PNAD, 2008). As condições de trabalho nesses sistemas de saúde são divergentes e parecem influenciar diretamente na qualidade do atendimento do profissional e, conseqüentemente, na relação que ele estabelece com seu

paciente. Assim sendo, parece importante compreender o cenário atual das redes de saúde, para estabelecer uma visão mais abrangente dos fatores que podem vir a interferir diretamente ou indiretamente na relação médico-paciente (Barros, Pinho, & Falcone, 2011).

Um estudo conduzido por Porto, Ugá e Moreira (2011) buscou analisar os dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1998, 2003 e 2008. O estudo buscava analisar, a partir dos dados da PNAD, a utilização de serviços de saúde no Brasil, de acordo com os três possíveis sistemas de financiamento: (1) *Sistema Único de Saúde* (SUS), (2) *planos e seguros privados de saúde*, (3) *gasto privado direto* (pagamento direto no ato do consumo). Os resultados do estudo demonstraram que, em 2008, o SUS financiou o atendimento de 58,6% da população brasileira; 27,0% das pessoas foram atendidas por serviços conveniados aos planos de saúde e apenas 14,4% atendidas na rede privada, mediante o pagamento direto do serviço recebido. Os tipos de atendimento usufruídos pela população se referiam a qualquer um dos seguintes: consultas médicas, odontológicas, ou com outros profissionais de saúde, injeção, imobilização, curativos, medição de pressão, vacinação, exames complementares, hemodiálise, hemoterapia, radioterapia, quimioterapia, internação hospitalar, pronto atendimento, cirurgia em ambulatório, e outros.

Santos, Ugá e Porto (2008) buscaram descrever a utilização dos serviços de saúde, nas diversas regiões do Brasil. Os autores verificaram que a participação do SUS no financiamento dos atendimentos foi dominante em todo o território brasileiro, porém destacou-se principalmente nos estados do Norte e Nordeste, onde cobriu 71% dos cuidados em saúde, no ano de 2008. Os planos de saúde obtiveram maior participação no

financiamento dos atendimentos da área Sudeste (34,3%), e o gasto privado direto obteve maior cobertura dos casos da região Sul (18,2%).

Com base nesses dados, pode-se visualizar que o SUS é o sistema de saúde que possui a maior cobertura de atendimentos em todo o território nacional. Todavia, apesar de protagonizar os cuidados em saúde, o SUS parece enfrentar grandes problemáticas que afetam diariamente o exercício profissional dos trabalhadores de saúde. A carência de recursos físicos e humanos, a insuficiente oferta de serviços médicos especializados, a alta demanda, e a desorganização no funcionamento de algumas instituições de saúde, são alguns exemplos de tais dificuldades (Beck & Minuzi, 2008). Não obstante, a rede privada também parece apresentar determinadas limitações; exemplos destas seriam o baixo reconhecimento do exercício profissional e a baixa remuneração salarial (Barros et al., 2011).

Os fatores acima citados representam apenas algumas das dificuldades encontradas constantemente pela maioria dos médicos, e que parecem contribuir para a fragilização da qualidade dos atendimentos e para o distanciamento da relação com o paciente. Todavia, é importante considerar, que além destes fatores, outros também têm colaborado para o afastamento desta relação. O modelo biomédico de atendimento, o desenvolvimento das tecnologias médicas, são alguns destes exemplos. Assim sendo, para obter uma compreensão abrangente das outras variáveis intervenientes na relação médico-paciente, faz-se relevante abordar uma contextualização geral desta temática.

Contextualização da relação médico-paciente

O reconhecimento da necessidade de uma relação positiva entre médico-paciente não parece algo recente. Vários são os autores que buscam estudar e retratar a importância da relação entre profissional de saúde e paciente, em particular, o médico

(Jaspers, 1991; Balint, 1988; Parsons, 1951; Donabedian, 1990). Peabody (1927) afirmava que o tratamento de uma doença pode ser inteiramente impessoal, mas o cuidado do paciente deveria ser mais pessoal.

Diferentes trabalhos têm procurado identificar fatores que de maneira direta ou indireta afetariam esta relação. Há um consenso que um dos fatores que pode ter contribuído para a construção do afastamento desta relação, foi o fortalecimento de um conjunto de pressupostos que tem sido denominado *pensamento biomédico* de atendimento (Okay, 1986; Caprara, Lins, & Franco, 1999; Koifman, 2001; Caprara & Rodrigues, 2004).

A medicina tem recebido, ao longo dos anos, grandes contribuições de importantes áreas de conhecimento (farmacologia, bioquímica, imunologia e genética, entre outras); estas inter-relações parecem ter favorecido o fortalecimento do *pensamento biomédico* que permeia os modelos de atuação dos profissionais até hoje (Caprara & Rodrigues, 2004). O modelo biomédico teria como pressuposto a visão de que o corpo seria a “sede das doenças”, e as doenças as “entidades patológicas”, favorecendo assim a exclusão, de grande parte da intervenção médica, do interesse pelas experiências subjetivas (cognitivas, motivacionais ou cognitivas) do paciente (Koifman, 2001; Ribeiro & Amaral, 2008). Neste modelo, o corpo humano parece ser compreendido como uma máquina orgânica-biológica, minimizando, dessa forma, o papel de aspectos sociais, psicológicos e comportamentais envolvidos na construção da doença (Caprara et al., 1999). Como corolário, a multifatorialidade da saúde passou a ser entendida como a ausência da doença e o sujeito não-saudável passou a ser comparado a um organismo cujos componentes não funcionariam de maneira adequada (Caprara et al., 1999; Ribeiro & Amaral, 2008).

De acordo com Guedes, Nogueira e Camargo (2006), o modelo biomédico parece ter contribuído para a mudança da direção do atendimento, uma vez que o foco se transferiu do paciente para a doença que ele apresenta. Assim sendo, o papel da história, das queixas e da subjetividade do sujeito passou a ser minimizado e a ênfase passou a se deslocar, em grande parte do exercício da profissão em saúde, para os exames, testes em laboratório e a medicalização (Tesser, Neto, & Campos, 2010).

Como decorrência deste processo, a organização do sistema de saúde parece ter caminhado na direção da valorização do desenvolvimento das tecnologias médicas como o meio mais eficiente para prover saúde, pois o objetivo das práticas do cuidado em saúde seria o de “curar as doenças” (Okay, 1986). De acordo com Guarido (2007) e Tesser et al. (2010), várias são as tecnologias médicas que surgiram e continuam se desenvolvendo com o objetivo de facilitar o diagnóstico e realizar a terapêutica das patologias. Pode-se adotar como exemplos destas tecnologias, os procedimentos diagnósticos sugeridos pela série DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os avanços da medicalização, os diversos exames e testes de laboratórios, entre outros.

De acordo com Pfuetzenreiter (2001), estas tecnologias médicas teriam se disseminado com o intuito de permitir diagnósticos cada vez mais velozes e precoces, e tratamentos mais rápidos e seguros. Entretanto, apesar de estes novos instrumentos terem contribuído para agilizar e facilitar a ação médica, eles parecem ter colaborado também para a redução do contato do médico com o paciente, criando um contexto físico, social e de formação do profissional que favoreceria uma visão fragmentada do paciente.

Além do modelo biomédico de atendimento e da conseqüente valorização dos diagnósticos, das tecnologias médicas e da medicalização, outros fatores também parecem influenciar na configuração da relação médico-paciente. Como já dito

anteriormente, aspectos das instituições públicas e privadas de saúde também propiciam condições desfavoráveis ao trabalho do médico, os quais podem resultar na fragilização da qualidade dos seus serviços e promover o afastamento de tal relação (Barros et al., 2011).

Reconhecendo os efeitos do distanciamento da relação médico-paciente, várias discussões têm sido construídas para abordar este desafio. No Brasil, a *Política Nacional de Humanização* (PNH) do SUS, instituída em 2003, surgiu como uma tentativa de introduzir práticas que visem buscar soluções para estes problemas, visto que possui como objetivo principal, qualificar as ações de gestão e atenção em saúde. A PNH visaria o desenvolvimento de políticas e posturas que favoreceriam a produção de novas atitudes por parte dos profissionais, de modo a contribuir para uma assistência humanizada ao usuário, que poderia minimizar os desafios encontrados no cotidiano do trabalho (Brasil, 2010). Este conjunto de posturas que possibilitaria a humanização do atendimento e a qualidade da assistência tem sido denominado como estratégia de acolhimento (Davim et al., 2009). O acolhimento teria como pressuposto a aproximação entre profissional de saúde e usuário a partir de uma assistência que englobaria diversas dimensões do usuário (biológicas, psicológicas e sociais) e promoveria a escuta de suas necessidades (Coimbra, 2003).

Para que esta condição de escuta e interação construtiva seja implementada, parece essencial a construção de um arcabouço teórico sobre as variáveis envolvidas na interação médico-paciente. Na literatura internacional, uma dimensão que tem sido destacada como fundamental nesta construção envolveria a ‘comunicação entre profissional de saúde e paciente’, assim como a disposição de determinadas ‘habilidades sociais’ (Cherry, Fletcher, & O’Sullivan, 2013; Gómez & Aillach, 2013).

Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente

A *Relação Médico-Paciente* (RMP) tem sido definida como uma *interação social* que se estabelece dentro de um contexto profissional específico, entre indivíduos que apresentam papéis bem definidos por suas respectivas necessidades. Estudos têm apontado que pelo menos seis diferentes fatores parecem ser essenciais para que esta relação se estabeleça de forma positiva e construtiva: (1) competência técnica do profissional; (2) a escolha voluntária pelo paciente; (3) a ausência de conflitos de interesse entre as partes; (4) continuidade na relação; (5) empatia; e, (6) a comunicação (Lejoyeux, 2011; Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2014). Sendo assim, dois destes fatores estão relacionados a habilidades sociais.

Na última década, diversas pesquisas têm avançado na busca pela compreensão do modo como as pessoas influenciam-se mutuamente no contexto das relações interpessoais (Roter & Hall, 2006). Até mesmo quando os encontros são breves, como é o caso das consultas médicas, os indivíduos presentes nas relações possuem o potencial de influenciar um ao outro em suas cognições, emoções e comportamentos de maneira recíproca (LeBlanc, Kenny, O'Connor & Le'gare, 2009; Légare' et al., 2008). Uma boa comunicação, verbal e não verbal, entre médico e paciente tende a promover resultados desejáveis em saúde, tais como: diminuição no erro diagnóstico, a satisfação do paciente, adesão ao tratamento, atenuação dos sintomas, entre outros efeitos (Di Matteo, 2004; Di Matteo & Zolnierek, 2009; Schoenthaler, Kalet, Nicholson, & Lipkin Jr., 2014).

Segundo a organização reguladora da formação e atuação profissional médica, *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) dos Estados Unidos (Rider, Nawotniak & Smith, 2007), a Medicina tem tradicionalmente definido as habilidades interpessoais como o *desempenho de tarefas* ou *comportamentos específicos* que o médico deve possuir. O Consenso de Kalamazoo, estabelece um modelo

sequencial dessas tarefas e comportamentos interpessoais, pontuando que estas configuram-se como elementos essenciais da comunicação em encontros médicos. Tais comportamentos encontram-se dispostos na Tabela 1. Como pode ser visto na Tabela 1, as habilidades do médico, abordadas nesse modelo, envolvem uma série de ações e posturas do médico, que vão desde a chegada do paciente no consultório, até o encerramento da consulta médica. De acordo com o Consenso de Kalamazoo, as principais classes de habilidades que o médico precisaria dispor ao longo do encontro com seu paciente, são sete, a saber: (1) Construir uma relação; (2) Abrir as discussões; (3) Coletar Informações, (4) Compreender a perspectiva do paciente; (5) Compartilhar Informações; (6) Chegar a um acordo; (7) Realizar o encerramento.

Para Rider et al. (2007), esses comportamentos tendem a criar ou sustentar uma relação terapêutica, pois promovem a qualidade das interações humanas e geram efeitos positivos na comunicação interpessoal. Segundo o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), as habilidades interpessoais seriam uma das seis aptidões centrais a serem desenvolvidas na graduação de Medicina. A ACGME descreve algumas das habilidades relevantes que o médico deve dispor na relação com o paciente. Estas encontram-se expostas na Tabela 2.

Tabela 1 – Elementos essenciais da comunicação em encontros médicos, de acordo com o Consenso de Kalamazoo

1. Construir uma relação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumprimentar e demonstrar interesse no paciente como pessoa ✓ Usar palavras que demonstrem cuidado e preocupação ao longo de todo o encontro ✓ Usar tom de voz, contato visual e postura que demonstrem cuidado e preocupação
2. Abrir a discussão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permitir ao paciente se expressar abertamente, sem interrompê-lo ✓ Perguntar 'Há mais alguma coisa que você queira dizer?', de forma a compreender todas as preocupações do paciente ✓ Explicar e/ou negociar o planejamento do encontro
3. Coletar informações	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar o encontro realizando perguntas abertas voltadas à história do paciente ("Diga-me sobre...") ✓ Esclarecer detalhes, quando necessário, com perguntas mais específicas, ou questionamentos fechados (respostas 'sim/não') ✓ Resumir e fornecer ao paciente a oportunidade de corrigir ou acrescentar informações
4. Compreender a perspectiva do paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fazer perguntas sobre eventos da vida, circunstâncias ou outras pessoas que podem afetar a saúde do paciente ✓ Compreender as crenças do paciente, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento ✓ Reagir explicitamente às afirmações voltadas às idéias, sentimentos e valores do paciente
5. Compartilhar informações	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a compreensão do paciente acerca do problema e verificar se ele deseja mais informações ✓ Explicar usando palavras que sejam de fácil compreensão para o paciente ✓ Verificar se há uma compreensão mútua do diagnóstico e/ou dos planos de tratamento ✓ Pedir se o paciente possui algum questionamento
6. Chegar a um acordo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incluir o paciente nas escolhas e decisões do tratamento, na extensão que ele deseja ✓ Indagar para o paciente se ele é capaz de seguir os planos de tratamento ✓ Identificar recursos adicionais, quando apropriado.
7. Realizar encerramento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedir se o paciente possui dúvidas, preocupações ou outras questões ✓ Resumir ✓ Informar sobre o acompanhamento, ou sobre os próximos encontros ✓ Agradecer o paciente e encerrar a entrevista

Tabela 2 – Habilidades Interpessoais que o médico deve dispor, segundo o *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*

Competências	Subcompetências
1. Criar e sustentar uma relação terapêutica e ética com seus pacientes	<p>(a) Ser presente, prestando atenção ao paciente, cuidando do paciente, trabalhando de maneira colaborativa e unindo forças;</p> <p>(b) Aceitar e explorar os sentimentos dos pacientes, incluindo os sentimentos negativos</p> <p>(c) Fornecer uma relação sustentável que permita reparar os erros cometidos, e que inclua autenticidade, honestidade, admissão e perdão pelos erros feitos</p> <p>(d) Comunicar-se com os pacientes da família de maneira honesta, e de modo a oferecer suporte</p>
2. Usar efetivas habilidades de escuta e obter/fornecer informações através da comunicação verbal, não-verbal, questionamentos, e das habilidades de escrita	<p>(a) Demonstrar escuta efetiva através do ouvir, e do entendimento, de uma maneira que o paciente sinta-se ouvido e entendido. Usar pistas não verbais como assentir, pausar, manter contato visual, e habilidades verbais como refletir, espelhar, devolver (devolutiva);</p> <p>(b) Reconhecer a maneira preferida de comunicação do paciente e seletivamente escolher a maneira mais efetiva de comunicação para cada situação. Assegurar-se do entendimento do paciente, e verificar se ele deseja mais informações;. Explicar usando palavras que são de fácil entendimento para o paciente</p> <p>(c) Entender a perspectiva do paciente, incluindo as preocupações, crenças e expectativas individuais. Respeitar a cultura do paciente, suas crenças étnicas, suas práticas e linguagem.</p> <p>(d) Criar uma atmosfera de mutualidade e respeito através da participação e do envolvimento do paciente nas tomadas de decisões;</p> <p>1. Incluir o paciente nas escolhas e decisões sobre a extensão do atendimento que ele ou ela deseja;</p> <p>2. Negociar os planos de maneira mútua, de maneira com que estes sejam aceitáveis pelo paciente</p> <p>3. Realizar uma parceria com o paciente.</p>

Caprara e Rodrigues (2004) conduziram um estudo longitudinal, ao longo de três anos, em que avaliaram a relação médico-paciente no contexto da atenção primária. Tais autoras, utilizaram entrevistas abertas, observação participante e métodos quantitativos como observações estruturadas e *checklists*. A amostra foi composta por 400 consultas, realizadas por 20 médicos. Foi observado que, no começo dos atendimentos, quase todos

os médicos buscavam estabelecer uma relação empática com seus pacientes. Entretanto, aproximadamente 40% dos profissionais não realizavam explicações claras e compreensivas sobre o problema do paciente. Em 58% das consultas, os médicos não verificavam o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico; em 53% dos atendimentos não se asseguravam da compreensão do paciente com relação às indicações terapêuticas; e, em grande parte das consultas, 91% dos casos, não abordavam os medos e ansiedades dos pacientes, ou outros fatores da dimensão psicossocial. As autoras verificaram também, que vários foram os momentos em que os pacientes faziam referências a aspectos sociais e familiares, evidenciando a influência destes na sua condição de saúde; entretanto, apesar dos médicos escutarem e até mesmo, reconhecerem, a pertinência das questões apresentadas, eles não as exploravam de forma atenta, da mesma forma e com a mesma profundidade que exploravam os sintomas e sinais da doença.

De acordo com Sucupira (2007), para que o médico possa ter uma compreensão mais ampla do paciente e de sua demanda, ele não deve dispor apenas de domínios de técnicas e conhecimentos da área médica, mas, se faz necessário que ele privilegie seus comportamentos, habilidades, e condutas que fortaleçam a relação médico-paciente. Dessa forma, seria importante que o profissional pudesse desenvolver habilidade sociais importantes, tais como: habilidade de escuta diferenciada, comunicação compreensiva e centrada no paciente, entre outras (Cherry et al., 2013; Gómez et al., 2013; Zimmerman, Konrad, Müller, Rundel, & Körner, 2014).

Classes de comportamentos sociais compreendidas na literatura internacional como “habilidades interpessoais” (Rider et. al, 2007), ou “habilidades comunicacionais” (Campbel et. al, 2007; Kenny et. al, 2011; Claramita & Susilo, 2014; Di Matteo, Taranta, Friedman & Prince, 1980) são identificadas como “habilidades sociais” no cenário

nacional (Falcone, 2001; Del Prette & Del Prette, 2001, 2009, 2011; Kestenberg & Falcone, 2011). Del Prette e Del Prette (2001) destacam a importância das habilidades sociais, como ferramenta ideal para o estabelecimento de relações mais positivas e satisfatórias entre os indivíduos. De acordo com Del Prette e Del Prette (2009), tais habilidades se referem à existência de diversas classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com as demandas das situações interpessoais.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2001) as habilidades sociais são organizadas em diferentes categorias, sendo estas: (a) Habilidades de Comunicação (fazer e responder perguntas, agradecer, elogiar, iniciar, manter e encerrar conversação); (b) Habilidades de Civilidade (dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar, despedir-se); (c) Habilidades Assertivas de Enfrentamento (expor opinião, concordar, discordar, lidar com críticas, pedir mudança de comportamento, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se e admitir falhas); (d) Habilidades Empáticas (refletir sentimentos, expressar apoio); e (e) Habilidades de Expressão de Sentimento Positivo (fazer amizade, expressar solidariedade, cultivar o amor). Além destas, há outras duas categoriais mais amplas, denominadas de Habilidades Sociais Profissionais (coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões), e Habilidades Sociais Educativas de pais, educadores e outros agentes envolvidos na educação ou treinamento.

Para Del Prette e Del Prette (2001), as Habilidades Sociais favorecem um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas. Falcone (2000) afirma que as habilidades sociais proporcionam ao indivíduo uma maior satisfação pessoal e profissional, visto que contribuem para interações mais positivas e conseqüentemente para a qualidade de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, as Habilidades Sociais parecem se configurar como uma ferramenta imprescindível para produzir e sustentar relações socialmente competentes,

uma vez que contribuem para a: (1) manutenção ou melhora da autoestima dos envolvidos; (2) manutenção ou melhora da qualidade da relação; (3) respeito aos direitos humanos básicos; (4) maior equilíbrio de ganhos e perdas entre os envolvidos na interação, e outros efeitos positivos (Del Prette & Del Prette, 2011).

Kestenberg e Falcone (2011) afirmam que dentre as diversas classes de comportamento que compõe as habilidades sociais, a *empatia* se configura como uma das mais relevantes na área da saúde. Além disso, pontuam que é possível que os profissionais de saúde desenvolvam tais habilidades através de programas de treinamento e capacitação.

Kestenberg e Falcone (2011) conduziram um programa de promoção de empatia (PPE) para 33 estudantes do oitavo período do curso de graduação em enfermagem. Dezesete estudantes fizeram parte de um grupo experimental, e dezesseis compuseram o grupo controle. O programa foi realizado em dezesseis encontros semanais com duração média de três horas cada, e objetivava que os alunos fossem capazes de: (1) identificar sinais emocionais não verbais no comportamento do outro; (2) ouvir e compreender a perspectiva e os sentimentos do outro, sem julgar; (3) demonstrar comportamento empático mediante comunicação não-verbal; (4) verbalizar sensivelmente o entendimento dos sentimentos e da perspectiva do outro. A avaliação dos componentes cognitivos e afetivos da empatia, antes e depois do PPE, foi realizada através do Inventário de Empatia (Falcone *et al.*, 2008); o comportamento empático verbal foi avaliado através de gravações em áudio de verbalizações eliciadas a partir de interações enfermeiro-paciente. A estrutura geral do PPE envolveu: relaxamento, tarefas de casa, exposição dialogada, vivências envolvendo diferentes interações sociais; tarefas de casa, feedbacks e sistematização do conhecimento, práticas das habilidades no contexto relacional. As comparações entre o grupo experimental e o controle, antes e depois da

intervenção, demonstraram que o PPE foi eficaz em melhorar significativamente tanto os aspectos cognitivos e afetivos da empatia, quanto a verbalização empática do grupo experimental, quando comparado ao grupo controle. Alguns dos principais efeitos do PPE foram: aumento da capacidade de interpretar e entender os pensamentos e sentimentos do outro; aumento da capacidade de realizar verbalizações empáticas diante de situações de ajuda; redução da angústia pessoal diante do sofrimento do paciente, aceitação da condição de sofrimento do paciente, e outros.

A capacidade de interpretar e compreender os sentimentos do outro é fundamental não apenas ao enfermeiro, mas a todos os especialistas da área da saúde que possuem aproximação constante com o sofrimento humano (Kestenberg & Falcone, 2011). A disposição de habilidades socialmente relevantes promovem não apenas um contato mais próximo entre profissional de saúde e paciente, mas geram também efeitos positivos na saúde do atendido.

Habilidades Sociais e de Comunicação do Médico e os Efeitos em Saúde

Há diversos estudos que apontam que uma boa comunicação e uma prática centrada no paciente podem levar a melhores resultados em saúde (Cabana, Slish, & Evans, 2006; Claramita & Susilo, 2014; Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore, & Saturno, 2004; Kenny et al., 2010; Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009; Schoenthaler, Kalet, Nicholson, & Lipkin, 2014). Uma comunicação estabelecida de maneira positiva correlaciona-se diretamente com a melhora da qualidade do atendimento, com a satisfação do paciente (Di Matteo, Taranta, Friedman & Prince, 1980), adesão ao tratamento (Di Matteo, 2004), melhora dos sintomas, redução de erros médicos e diminuição das preocupações dos pacientes com relação à prática do profissional (Tamblyn et al., 2007; Kenny et al., 2010).

De acordo com Sanguin e Vizzotto (2007), a adesão ao tratamento é um dos efeitos mais esperados em saúde, uma vez que possibilita que o paciente siga seu tratamento conforme as recomendações da equipe de saúde, estando convencido de que estas recomendações e suas atitudes em relação ao tratamento o ajudarão em sua recuperação. Em contraste, a não-adesão ocorre quando o paciente possui dificuldades em cumprir o programa de tratamento ou as orientações realizadas pelos profissionais de saúde, podendo comprometer todo o seu tratamento e produzir ou agravar danos à sua saúde.

Di Matteo e Zolnierek (2009) realizaram um estudo de meta-análise que visava estimar os efeitos gerais das pesquisas correlacionais sobre as variáveis ‘habilidades de comunicação’ e ‘adesão do paciente ao tratamento’. No total, as autoras identificaram 106 estudos, sendo que em todos estes, essas variáveis se correlacionavam de maneira positiva. Os resultados da meta-análise indicaram que pacientes que são atendidos por médicos com comunicação pobre e inadequada, apresentam um risco de 19% de não aderirem ao tratamento quando comparados com aqueles cujos médicos dispõem de uma comunicação adequada.

Ainda em relação a adesão, Mishra, Hansen, Sabroe e Kafle (2006) conduziram um estudo para avaliar a associação entre a qualidade da comunicação do profissional de saúde e a adesão dos pacientes ao tratamento de tuberculose. Participaram do estudo 50 pacientes não-aderentes e 100 pacientes aderentes. Tais pacientes estavam recebendo tratamento do governo, através de um programa anti-tuberculose denominado *Tratamento de Curto prazo Diretamente Observado* (DOTS). Os dados foram coletados através de entrevistas, as quais eram conduzidas por meio de um questionário. O questionário era composto por 12 perguntas fechadas que avaliavam a percepção do paciente em relação ao comportamento dos profissionais de saúde, a comunicação

estabelecida com esses profissionais e a comunicação com outras pessoas da sua rede social. As entrevistas eram conduzidas nas casas dos próprios participantes. Os resultados demonstraram que pacientes que eram atendidos por profissionais com uma comunicação pobre e inadequada apresentavam maior risco de não se tornarem aderentes ao tratamento, quando comparados com aqueles que eram atendidos por profissionais com um nível adequado de comunicação. Além disso, verificou-se que a comunicação ineficaz do profissional voltada às ‘orientações sobre uso do medicamento’, e ‘explicações sobre possíveis efeitos colaterais’, também eram fatores implicados diretamente com a não-adesão.

Jackson, Chamberlin, e Kroenke (2001) ao revisitar estudos que avaliavam habilidades de comunicação do médico, encontraram que tais habilidades influenciavam também na *satisfação* do paciente. Dessa forma, barreiras de comunicação, tais como baixa cordialidade e falta de empatia por parte do profissional, excesso do uso de jargões, explicações pouco claras com relação ao diagnóstico e a etiologia da doença, são alguns dos fatores que podem gerar problemas na obtenção de informações, na avaliação das expectativas e preocupações do paciente e contribuir também, para a insatisfação do atendido (Roter, Stewart, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui, 1997).

Um estudo conduzido por Christen, Alder e Bitzer (2007) buscou identificar se haviam diferenças entre habilidades comunicacionais de ginecologistas do sexo feminino e masculino e se tais diferenças influenciavam na satisfação do paciente. Participaram deste estudo 49 médicos, sendo 13 homens e 36 mulheres. No total, 196 consultas médico-paciente foram gravadas em vídeo, incluindo 30 pacientes reais, e 166 pacientes simulados. A pesquisa foi desenvolvida em contextos clínicos. Para avaliar as habilidades de comunicação do médico, as consultas eram filmadas, e os juízes utilizavam um checklist, chamado *Maastricht History-Taking and Advice Checklist*

(MAAS), de modo a verificar se o profissional desempenhou habilidades específicas durante a consulta (p.ex, resumir, repetir aspectos importantes da conversa, fazer perguntas abertas, promover um clima de apoio e tranquilidade, etc.). Para avaliar a satisfação do paciente com a consulta, foram utilizados 13 itens da versão adaptada do *Kravitz's patient satisfaction questionnaire* (Kravitz, Cope, Bhrany, & Leake, 1994), o qual era respondido de acordo com uma escala *Likert* de 5 pontos. Os resultados demonstraram que os pacientes sentiam-se significativamente mais satisfeitos com ginecologistas do sexo feminino, tanto no que se refere à relação médico-paciente, quanto ao processo da consulta. Entretanto, análises de regressão linear revelaram que o gênero do médico não parecia ser um fator preditor da satisfação; os dados apontaram que a satisfação do paciente era significativamente predita pelo estilo de comunicação centrado no paciente.

Os estudos de Beckman e Frankel (1984), Marvel, Esptein, Flowers e Beckman (1999), Roter e Larson (2001), apresentaram algumas das barreiras comunicacionais que se fazem presentes na relação médico-paciente e que podem contribuir para a insatisfação do atendido. Beckman e Frankel (1984) realizaram gravações de áudio de 74 consultas de diferentes pacientes, em um serviço de atenção primária de uma universidade. Participaram dessa pesquisa 13 residentes e 2 professores internistas. Para analisar os dados, os pesquisadores realizaram transcrições das gravações de áudio, cronometravam e controlavam o tempo das mesmas, utilizavam *checklists* e iniciavam os registros dos dados a partir de o momento que médico solicitava a queixa do paciente. Tanto o tempo que o paciente passava relatando sua queixa, quanto o conteúdo da resposta que o médico fornecia, na sequência deste relato, foram analisadas. Qualquer resposta que interrompesse o discurso do paciente ou inibisse o desenvolvimento da fala dele, era considerada uma interrupção. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que

em 69% das consultas, os médicos interrompiam o relato verbal de seus pacientes, particularmente na fase inicial do encontro, direcionando as questões para o problema específico e para os sintomas do paciente. A interrupção usualmente ocorria em média 18 segundos depois que o paciente iniciava seu relato; apenas 23% dos atendidos tinham oportunidade para completar o relato da sua queixa inicial.

Marvel, Epstein, Flowers e Beckman (1999) realizaram uma pesquisa similar à anterior, a qual foi conduzida ao longo de um ano com médicos da família, nas áreas rurais, semi-rurais e urbanas dos Estados Unidos e do Canadá. Foram gravadas, no total, 264 consultas de pacientes diferentes. Os métodos para coleta e análise de dados foram conduzidos da mesma forma que nos estudos de Beckman e Frankel (1984). Os resultados da pesquisa de Marvel et al. (1999) demonstraram que os médicos pareciam redirecionar o discurso do paciente, em média, após 23 segundos do início da fala do mesmo, aparentemente dificultando a conclusão do relato de informações por parte dele. Além disso, em outro estudo, Roter e Larson (2001), verificaram que 80% das perguntas que os médicos realizavam durante o encontro com o paciente, em serviços de saúde primária, eram fechadas e voltadas a temas referentes a sintomas ou aspectos da identificação da (s) patologia (s).

Desta forma, os estudos examinados pressupõem que os elementos predominantes do padrão comunicacional na relação médico-paciente parecem ser centrados no profissional de saúde e no levantamento de dados para a obtenção de informações referentes às patologia e ao seu tratamento; nesse sentido, ao adotar esses padrões de comunicação, o profissional tende a controlar o diálogo, a condução e as decisões referentes ao tratamento (Mead & Bower, 2000).

Segundo Grilo (2010), as dificuldades comunicacionais entre médico e paciente não se restringem apenas ao momento de coleta de informações na consulta. Estudos têm

demonstrado que outro fator que parece gerar insatisfação nos pacientes é a quantidade e a qualidade da informação fornecida pelo médico. Comumente, pacientes afirmam que as informações do médico foram repassadas de maneira insuficiente, imprecisa, ou até mesmo, ambígua (Dibbelt, Schaidhammer, Fleischer, & Greitemann, 2009; Jangland, Gunninberg & Carlson, 2009).

A maneira como o médico irá repassar as informações para o paciente parece ser relevante, uma vez que pode influenciar na forma como o paciente irá recordar os conteúdos e orientações fornecidas na consulta e no modo como ele irá seguir as recomendações do profissional (Melo, 2005; Odgen, 1999; Zimmermann, et al., 2014). Um problema recorrente, neste momento do processo, seria o excesso no uso de jargões e termos técnicos. Hadlow e Pitts (1991) pontuam que o uso excessivo desta forma de linguagem dificultaria uma comunicação efetiva entre médico e paciente.

O uso adequado de elementos da comunicação verbal e não verbal e uma escuta qualificada e cuidadosa no momento da obtenção e do repasse das informações parecem ser componentes importantes da relação médico-paciente (Roter & Hall, 2006). Lipkin (1996) e Bonvicini (2009) apontam que, além das habilidades sociais de comunicação, as habilidades sociais que envolvem comportamento empático (perceber sentimentos, compreender a perspectiva do paciente em relação às dificuldades que ele apresenta, demonstrar escuta efetiva) também são fatores relevantes para favorecer a adesão ao tratamento e promover a satisfação do paciente. Ainda nesse sentido, Larson e Yao (2005) e Bonvicini (2009) sinalizam que a atenção e a demonstração de interesse pelos pensamentos e sentimentos do paciente, permitem com que o mesmo se sinta livre para expressar o que sente em relação a sua condição e forneça um maior número de informações, colaborando para uma melhor precisão do diagnóstico (Gómez et al., 2013; White, 1992).

Dantas (2003) pontua que o cuidado médico e a abertura da comunicação parecem ser fatores significantes na decisão do paciente em continuar ou não com aquele (a) médico (a). Quando o médico colhe informações relevantes sobre a história de seu paciente, o diagnóstico parece se tornar mais acurado, evitando uma sobrecarga de exames, diminuindo gastos para o sistema de saúde e aumentando a resolutividade do tratamento (Dantas, 2003). Uma área de investigação que tem gerado resultados quantitativos e qualitativos sobre variáveis relevantes do comportamento do profissional de saúde e das condições de atendimento associadas a uma maior eficácia e eficiência, tem sido aquela que desenvolve medidas de *satisfação* do paciente em relação ao tratamento.

O Conceito de Satisfação do Paciente no Atendimento Médico

As principais teorias voltadas à avaliação da satisfação ganharam destaque na literatura nos anos 70, predominantemente nos Estados Unidos e Inglaterra. O primeiro trabalho representativo e impactante sobre a definição do conceito, e dos componentes da satisfação do paciente, aparenta ter sido o estudo de Ware, Davies-Avery e Stewart (1977). Estes autores afirmavam que a satisfação do paciente referia-se à uma avaliação subjetiva e pessoal do usuário a respeito dos serviços de atendimento em saúde e dos profissionais que atuam nesses espaços; alegavam também que as possíveis diferenças nos níveis de satisfação entre os pacientes eram resultantes das preferências pessoais e das expectativas destes com relação ao atendimento.

Ware et al. (1977) identificaram e definiram oito principais características dos profissionais e dos serviços de saúde que aparentavam influenciar a satisfação do paciente, as quais eles chamaram de *dimensões da satisfação*. Estas dimensões seriam:

(1) *Arte do cuidado*: aspectos do atendimento do profissional referentes à interação com o paciente (ex., demonstrações de preocupação, consideração, sinceridade, afeto, sensibilidade, acolhimento, escuta, apoio, etc.).

(2) *Qualidade técnica do cuidado*: Avalia a percepção do paciente com relação à conduta e competência técnica do profissional (ex., nível de atenção que o profissional prestou aos detalhes da queixa, a qualidade das investigações e das explicações sobre o problema, clareza das informações, entre outros).

(3) *Acessibilidade/Conveniência*: Avalia os fatores voltados à acessibilidade e à conveniência do local de atendimento (ex., tempo entre o agendamento e o dia do atendimento, distância ou proximidade do serviço de saúde, tempo de espera, tempo de duração do atendimento médico, e outros).

(4) *Aspectos financeiros*: aspectos relativos aos custos do tratamento (ex., flexibilidade dos mecanismos de pagamento, abrangência dos seguros de saúde, e outros fatores).

(5) *Ambiente Físico*: Investiga a percepção do paciente frente às condições do ambiente em que foi atendido (ex., iluminação, limpeza, ventilação, organização dos equipamentos, conforto dos assentos, etc.).

(6) *Disponibilidade*: Se refere à disponibilidade de profissionais no local de atendimento (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e outros funcionários), e de outros serviços de saúde (clínicas, hospitais) na área de alcance e acesso do paciente.

(7) *Continuidade do cuidado*: Examina condições relativas à continuidade do cuidado no serviço (p. ex., facilidade para os próximos agendamentos, possibilidade de ser atendido pelo mesmo médico, disposição de um registro contínuo que armazene informações referentes às consultas já realizadas, entre outros).

(8) *Eficácia/Resultados do Atendimento*: Investiga a satisfação do paciente com a eficácia do cuidado e tratamento médico, isto é, avalia se os tratamentos específicos auxiliaram na melhora ou na manutenção do estado de saúde do paciente.

O modelo de Ware et al. (1977) apontava que o constructo de *satisfação* parece ser um produto dos comportamentos, das expectativas, valores e crenças do paciente com relação ao atendimento médico. Desta forma, elementos da relação interpessoal médico-paciente seriam variáveis importantes e essenciais no componente de satisfação, como afirmado por Fitzpatrick e Hopkins (1983), Donabedian (1988) e outros estudiosos realizados após as décadas de 70 e 80 (Kravitz, Callahan, Paterniti, Antoneius, Dunham, & Lewis, 1996; Jatulis, Bundek, & Legorreta, 1997; Williams, Weinman, & Dale, 1988; Bell, Kravitz, Thom, Krupat, & Azari, 2002).

A *satisfação do paciente*, segundo Hojat (2011) e Hawthorne (2014), parece ser um construto complexo, visto que envolveria vários fatores que vão desde habilidades do médico, até questões referentes às condições físicas do ambiente de atendimento. Hawthorne et al. (2014) verificaram que, embora as diversas teorias sobre essa temática tenham sido operacionalizadas de diferentes maneiras, um modelo geral de satisfação do paciente deveria envolver as seguintes dimensões chaves: (1) acessibilidade aos serviços de saúde, incluindo as condições físicas do ambiente em que o atendimento ocorre; (2) o fornecimento de informações sobre saúde; (3) a relação entre o paciente e a equipe de atendimento; (4) participação do paciente nas tomadas de decisões com relação aos tratamentos de saúde; (5) qualidade técnica do atendimento fornecido pelo profissional de saúde; (6) eficácia do tratamento estabelecido e a extensão dos cuidados.

Segundo Hojat (2011) e Hawthorne (2014), apesar de haver um extenso arsenal de estudos e instrumentos de satisfação dos pacientes que abordem vários aspectos do

atendimento médico e dos serviços de saúde, na literatura internacional, existe uma escassez de instrumentos bem validados para avaliar a satisfação global dos pacientes com seus médicos.

Na realidade brasileira, os estudos voltados à satisfação do paciente parecem ser geralmente voltados à avaliação do funcionamento e da qualidade do atendimento de serviços de saúde, como hospitais (Carmagnani et al., 2008), ambulatórios (Santos et al., 2008), centros de saúde primária (Halal et al., 1994; Kloetzel, Bertoni, Irazoki, Campos & Santos, 1998), serviços de saúde mental (Bandeira & Silva, 2012) ou também, voltam-se à avaliação da satisfação do paciente frente a atendimentos especializados, como fisioterapia (Mendonça, Guerra & Diógenes, 2006; Mendonça & Guerra, 2007; Machado & Nogueira, 2008), odontologia (Lima, Cabral & Vasconcelos, 2010) e enfermagem (Oliveira, 2004; Oliveira & Guirardello, 2006; Lopes, Cardoso, Alvez & D’Innocenzo, 2009).

Apesar de diferentes estudos examinarem os constructos de habilidades sociais e de *satisfação no tratamento*, não parece existir um instrumento validado e padronizado para a realidade brasileira que permita uma maior generalidade e qualidade da informação.

Avaliação diádica das habilidades interpessoais do médico

Muitas pesquisas sobre a comunicação médico-paciente têm avaliado as percepções dos membros dessa díade de maneira separada e independente da dinâmica interpessoal. Poucos são os estudos que analisam o fenômeno utilizando avaliações concomitantes dos dois participantes desta díade. Todavia, considerando que a interação médico-paciente seria um sistema interpessoal complexo e dinâmico, então uma avaliação envolvendo simultaneamente ambos os participantes parece ser desejável

(Kenny et al., 2010; Lings et al., 2003). Autores internacionais, ao se referirem aos comportamentos sociais do médico na relação com o paciente, adotam a expressão ‘habilidade interpessoal’, ao invés de ‘habilidade social’. Ambas as terminologias foram utilizadas nesse trabalho. O termo ‘habilidade interpessoal’ foi utilizado – nas futuras seções - para referir-se às habilidades do médico desempenhadas na relação com o paciente, e ‘habilidades sociais’, para remeter-se às habilidades do profissional nas relações com outras pessoas, de um modo geral.

Kenny et al. (2010) afirmam que a avaliação de uma comunicação efetiva como um processo interdependente e interpessoal requer uma medida diádica onde ambos, médico e paciente, seriam convidados a avaliar a mesma consulta ou as mesmas habilidades. Légaré et al. (2007) afirma que a metodologia diádica tem ganhado popularidade nos últimos anos, visto que fornece uma avaliação mais abrangente da interação interpessoal, na medida em que aborda a natureza dinâmica e recíproca da relação.

Cegala, Coleman e Turner (1998) desenvolveram uma escala de auto-relato para avaliar as percepções dos médicos e dos pacientes em relação à sua própria comunicação e a comunicação do outro, durante uma consulta médica. Tal instrumento, *Medical Communication Competence Scale* (MCCS), apresenta um formato diádico e é respondido com base em uma escala pontuação de 6 pontos, após a conclusão de uma consulta médica. As habilidades comunicacionais, do médico e do paciente, avaliadas nesse instrumento eram: fornecimento de informações, busca por informações, verificação de informações e comunicação sócio-emocional. A amostra desse estudo incluía 65 médicos e 52 pacientes. Em seus resultados, Cegala, Coleman e Turner (1998) verificaram que os médicos se auto-avaliavam de maneira mais competente na habilidade de comunicação sócio-emocional, que nas demais habilidades. Ao comparar

a percepção dos pacientes com a dos médicos, os dados demonstraram que os pacientes percebiam os profissionais de forma mais competente que eles próprios, principalmente nas habilidades de ‘busca por informações’, ‘verificação de informações’ e ‘comunicação sócio-emocional’. Os autores verificaram também, que os médicos, ao avaliarem a competência comunicacional do paciente, percebiam esta comunicação de forma mais negativa que os próprios atendidos, especificamente no que se refere às habilidades de troca de informações.

Campbell et al. (2007) desenvolveram e validaram um instrumento diádico, denominado *Matched-Pair Instrument (MPI)*, que tem como objetivo avaliar as habilidades interpessoais do médico, através da percepção dele próprio e de seus pacientes. Tal instrumento apresenta uma versão para o médico e outra para o paciente, com itens semelhantes para as duas versões. Nesse estudo, Campbell et al. (2007) verificaram que a correlação entre as respostas dos médicos e dos pacientes diante dos itens do Matched-Pair é baixa e muito próxima a zero ($r=0,076$), sugerindo dessa forma que os membros dessa díade apresentavam diferentes perspectivas das habilidades interpessoais do médico durante as consultas. As médias das respostas dos médicos e pacientes, em todas as questões do instrumento variavam entre 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) na Escala Likert, indicando assim que, na grande parte das vezes, os membros da díade realizavam avaliações positivas a respeito das habilidades do profissional. Por fim, os dados demonstraram que, as avaliações dos pacientes geralmente eram mais elevadas que as dos médicos, indicando dessa forma que os pacientes percebiam o médico de forma mais habilidosa que eles próprios.

Ainda com relação à pesquisa de Campbell et al. (2007), Kenny et al. (2010), buscaram realizar uma análise complementar dos dados obtidos nesse estudo, com o objetivo de avaliar o quão concordantes eram as visões dos pacientes de um mesmo

médico, e o quão concordantes eram as visões dos pacientes e de seus médicos. Em seus resultados, Kenny et al. (2010) constataram que os escores no MPI dos pacientes variavam consideravelmente entre os pacientes de um mesmo médico, indicando dessa forma, que os pacientes não concordavam muito uns com os outros com relação às habilidades de comunicação do profissional na consulta. Por outro lado, os escores do MPI do médico não variavam muito de um paciente para outro indicando, que, de forma geral, os médicos percebiam seu nível de habilidade comunicacional de modo semelhante com todos os seus pacientes. Por fim, Kenny et al. (2010) verificaram que a correlação entre o escore geral do paciente no MPI e o escore geral do médico no MPI é fraca ($r=0,13$; $p<0,001$), indicando dessa forma que, apesar de possuírem algum grau de concordância, médicos e pacientes, na maioria das vezes, possuem diferentes percepções a respeito das habilidades de comunicação do profissional.

No cenário nacional apenas uma pesquisa foi encontrada com o objetivo de avaliar, de forma diádica, as habilidades interpessoais do médico no encontro com o paciente (Barros et al, 2011). Nesse estudo, as habilidades investigadas voltavam-se àquelas que compunham a classe de comportamento empático.

Barros et al. (2011) buscaram investigar se médicos das redes pública e privada de saúde eram empáticos na relação com seus pacientes, bem como se existiam diferenças deste comportamento nos dois tipos de setores. Para atender tais objetivos, as autoras elaboraram um instrumento diádico composto por 7 perguntas fechadas, o qual possuía uma versão para o médico e outra para o paciente. Os itens de ambas as versões foram desenvolvidos de forma adaptada para os diferentes participantes. O item 2 do questionário, por exemplo, foi construído da seguinte forma para a versão do profissional “Você se mostrou visivelmente interessado no que o seu paciente lhe disse, de maneira que ele fosse capaz de perceber isto?”, e da seguinte maneira para o paciente

“Seu médico se mostrou visivelmente interessado no que você lhe disse de maneira que você pôde perceber tal atenção?”. Os resultados da pesquisa indicaram uma porcentagem de 22,9% de concordância entre as percepções dos pacientes e médicos no setor público, e de 34,3% no setor privado. Tais dados indicam que na maioria dos casos, médicos e pacientes discordavam nas avaliações que faziam acerca do comportamento empático do médico em uma situação de consulta. Além disso, os dados constataram também que, apesar da porcentagem de concordância ser inferior, pacientes da rede pública avaliavam o comportamento interpessoal dos médicos de forma significativamente mais positiva que os da rede privada.

Desta forma, a literatura tem demonstrado que as habilidades interpessoais parecem ser elementos cruciais para a qualidade da interação médico-paciente. Além disso, medidas da percepção do paciente em relação às habilidades interpessoais do profissional de saúde, e medidas da satisfação do atendido, parecem ser componentes positivamente relacionados à eficácia e à eficiência do tratamento. Entretanto, na literatura brasileira parecem existir poucas informações¹ sobre aspectos relativos a habilidades interpessoais do profissional de saúde, como as mesmas são percebidas por seus pacientes e como afetariam a satisfação em relação ao atendimento. As informações são particularmente escassas, quando procuram-se estudos comparando os sistemas público e privado de saúde em relação à percepção dessas habilidades interpessoais.

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar as habilidades sociais de médicos brasileiros dos sistemas público e privado de saúde, e examinar como estas variáveis influenciavam na satisfação do paciente. Para tanto, foram realizados dois diferentes estudos. No Estudo 1, foi realizada a tradução e validação do instrumento diádico

¹De acordo com levantamento bibliográfico realizado entre 1994 e 2014, nas bases de dados Lilacs, IBECs, Medline, Scielo e Capes, adotando as palavras-chave ‘habilidades interpessoais’, ‘médico’, ‘paciente’, e ‘satisfação’.

utilizado por Campbell et al. (2007), o *Matched-Pair Instrument*. A tradução deste instrumento permitiu o desenvolvimento do Estudo 2, que investiga as habilidades sociais de médicos de sistemas público e privado de saúde, através da auto-avaliação do profissional e da avaliação de seus pacientes, e explora como tais variáveis relacionam-se com a satisfação do atendido.

Estudo 1

Tradução e Validação Semântica do *Matched-Pair Instrument*

A avaliação das habilidades interpessoais e comunicacionais possibilita a identificação de áreas críticas para a relação médico-paciente e auxilia na elaboração de um modelo para o desenvolvimento de instrumentos voltados à capacitação do profissional de saúde. Como discutido anteriormente, atualmente existem instrumentos diádicos disponíveis para avaliar as habilidades interpessoais do médico, a partir da perspectiva do próprio profissional e do paciente; o Matched-Pair Instrument (MPI) é um exemplo desses.

O Matched-Pair Instrument (MPI) trata-se de um instrumento diádico composto por dois questionários (versão para o médico e versão para o paciente), o qual foi desenvolvido e divulgado inicialmente por Campbell et al (2007), sendo atualmente propriedade do *Conselho de Medicina do Canadá*. O instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar concomitantemente as percepções do médico e do paciente em relação às habilidades de comunicação do profissional, ao final de uma única consulta, demandando o menor tempo possível para sua consecução. O instrumento busca capturar duas dimensões amplas da interação comunicacional: o conteúdo (o que foi objeto da comunicação) e o processo (como foi estabelecida). Desta forma, os itens do instrumento buscam identificar aspectos do processo relacional (ex. cumprimentar o paciente de forma apropriada, ouvir cuidadosamente, buscar entender o que foi dito, entre outros) e do conteúdo abordado (ex. formas de tratamento, explicação de exames, entre outros). As duas versões apresentam 19 afirmativas, avaliadas através de uma escala Likert que variava de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente) pontos.

Participaram do estudo de validação 91 médicos, 48 médicos de família e 43 especialistas, de 3 províncias distintas do Canadá. Foram obtidas 1845 díades médico-paciente, sendo que o número de pacientes por médico variava de 2 a 25. Os resultados descritivos do estudo indicaram que as médias dos escores para cada um dos itens do instrumento eram superiores a 4, tanto para os médicos, quanto para pacientes. Todavia, as médias dos pacientes, na maioria dos itens, eram mais elevadas que as dos médicos, indicando que os pacientes avaliavam o desempenho do profissional de forma mais positiva que eles próprios. A correlação entre os itens correspondentes de cada uma das escalas foi baixa e a correção total entre as duas versões foi de 0,076. A concordância absoluta entre profissional e paciente variou entre 34% e 49%, aumentando para 90% se o critério de concordância fosse flexibilizado para incluir diferenças de 1 ponto a mais ou a menos na escala Likert. No que se refere à fatoração do instrumento, verificou-se que, da análise dos componentes principais de ambas as versões, emergiram dois diferentes fatores. Na versão do médico, o primeiro fator (processo de comunicação) explicou 52% da variância e o segundo (conteúdo da comunicação) 7%; na versão do paciente, 60% foi explicada pelo primeiro e 6% pelo segundo. A consistência interna estabelecida pelo Alfa de *Cronbach* foi de 0,70 para a versão do médico e 0,69 para a do paciente.

O objetivo do Estudo 1 foi o de apresentar a tradução e investigar as evidências preliminares de validação semântica do *Matched-Pair Instrument* para a língua portuguesa, tanto da versão do médico quanto da versão do paciente. Para tanto, foram realizadas análises das propriedades psicométricas e dos componentes principais das versões traduzidas e adaptada do instrumento.

Método

Participantes

Na fase de tradução e adaptação do *Matched-Pair Instrument*, participaram 19 pessoas, com a seguinte distribuição: 6 compuseram as etapas de tradução e retrotradução; 2 realizaram a equivalência semântica das versões retrotraduzidas; 8 participaram da validação semântica dos itens do instrumento; 2 compuseram o comitê de *experts* para avaliação final do instrumento; e, 1 realizou as correções gramaticais da versão final do instrumento.

Após os trâmites da tradução e adaptação, o instrumento foi aplicado para 30 médicos, e 195 pacientes. Com relação aos pacientes, 75 estavam se consultando em instituição de atendimento público e 120 em serviços da rede privada de saúde. Dos médicos participantes, 6 foram avaliados apenas por pacientes da rede pública, 15 por usuários da rede privada, e 9 por pacientes de ambas as redes atendimento.

Local e Instrumentos

A pesquisa se desenvolveu em serviços de atendimento da rede pública e privada de um município localizado na Região Sul do País. Os dados foram coletados nos consultórios particulares dos médicos que aceitaram participar da pesquisa, bem como em um centro de especialidades médicas credenciado ao *Sistema Único de Saúde* (SUS). Este centro de especialidades, trata-se de um consórcio intermunicipal, que abarca 25 municípios da região, e é mantido com recursos do SUS.

Para levantar características sócio-demográficas dos médicos e dos pacientes da amostra, foram utilizados dois questionários: 1) Questionário do Perfil do Paciente (QPP), 2) Questionário do Perfil do Médico (QPM); os quais são apresentados na íntegra nos Anexos 1 e 2. Ambos os questionários investigavam fatores como: sexo,

escolaridade e idade. Além dessas variáveis, o questionário do perfil do médico (QPM) também solicitava informações relativas à experiência e formação profissional, tais como: tempo de prática médica, rede de saúde que trabalha (pública, privada ou ambas), especialidade médica, formação cirúrgica ou clínica, prática de docência, disposição de consultório particular, e por fim, o grau de satisfação profissional. O questionário do perfil do paciente (QPP) buscava levantar também aspectos relativos ao tratamento e problemas de saúde, tais como: motivo da consulta, presença ou ausência de diagnóstico clínico, tempo de acompanhamento no serviço, tempo em que é paciente do médico, medicamentos em uso e, natureza da consulta (se primeira consulta ou retorno). As questões apresentadas em ambos os instrumentos foram baseadas naquelas utilizados por Croitor (2010) em sua dissertação.

Para avaliação das habilidades interpessoais e comunicacionais dos médicos em relação aos seus pacientes, foi realizada a tradução e adaptação do *Matched-Pair Instrument* (MPI). A versão do instrumento original encontra-se disponível no Anexo 3.

Procedimento

O projeto foi examinado e aprovado pelos responsáveis administrativos das instituições de saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) em seres humanos da Universidade Federal de São Carlos, e foi devidamente autorizado, através do registro, junto à Plataforma Brasil (Protocolo CAAE: 16413413.4.0000.5504).

Para a tradução e validação do instrumento, foram implementadas as seguintes condições: (1) obtenção da autorização do autor do instrumento original para tradução e utilização do MPI, (2) tradução do instrumento para português; (3) retrotradução para inglês; (4) avaliação da equivalência semântica entre original e retrotradução; (5)

avaliação por público-alvo; (6) avaliação por *experts*; (7) correções e ajustes gramaticais finais.

A autorização para a tradução do *Matched-Pair Instrument*, foi obtida através de comunicação via e-mail com o autor original do instrumento e com o diretor executivo do Conselho de Medicina do Canadá. O contato do autor foi obtido através do correio eletrônico disponível em seus artigos, e o do diretor do conselho através da comunicação via mensagem eletrônica com o autor do instrumento. A anuência para utilização deste instrumento encontra-se presente no Anexo 4.

Após a obtenção do consentimento do autor, as duas versões do instrumento, versão do médico e do paciente, passaram por uma etapa de *tradução* para a língua portuguesa. Nesta etapa, participaram três profissionais formados em Psicologia, sem contato direto, e com fluência, domínio e qualificação em Inglês. Cada um destes profissionais realizou uma tradução diferente e de maneira independente.

As traduções produzidas na condição anterior, foram *retrotraduzidas* para a língua inglesa (original), por três diferentes profissionais, um professor de Inglês e dois profissionais da Psicologia. Estes profissionais tinham proficiência e domínio do idioma.

Concluídas as traduções e retrotraduções, teve início a fase de *equivalência semântica*, a qual foi realizada por um profissional diferente dos anteriores, fluente na língua inglesa. Este profissional avaliou a equivalência entre o instrumento original e as retrotraduções produzidas na fase anterior, indicando as versões que considerava semanticamente mais próximas do mesmo; os instrumentos em língua portuguesa selecionados para a coleta de dados foram aqueles que haviam produzido estas retrotraduções (Reichenhein & Moraes, 2007). Esta tradução recebeu alguns ajustes gramaticais, sendo então iniciada a fase de *Validação Semântica*.

Durante a fase de *Validação Semântica*, os participantes deveriam indicar, em uma escala que variava de 1 (não entendi) a 5 (entendi completamente), o quanto compreenderam cada item do instrumento. Caso os participantes não compreendessem algum termo ou sentença, deveriam justificar a razão pela qual a frase não estava clara, e fornecer sugestões de como os termos poderiam ser adaptados ou melhorados. Para avaliação da versão do médico participaram quatro (4) alunos de Medicina do 5º ano de graduação. A versão do paciente foi apreciada por quatro (4) indivíduos adultos, com idade entre 23 e 55 anos, e de diferentes níveis de escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino superior e pós-graduação). Todas as sugestões apresentadas foram analisadas cautelosamente, e grande parte delas foram aceitas para a última versão do instrumento.

Dois profissionais da Psicologia, envolvidos em programas de Pós-Graduação e com experiência em pesquisas científicas, examinaram as mudanças propostas pela validação semântica. Foi solicitado que estes experts avaliassem as mudanças propostas pela validação semântica considerando a adequação e pertinência teórica e conceitual. Os experts consentiram com praticamente todas as mudanças sugeridas. Assim como concordaram com a inclusão de um ponto na escala Likert que possibilitasse a indicação de itens que *não se aplicassem* nas situações. Uma última revisão das duas versões do instrumento foi implementada por um Professor de Português, e as versões finais podem ser examinadas no Anexo 5.

Desta forma, o instrumento manteve os 19 itens da versão original que deveriam ser respondido utilizando uma escala Likert de 6 itens, variando de 0 (não se aplica), 1 (Discordo totalmente) à 5 (Concordo Totalmente).

No que se refere à aplicação do instrumento para os médicos e pacientes, a coleta de dados se desenvolveu em serviços de atendimento da rede pública e privada. Na rede

privada, os dados foram coletados nos consultórios particulares dos médicos que aceitaram participar da pesquisa; na rede pública, a coleta ocorreu em um centro de especialidades médicas credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A aplicação dos instrumentos, tanto com os médicos da rede pública quanto com os médicos da rede privada, ocorria, individualmente, em sua sala de atendimento/consultório. Com os pacientes, a aplicação dos instrumentos era conduzida, também individualmente, na sala de espera da instituição ou do consultório.

Resultados

As análises estatísticas, descritivas e inferenciais, foram realizadas utilizando o *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 22.0.

Adaptação e validação do MPI

Validação Semântica

Com relação às análises da validação semântica do MPI, verificou-se que a maioria dos itens, em ambas as versões, foi avaliada como questões entendíveis ou totalmente entendíveis; nenhum item, em ambas as versões do instrumento, foi avaliado como não entendível.

A Figura 1 apresenta o nível de compreensão das questões, de ambas as versões (pacientes e médicos), que não obtiveram avaliação máxima de entendimento por pelo menos um dos participantes. Na parte superior da Figura 1 foram exibidas os resultados dos participantes de diferentes níveis de escolaridade (Ensino Superior Completo, Ensino Médio Completo, Ensino Fundamental Incompleto, Pós Graduação Completa) que

avaliaram a versão dos pacientes; na parte inferior foram apresentados os resultados dos estudantes de medicina que examinaram a versão dos médicos.

Na Figura 1 verifica-se que, na versão do instrumento respondida pelos pacientes, nenhum item foi avaliado como ‘não entendível’ ou ‘pouco entendível’. Entretanto, algumas questões foram classificadas como ‘Razoavelmente Entendível’. O item 10, ‘*Verificou se os planos de tratamento eram aceitáveis para mim*’ foi o único no qual todos os participante declararam algum tipo de dificuldade. Verifica-se ainda que as questões 6, 7, 13 e 14 foram avaliadas, na maioria das vezes, como entendíveis ou totalmente entendíveis, porém, em todas essas questões, havia algum participante que apresentava compreensão razoável da sentença. As dificuldades apontadas eram, majoritariamente, voltadas à alguma palavra ou expressão contida na frase que dificultava a compreensão desta como um todo. Um exemplo disto, é visualizado no item 6 (*Se um exame médico foi requerido para os seus problemas de saúde, o médico explicou completamente o que foi feito e o porque*), onde um dos participantes sugeriu que a palavra ‘requerido’ fosse alterada para ‘solicitado’ ou ‘pedido’. No item 14 (*Envolveu-me nas decisões tanto quanto eu queria*) também houveram sugestões nesse sentido, visto que os participantes solicitaram a mudança da expressão ‘envolveu-me’, por alguma outra que esclarecesse o significado. Todas as sugestões fornecidas pelos participantes estão presentes no Anexo 6.

Na mesma Figura 1, com relação à versão do instrumento respondida pelos alunos de Medicina, a grande maioria dos itens foi avaliada como ‘Entendi Totalmente’, por todos os participantes. As questões que geraram algum tipo de dificuldade de compreensão foram 2, 6, 8, 9, 10 e 18, sendo que em todas essas, apenas um participante classificava a questão ou na categoria ‘Entendi Razoavelmente’, ou na categoria ‘Entendi Pouco’. Na grande parte dos casos, os alunos justificavam a sua dificuldade de

compreensão em função de questões gramaticais, e sugeriam a alteração de termos técnicos para facilitar o entendimento. Algumas das sugestões realizadas que foram incorporadas aos itens foram: 1) alterar a expressão ‘testes laboratoriais’ por ‘exames complementares’ (questão 7); 2) mudar a palavra ‘sangue’ para a expressão ‘exame de sangue’ (questão 7); 3) alterar a expressão ‘caso houvessem’ por ‘caso tenham sido prescritos’ (questão 11); 4) alterar a palavra ‘Demonstrar’ por ‘Expressar’ (questão 17); 4) adicionar uma outra opção de resposta, denominada ‘Não se aplica’, a qual poderia ser selecionada, quando o médico não se deparasse com determinadas questões (p. ex, as descritas nos itens 6, 7, 8 e 11) na consulta. Todas as sugestões fornecidas pelos participantes estão presentes no Anexo 6.

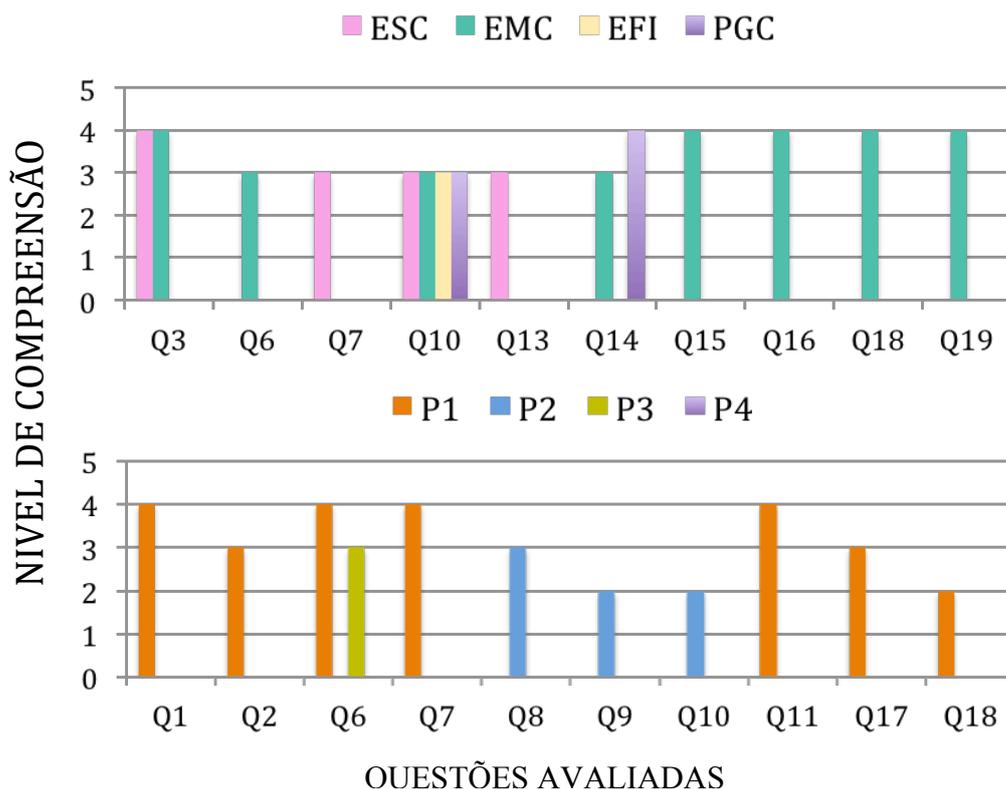


Figura 1 - Questões do *Matched-Pair Instrument*, em português, que foram avaliadas, por pelo menos um dos participantes, com um nível de compreensão menor que 5. Na parte superior encontra-se a avaliação dos participantes com diferentes escolaridades e na parte inferior a avaliação dos estudantes de medicina.

Legenda: ESC - Ensino Superior Completo; EMC - Ensino Médio Completo; EFI - Ensino Fundamental Incompleto; PGC - Pós-Graduação Completa.

De toda forma, para que as sugestões oferecidas pelos participantes (alunos de Medicina e pessoas com diferentes níveis de escolaridade) fossem aceitas e incorporadas ao instrumento, alguns critérios foram estabelecidos, os quais eram: 1) pelo menos 2 participantes deveriam apresentar algum tipo de dificuldade de compreensão no item em questão; 2) as mudanças sugeridas não poderiam alterar o sentido do item; 3) alterações gramaticais ou semânticas que esclarecessem o sentido da frase poderiam ser aceitas, mesmo sendo sugeridas por apenas um participante. A versão final traduzida do *Matched-Pair Instrument*, encontra-se disponível no Anexo 5.

Análises Psicométricas da Versão Traduzida e Adaptada do MPI

Análises psicométricas e fatoriais foram implementadas para a versão dos pacientes. Não foram conduzidas análises fatoriais para a versão dos médicos, uma vez que a amostra de profissionais (n=30) foi considerada insuficiente.

Utilizou-se para fatoraçoão a matriz de correlação pelo método dos Componentes Principais (saturaçoão < 0,50), sendo que em seguida, os dados foram submetidos à uma rotaçoão *Varimax* com normalizaçoão Kaiser. Os testes Kaiser-Meyer Olkin e de esfericidade de Barlett indicaram a adequaçoão estatística do uso das análises fatoriais para a versão dos pacientes (KMO =0,837; Bartlett's Test: aprox. Chi square = 1732,693, p<0,000).

Para identificar os componentes a serem extraídos, foi realizada uma análise do *screeplot*, sendo definido auto valores superiores a 1; a análise de sedimentaçoão sugeriu uma estrutura de até 3 possíveis componentes para a versão dos pacientes (Figura 2).

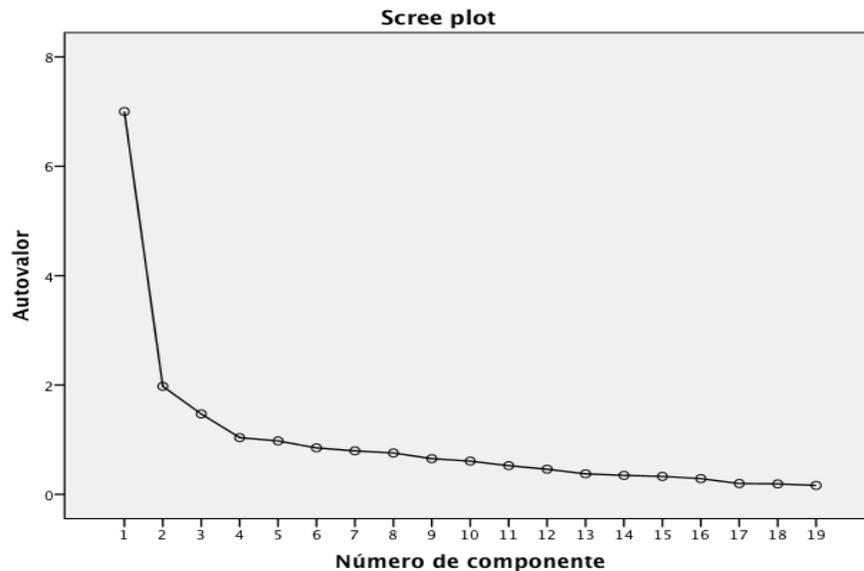


Figura 2 - *Screeplot* da versão dos pacientes (MPI) indicando o número máximo de fatores a serem extraídos

Considerando a análise do *screeplot* (Figura 2), e a constatação de que a solução ideal estaria entre 2 e 3 fatores, as próximas análises buscaram replicar o modelo psicométrico e de fatoração conduzido por Campbell et al. (2007). Foi utilizado como método de fatoração, a análise dos componentes principais (ACP) com rotação *Varimax*, sendo solicitado a obtenção de dois fatores, e extração de itens com saturação inferior a 0,50.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise replicada, para a versão dos pacientes. Os itens 2 e 15 não atingiram os critérios estabelecidos (cargas fatoriais > 0,50); em função disso, não foram incluídos nas análises, e não encontram-se expostos na Tabela 3.

Os resultados, expostos na Tabela 3, mostraram que os itens voltados ao *processo de comunicação* foram englobados no componente 1, enquanto os itens voltados ao conteúdo da comunicação (solicitação/explicação de exames, prescrição de medicamentos, decisões do tratamento) foram abarcados pelo componente 2. A variância total do instrumento explicada por esse modelo foi de 49,7%, sendo o Componente 1

responsável por 34,4% de tal variância. O coeficiente de consistência interna da escala total foi de 0,886, e o dos componentes variou de 0,710 a 0,905.

Tabela 3 - Análise dos componentes principais referente a versão dos Pacientes

Versão dos Pacientes			
Itens	Componente 1	Componente 2	
4. Escuta atenta	0,803		
19. Satisfação com a consulta do dia	0,765		
13. Respostas a perguntas e preocupações	0,73		
5. Compreensão do paciente	0,729		
17. Expressão de cuidado e preocupação	0,726		
18. Duração adequada do tempo de atendimento	0,721		
16. Verificação do entendimento do paciente	0,713		
1. Recepção confortável	0,688		
9. Fornecimento de informações	0,623		
12. Incentivo a realização de perguntas	0,603		
3. Incentivo das expressões do paciente	0,600		
10. Aceitação dos planos de tratamento		0,715	
8. Discussão das opções de tratamento		0,634	
6. Explicação de exames solicitados anteriormente		0,631	
7. Explicação de exames solicitados para o retorno		0,610	
14. Inclusão do paciente nas decisões do tratamento		0,565	
11. Explicação dos medicamentos prescritos		0,506	
Variância (Total = 49,718%)	34,428	15,29	
Alfa de Cronbach (Total = 0,886)	0,905	0,710	

Os resultados deste modelo de fatoração foram muito similares aos apresentados no artigo do instrumento original (Campbell et al. 2007). Todavia, como os resultados dos gráficos de sedimentação sugeriram uma estrutura de até 3 componentes, foi realizada também uma ACP para a versão dos pacientes, solicitando a obtenção de três componentes (Tabela 4). Tal análise também apresentou bons índices de variância (56,110%), e confiabilidade (0,882) porém um componente foi composto por apenas dois itens. Comparando os modelos compostos por dois e três componentes, verificou-se que o segundo, apesar de demonstrar uma porcentagem maior de variância, apresentou um formato mais discrepante do modelo apresentado por Campbell et al.

(2007). Verificou-se também que os itens 6 e 7 que antes encontravam-se presentes no componente 2 do modelo bifatorial, compuseram um único componente no modelo trifatorial (Componente 3).

Tabela 4 – Análise dos Componentes principais da versão dos pacientes solicitando a extração de 3 componentes

Itens	Componentes		
	1	2	3
4. Escuta atenta	0,819		
5. Compreensão do paciente	0,770		
1. Recepção confortável	0,724		
19. Satisfação com a consulta do dia	0,721		
13. Respostas a perguntas e preocupações	0,700		
17. Expressão de cuidado e preocupação	0,682		
16. Verificação do entendimento do paciente	0,680		
18. Duração adequada do tempo de atendimento	0,656		
3. Incentivo das expressões do paciente	0,602		
9. Fornecimento de informações	0,581		
12. Incentivo a realização de perguntas	0,530		
2. Discussão das razões da consulta	0,505		
10. Aceitação dos planos de tratamento		0,828	
14. Inclusão do paciente nas decisões do tratamento		0,789	
8. Discussão das opções de tratamento		0,734	
11. Explicação dos medicamentos prescritos		0,544	
6. Explicação de exames solicitados anteriormente			0,881
7. Explicação de exames solicitados para o retorno			0,881
Variância	30,416	15,463	9,109
Alfa de Cronbach	0,891	0,749	0,77
Cargas fatoriais abaixo de 0,5 foram excluídas			

Além das análises de consistência interna e fatoração, foram realizadas também análises descritivas (média e desvio padrão) e correlações de Spearman entre os itens das duas versões do MPI (versão do médico e do paciente). Os resultados de tais análises encontram-se expostos na Tabela 5.

As *habilidades interpessoais* dos médicos foram avaliadas, como pode ser visto na Tabela 5. Os escores médios totais foram de 76,55 para os profissionais, e de 77,63 para os pacientes, todavia estas diferenças não se mostraram estatisticamente

significativas. Esses escores apresentaram uma correlação positiva fraca ($\rho=0,156$, $p<0,03$).

Tabela 5 – Média, desvio padrão e correlação entre os escores totais e itens do MPI, das versões do médico e do paciente.

Questões	Média do Médico	Desvio Padrão	Média do Paciente	Desvio Padrão	Correlação (rho) médico e paciente	p
Escore Total	76,55	11,81	77,63	12,25	0,156**	0,030
Q1	4,51	0,65	4,61	0,53	0,275**	0,000
Q2	4,43	0,82	4,48	0,72	0,240**	0,001
Q3	4,24	0,99	4,18	1,04	0,112	0,118
Q4	4,50	0,62	4,56	0,63	0,208**	0,004
Q5	4,52	0,57	4,61	0,56	0,252**	0,000
Q6	2,73	2,27	3,07	2,16	0,166*	0,020
Q7	3,03	2,19	3,04	2,13	0,305**	0,000
Q8	3,95	1,52	3,90	1,62	0,126	0,790
Q9	4,41	0,78	4,43	0,84	0,218**	0,002
Q10	3,74	1,54	3,74	1,70	0,226**	0,002
Q11	3,15	2,01	3,09	2,14	0,224**	0,002
Q12	3,78	1,27	3,78	1,21	0,089	0,220
Q13	4,43	0,56	4,49	0,75	0,207**	0,004
Q14	3,68	1,57	3,88	1,61	0,217**	0,002
Q15	4,31	1,14	4,24	1,16	0,158*	0,027
Q16	4,24	1,11	4,33	0,82	0,240**	0,001
Q17	4,45	0,64	4,35	0,87	0,234**	0,001
Q18	4,11	1,09	4,31	0,84	0,244**	0,001
Q19	4,34	0,83	4,54	0,78	0,203*	0,004

* A correlação é significativa no nível 0,05 (twotailed)
 ** A correlação é significativa no nível 0,01 (twotailed)

Na Tabela 5, pode-se observar que, em 12 dos 19 itens do instrumento, a média dos escores atribuídos pelos pacientes foi superior a dos médicos. Todavia, as diferenças entre as médias dos médicos e dos pacientes demonstraram-se estatisticamente significativas apenas nos itens 13 (Mann Whitney, $U=20944$, $p<0,005$), 14 ($U= 21248$, $p<0,005$) e 19 ($U = 22157$, $p<0,005$).

Todos os itens mostraram uma correlação positiva entre eles, todavia, tais relacionamentos foram fracos; dezesseis (16) destas correlações mostraram-se estatisticamente significativas.

Em praticamente todas as questões do instrumento, as médias dos pacientes e dos médicos variavam em um intervalo entre 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). Todavia, em itens como 6, 7, 8, 10, 11, 12 e 14, as médias dos pacientes e dos médicos variaram em intervalos entre 3 (não concordo e nem discordo) e 4 (concordo). Houve apenas um caso específico em que a média do item se dispôs em um intervalo inferior a estes, isso ocorreu com o item 6 da versão dos médicos, onde o valor da média foi referente a 2,73. Os itens que obtiveram as médias mais baixas, em ambas as versões do instrumento foram o 6 (*Explicando a solicitação de exames*) e o 7 (*Explicação de exames recebidos e apresentados na consulta*); por outro lado, aqueles que apresentaram as médias mais altas, tanto na versão dos médicos, quanto dos pacientes, foram os itens 1 (*Recepção confortável*) e 5 (*Compreensão do que foi dito*).

Discussão

Este estudo visou traduzir e adaptar uma ferramenta útil para avaliar as habilidades interpessoais e comunicacionais do médico na relação com seus pacientes, o *Matched-Pair Instrument* (MPI). Este instrumento foi selecionado inicialmente, pois trata-se de uma ferramenta com um número relativamente baixo de itens que pode ser respondido por ambos os membros da díade (médico-paciente), ao fim de uma única consulta médica (Campbell et al., 2007; Kenny et al., 2010).

Outros instrumentos, como o de Barros, Pinho e Falcone (2011) e o de Croitor (2010) também avaliam comportamentos sociais do médico na relação com o paciente. Todavia, ambos os instrumentos focam-se apenas na avaliação de uma classe específica de habilidades interpessoais; ao passo que o questionário de Barros et al. (2011) avalia classes de comportamento empático, o de Croitor (2010) avalia habilidades comunicacionais do profissional. Além disso, apenas o instrumento de Barros et al.

(2011) faz uso da metodologia diádica. Dessa forma, parece que a versão traduzida e adaptada do *Matched-Pair Instrument* trata-se do primeiro instrumento brasileiro voltado a avaliar os comportamentos interpessoais e de comunicação do médico, através de um método que investiga tanto a percepção do próprio profissional quanto de seu paciente, e que pode ser respondido ao fim de um único atendimento.

No que se refere aos processos de tradução, retrotradução e equivalência semântica, verificou-se que todos os passos foram realizados e cumpridos.. A utilização de seis profissionais independentes (3 para tradução e 3 para retrotradução), permitiu a elaboração de diferentes versões, as quais puderam ser analisadas cautelosamente na etapa de equivalência semântica, de modo a selecionar a versão que apresentava maior similaridade semântica com relação ao instrumento original. De acordo com Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000), a atenção aos detalhes desses processos permite que o instrumento seja traduzido e adaptado culturalmente de forma mais confiável.

Com relação à etapa de validação semântica, verificou-se que o uso de participantes com diferentes níveis de escolaridade para avaliar a versão do instrumento para pacientes possibilitou a viabilidade da aplicação deste em todos os níveis educacionais da população brasileira. Verificou-se que, tantos os alunos de Medicina, quanto os participantes com diferentes níveis de escolaridade demonstraram bons níveis de entendimento com relação aos itens da versão traduzida.

Na pesquisa que deu origem à versão original do *Matched-Pair Instrument*, (Campbell et al., 2007) foi verificado que, tanto os médicos quanto os pacientes comumente respondiam a todas as questões, com exceção daquelas mais específicas (exames complementares, medicamentos, exames médico), que não se faziam presentes em todas as consultas médicas. Tal dificuldade não foi encontrada nesta pesquisa, tendo em vista que foi incluído um ponto na Escala Likert (“Não se aplica”), que poderia ser

selecionado quando os médicos e os pacientes não se deparassem com as situações específicas abordadas nos itens. Todavia, a introdução do ponto ‘não se aplica’ na *Escala Likert* pareceu ter gerado um ruído nos resultados, uma vez que as pontuações de valor zero, referente à esse ponto, não foram excluídas das análises estatísticas, inferenciais e correlacionais.

A aplicação do instrumento, tanto para os médicos, quanto para os pacientes não gerou dificuldades, sendo relativamente fácil a sua implementação. Ambos os membros da díade obtiveram uma boa compreensão dos itens, e a duração de preenchimento do instrumento foi considerada relativamente rápida.

No que se refere à avaliação psicométrica, pode-se verificar que tanto o modelo bifatorial quanto trifatorial, apresentaram bons índices de confiabilidade e variância, todavia, a estrutura composta por apenas dois componentes, mostrou-se mais similar a do instrumento original. Os bons índices de confiabilidade demonstraram que, mesmo após os processos de tradução e adaptação para o contexto brasileiro, o instrumento se manteve com propriedades psicométricas satisfatórias.

Diferenças estatísticas foram encontradas na comparação dos índices de confiabilidade da versão traduzida e da versão original do paciente. O índice de consistência interna da versão do pacientes foi significativamente mais alta na versão traduzida (*Alfa de Cronbach* = 0,886) que na versão original (*Alfa de Cronbach* = 0,69).

Um dos elementos que podem ter possibilitado diferenças estatísticas entre a versão original do instrumento e a versão adaptada pode ter sido a diferença no tamanho da amostra de participantes; no estudo original participaram 1845 díades médico-paciente, uma amostra quase 10 vezes maior do que aquela recrutada para o presente estudo (195 díades). Além disto, no presente trabalho, embora as díades sejam compostas por diferentes pacientes, os 195 instrumentos da amostra de médicos foram

preenchidos por um contingente de 30 profissionais. Por esta razão, considerando o número insuficiente de tal população, não foram realizadas análises fatoriais com a versão dos médicos. Acreditamos que o aumento da amostra em estudos posteriores possa ajudar a fornecer resultados sólidos de variância e fatores. De toda forma, a versão do paciente pode ser utilizada com relativa tranquilidade, considerando suas propriedades psicométricas e a natureza da composição de sua amostra. A coleta concomitante e a análise da díade aponta, de fato, para a riqueza e complexidade produzida pelo instrumento de formato diádico (Légare et al., 2005; Kenny et al., 2010).

Ainda no que se refere às análises fatoriais da versão do paciente, pode-se verificar que o modelo de fatoração que replicou as análises realizadas pelos autores do instrumento original (Campbell et al., 2007) apresentou uma estrutura fatorial muito similar à do instrumento original; os níveis de variância explicativa, e os índices de consistência interna desta estrutura fatorial demonstraram-se muito satisfatórios. Assim como no modelo original, o modelo replicado contou com dois fatores, sendo estes também direcionado ao processo e ao conteúdo da comunicação.

Outros dados interessantes neste estudo foram obtidos através da comparação das médias dos escores das auto-avaliações dos médicos e das avaliações dos pacientes, em relação às habilidades interpessoais do profissional. Pode-se visualizar que as médias dos pacientes foram mais elevadas que as dos médicos, em praticamente todos os itens do instrumento, todavia as diferenças entre as médias foram estatisticamente significativas em apenas 3 questões. Tais dados parecem ilustrar que os pacientes perceberam as habilidades interpessoais dos profissionais de forma mais positiva do que eles próprios. Estes resultados ocorreram também nos estudos de Croitor (2010), Kenny et al (2011) e Campbell et al (2007).

As diferenças decorrentes das avaliações dos membros da díade parecem ter contribuído para uma baixa correlação entre a percepção do médico e do paciente no que diz respeito às habilidades interpessoais do profissional. Resultados similares a este foram encontrados nos estudos de Campbell et al. (2007) e Kenny et al. (2010). Estes autores, ao verificarem a baixa correlação produzida entre a percepção do médico e a do paciente, sugeriram que os membros dessa díade apresentavam visões independentes a respeito das habilidades interpessoais do profissional durante o encontro clínico. Todavia, Campbell et al. (2007) buscou encontrar uma explicação para esta baixa correlação, e a hipótese levantada por este autor também se demonstrou aplicável para os dados encontrados nesse estudo. Campbell et al. (2007) pressupõem que as baixas correlações entre as percepções dos médicos e pacientes podem ser decorrentes do grande número de avaliações indicadas nos valores 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) da Escala Likert. Tais avaliações, apesar de diferentes, indicam satisfação com as habilidades interpessoais do médico. Nesse sentido, médicos e pacientes, apesar de indicarem avaliações diferentes na escala, parecem ter percepções próximas sobre este mesmo fenômeno interpessoal.

Apesar desta pesquisa produzir resultados interessantes e promissores, limitações também foram encontradas nesse estudo. A primeira limitação volta-se ao pequeno número de médicos participantes da pesquisa. Sugere-se que futuras pesquisas aumentem a amostra de médicos para assim possibilitar análises psicométricas e fatoriais da versão dos médicos que produzam dados confiáveis e generalizáveis. A segunda limitação se refere ao fato deste estudo ter englobado apenas médicos formados e que já tivessem concluído o período de Residência Médica; próximas pesquisas poderiam aplicar a versão traduzida e adaptada do MPI em diferentes tipos de amostra médica, de forma a avaliar o uso e a confiabilidade deste instrumento em outras

populações. A terceira limitação refere-se à introdução do ponto ‘não se aplica’ na Escala Likert, uma vez que pode ter produzido ruídos nos resultados decorrentes das análises estatísticas; sugere-se que futuras pesquisas avaliem essas mudanças em relação ao instrumento original. Além disto, a aplicação em estudantes de medicina, tanto na graduação, quanto na residência, poderia facilitar a identificação de habilidades que poderiam ser priorizadas para a formação de competências em habilidades interpessoais. Sugere-se também a realização de futuras pesquisas sobre a validade de critério e de construto deste instrumento.

Estudo 2 - Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente e Satisfação no Atendimento em Saúde Pública e Privada

As pessoas se influenciam de forma mútua no contexto das relações interpessoais; até mesmo quando os encontros são breves, como no caso das consultas médicas, os indivíduos possuem o potencial de influenciarem-se uns aos outros em seus comportamentos e emoções. Estudos têm demonstrado que o profissional que estabelece uma boa comunicação com seu paciente e dispõe de uma série de outras habilidades, parece possibilitar uma maior satisfação do paciente em relação ao seu atendimento (Di Matteo *et al.*, 1980; Jackson, Chamberlin & Kroenke 2001), bem como colabora para uma série de resultados em saúde, tais como a adesão ao tratamento (Mishra, Hansen, Sabroe & Kafle, 2006; Di Matteo, 2004) e a diminuição dos sintomas (Tamblyn *et al.*, 2007).

No Brasil, são poucos os estudos que avaliam as habilidades sociais do médico na relação com seu paciente, sendo mais escassos ainda aqueles que realizam uma comparação destas habilidades em contextos públicos e privados de saúde. Na literatura internacional, há uma vasta contribuição de estudos que relacionam as habilidades interpessoais do médico com resultados na saúde do paciente; todavia, pesquisas voltadas à avaliação de tais habilidades, através de uma perspectiva diádica, são pouco frequentes.

Considerando os resultados obtidos na literatura, algumas questões ainda precisam ser investigadas para a população brasileira, tais como: (1) como o profissional de saúde brasileiro, em particular o médico, avalia suas habilidades sociais?; (2) a auto-avaliação do médico em relação as suas habilidades sociais é diferente nos sistemas público e privado de saúde?; (3) o paciente percebe o seu médico como um profissional habilidoso ao longo de uma consulta? (4) as avaliações que os pacientes fazem das

habilidades sociais dos seus médicos são diferentes nos serviços público e privado de saúde?; (5) o quão satisfeito está o paciente com o atendimento de seu médico?; (6) a satisfação do paciente em relação ao atendimento médico difere-se de acordo com o sistema de saúde em que ele foi atendido?; (7) há alguma relação entre a forma como o médico avalia suas habilidades sociais, a maneira que o paciente percebe tais habilidades, e a satisfação deste em relação ao atendimento?

Considerando as questões levantadas acima, o Estudo 2 teve como objetivo avaliar as habilidades sociais do médico através de uma perspectiva diádica, considerando a auto-percepção do profissional e a percepção de seus pacientes, e concomitantemente, examinando como a interação destas variáveis influenciam na satisfação do paciente, tanto no serviços público, quanto no privado de saúde.

Método

Participantes

Participaram da coleta de dados um total de 30 médicos e 195 pacientes. Dos médicos participantes, 6 atendiam na rede pública, 15 na rede privada, e 9 em ambas as redes de saúde. O profissional de saúde poderia ter formação em qualquer área de especialidade da Medicina, devendo dispor de registro no *Conselho Regional de Medicina*, e ter concluído o período de Residência Médica. Com relação aos pacientes, 75 estavam em consulta em instituição de atendimento público e 120 em rede privada de saúde. Os participantes deveriam ser maiores de 18 anos e não poderiam apresentar prejuízos neurológicos e/ou psicológicos visíveis que os impedissem de preencher os instrumentos.

A Tabela 6 apresenta a frequência e porcentagem das variáveis de caracterização dos médicos participantes, tais como sexo, idade, tempo de prática, nível de formação, especialidade, tipo de formação, exercício de docência, atendimento em consultório privado e grau de satisfação profissional. Como pode ser visto na Tabela 6, a maioria dos profissionais (87,7%) era do sexo masculino, com faixa etária entre 28 a 47 anos (Mulheres: $M = 36,00$ anos; $dp = 6,272$; Homens: $M = 44,23$ anos; $dp = 11,279$), e tempo de prática profissional variando entre 3 e 19 anos ($M = 18,47$; $dp = 10,824$). Verifica-se ainda, que 80,0% dos médicos possuíam a especialização como sua formação máxima, e 60,0% exercem algum tipo de docência. Embora exista uma variedade de especialidades médicas na composição da amostra, três especialistas compuseram a maior parte desta (46,7%), sendo estes: ortopedistas/traumatologistas, pneumologistas e cirurgiões vasculares. Vale ressaltar que 53,3% da amostra possuíam especialização cirúrgica.

Tabela 6 - Caracterização dos participantes Médicos

MÉDICOS			
VARIÁVEIS	NÍVEIS	FREQ	%
Sexo	Feminino	4	13,3
	Masculino	26	86,7
Idade	28 - 47	20	66,7
	48 - 67	10	33,3
Tempo de Prática	3 - 19	18	60,0
	20 - 40	12	40,0
Formação	Especialização Completa	24	80,0
	Mestrado Incompleto	1	3,3
	Mestrado Completo	3	10,0
	Doutorado	2	6,7
Docência	Sim	18	60,0
	Não	12	40,0
Especialidades	Ortopedia/Traumatologia	8	26,7
	Pneumologia	3	10,0
	Cirurgia Vascular	3	10,0
	Cirurgia Plástica	1	3,3
	Dermatologia	2	6,7
	Reumatologia	1	3,3
	Ginecologia	2	6,7
	Ginecologia e Obstetrícia	1	3,3
	Cirurgia Geral	1	3,3
	Neurologia	1	3,3
	Neurocirurgia	1	3,3
	Medicina da Família e da Comunidade	1	3,3
	Urologia	2	6,7
	Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	6,7
	Nefrologia	1	3,3
Tipo da Especialidade	Cirurgião	16	53,3
	Clínico	8	26,7
	Ambos	6	20,0
Rede de Saúde em que trabalha	Exclusivamente na Pública	0	0,0
	Exclusivamente na Priva	5	16,7
	Pública e Privada	25	83,3
Consultório	Sim	30	100,0
	Não	0	0,0
Nível de Satisfação Profissional	Insatisfeito	0	0,0
	Pouco Satisfeito	1	3,3
	Satisfeito	15	50,0
	Muito Satisfeito	14	46,7

Na Tabela 6 pode-se visualizar, ainda, que a maior parte dos profissionais exerce a profissão tanto no Serviço Público, quanto no Privado, sendo que todos indicam ter

consultório particular. Observa-se que 96,7% dos participantes sinalizam estar “satisfeito” ou “muito satisfeito” com seu exercício profissional.

A Tabela 7 exhibe a caracterização dos pacientes da amostra, através da apresentação da frequência e porcentagem das variáveis: sexo, idade, escolaridade, presença/ausência de diagnóstico clínico, tempo de acompanhamento no serviço, tempo em que é paciente do médico, e natureza da consulta (se primeira consulta ou retorno). As informações foram organizadas considerando a rede de saúde em que os pacientes foram atendidos. A maioria dos pacientes da rede pública (61,3%) eram do sexo feminino com faixa etária entre 51 e 65 anos (Mulheres: $M = 46,217$; $dp = 10,909$; Homens: $M = 43,759$; $dp = 14,317$); na rede privada, a maior parte da amostra também foi composta por mulheres, porém com idade entre 31 e 50 anos (Mulheres: $M = 39,100$; $dp = 11,966$; Homens: $M = 40,325$; $dp = 13,459$). A maior parte dos pacientes da rede pública têm como grau de escolaridade máxima o Ensino Fundamental Incompleto (38,7%), ao passo que na rede privada, a maioria apresenta o nível Superior Completo (34,2%)

Na Tabela 7 pode-se visualizar também que 65,3% dos pacientes da rede pública e 41,7% dos pacientes da rede privada apresentavam algum tipo de diagnóstico clínico. Com relação ao tempo de acompanhamento, verificou-se que a maioria dos pacientes da rede pública utilizavam o serviço por um intervalo de tempo entre 2 e 5 anos (24,0%). Por outro lado, na rede privada, a maior concentração dos pacientes (37,5%) ocorreu para aqueles que foram atendidos pela primeira vez no serviço no dia em que responderam à pesquisa. No que se refere ao tempo de acompanhamento com o médico, visualiza-se que, tanto na rede pública quanto na privada, as duas situações mais comuns entre os pacientes foram as de estar se consultando pela primeira vez ou sendo acompanhados pelo mesmo médico por um período de tempo entre 1 mês e 6 meses.

Tabela 7 - Características dos Pacientes, considerando o tipo de atendimento em saúde (Redes Pública ou Privada).

PACIENTES					
VARIÁVEIS	NÍVEIS	Rede Pública		Rede Privada	
		FREQ	%	FREQ	%
Sexo	Feminino	46	61,3	80	66,7
	Masculino	29	38,7	40	33,3
Idade	18 - 30	14	18,7	28	23,3
	31 - 50	28	37,3	68	56,7
	51 - 65	33	44,0	24	20,0
Escolaridade	Analfabeto	3	4,0	1	0,8
	Fundamental Incompleto	29	38,7	8	6,7
	Fundamental Completo	7	9,3	3	2,5
	Médio Incompleto	3	4,0	2	1,7
	Médio Completo	28	37,3	31	25,8
	Superior Incompleto	1	1,3	18	15,0
	Superior Completo	4	5,3	41	34,2
	Especialização Incompleto	0	0,0	1	0,8
	Especialização Completa	0	0,0	12	10,0
	Mestrado Incompleto	0	0,0	1	0,8
	Mestrado Completo	0	0,0	1	0,8
	Doutorado	0	0,0	1	0,8
Diagnóstico Clínico	Não	25	33,3	70	58,3
	Sim	49	65,3	50	41,7
Acompanhamento no serviço	Primeira vez	8	10,7	44	37,5
	1 mês - 6 meses	11	14,7	26	21,7
	7 meses - 23 meses	7	9,3	13	10,8
	2 anos - 5 anos	18	24,0	22	18,3
	6 anos - 10 anos	14	18,7	11	9,2
	11 anos - 30 anos	17	22,7	4	3,3
Acompanhamento com o Médico	Primeira vez	32	42,7	45	37,5
	1 mês - 6 meses	25	33,3	29	24,2
	7 meses - 11 meses	3	4,0	3	2,5
	1 ano - 3 anos	9	12,0	25	20,8
	4 anos - 7 anos	4	5,3	8	6,7
	7 anos - 10 anos	2	2,7	6	5,0
	11 anos - 23 anos	0	0	4	3,3
Característica da Consulta	Primeira Consulta	32	42,7	45	37,5
	Retorno	43	57,3	75	62,5

Local/Instrumentos

A coleta de dados se desenvolveu em serviços de atendimento da rede pública e privada de um município de aproximadamente 300.000 habitantes, localizado na Região Sul do País. Na rede privada, os dados foram coletados nos consultórios particulares dos médicos que aceitaram participar da pesquisa; na rede pública, a coleta ocorreu em um centro de especialidades médicas credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este centro de especialidades, trata-se de um consórcio intermunicipal, que abarca 25 municípios da região e é mantido com recursos do SUS.

Para levantar as características sócio-demográficas dos médicos e dos pacientes da amostra, e, para avaliar as habilidades interpessoais do médico na relação com o paciente, foram utilizados os mesmos instrumentos descritos no Estudo 1, a saber: Questionário do Perfil do Paciente (QPP), Questionário do Perfil do Médico (QPM), e a versão traduzida e adaptada do *Matched-Pair Instrument* (MPI).

Além dos questionários descritos acima, uma versão de instrumento foi utilizada para avaliar as habilidades sociais do médico, e uma para aferir a satisfação do paciente com o atendimento, a saber: 1) Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette); 2) Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM).

Para avaliação do repertório de habilidades sociais dos médicos, foi utilizado uma versão parcial do *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)*, a qual encontra-se disponível no Anexo 7. O IHS-Del-Prette é um inventário composto de 38 itens, que tem por objetivo identificar o repertório de habilidades sociais de adultos universitários. Este instrumento foi construído, validado e padronizado para a população brasileira. Cada item descreve uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para lidar com determinada situação. As opções de respostas se configuram em um formato

de escala Likert de 5 pontos, em que o respondente avalia a frequência com que se comporta ou reage da maneira sugerida em cada item. Os fatores que compõem o IHS-Del-Prette são: (F1) *Enfrentamento e Autoafirmação com Risco*; (F2) *Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo*; (F3) *Conversação e Desenvoltura Social*; (F4) *Autoexposição a desconhecidos e Situações Novas*; (F5) *Autocontrole da Agressividade* (Del Prette & Del Prette, 2001, 2009).

Deste instrumento, foram selecionados 22 itens de um total de 38, que envolviam fatores de comunicação e de habilidades interpessoais, com maior probabilidade de ocorrência na interação médico-paciente. Os itens escolhidos para a versão parcial do IHS pertenciam aos fatores: Fator 2 (Auto-afirmação na expressão de Afeto Positivo), Fator 3 (Conversação e Desenvoltura Social) e Fator 4 (Auto-exposição a pessoas desconhecidas ou a situações novas) do inventário.

O Fator 2 compõe as habilidades voltadas à auto-afirmação na expressão de afeto positivo, as quais são necessárias ao lidar com as situações sociais, onde a pessoa deve expressar emoções ou afetos positivos, ou afirmar sua auto-estima. Dentre as habilidades que compõe esse fator, estão: elogiar familiares e outras pessoas, expressar sentimento positivo, agradecer elogios, defender uma outra pessoa perante outros membros do seu grupo, e participar de conversação trivial.

O Fator 3 agrupa habilidades de conversação e desenvoltura social, as quais refletem a capacidade de lidar com situações comuns de aproximação e que apresentam baixo risco de reação indesejável das outras pessoas. Algumas das habilidades que compõe esse fator, são: manter e encerrar conversação no contato face-a-face, finalizar conversas no telefone, abordar pessoas que ocupam posição de autoridade, reagir a elogios, pedir favores a colegas e recusar pedidos abusivos.

O Fator 4 integra as habilidades de auto-exposição a pessoas desconhecidas ou a situações novas. As habilidades abordadas aqui, são: fazer apresentações ou palestras a público desconhecido, pedir favores ou fazer perguntas a pessoas desconhecidas (Del Prette & Del Prette, 2001).

Para avaliar indicadores de satisfação do paciente com o atendimento médico e com determinados aspectos do serviço de saúde, foi aplicado o *Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM)*, o qual encontra-se na íntegra no Anexo 8. Este instrumento foi elaborado e desenvolvido para a pesquisa, considerando informações referentes às dimensões de satisfação (Ware, Davies-Averyand Stewart, 1977; Bandeira & Silva, 2011).

O questionário para avaliação dos indicadores de *satisfação* foi composto por três partes: (1) Uma avaliação geral da satisfação do paciente em relação à consulta; (2) três questões abertas sobre o atendimento recebido; e, (3) uma *Escala de Satisfação*, composta por treze questões fechadas que avaliam aspectos da consulta médica e do serviço de atendimento.

Na primeira parte da avaliação dos indicadores de satisfação, o respondente atribui notas que variam de 0 a 10, (onde, 0 = nada satisfeito e 10 = completamente satisfeito) a determinados itens. As notas indicam o quão ‘satisfeito afetivamente’, ‘respeitado’, ‘compreendido’, ‘atendido’ e ‘satisfeito com a competência médica’, o paciente se sentiu ao longo da consulta com o profissional. Logo após essa escala de notas, o paciente deve responder à pergunta “Como foi a consulta médica para você?”, selecionando uma das possíveis opções: “Gostei”, “Não Gostei”, “Não me acrescentou em nada”, e uma quarta alternativa com um espaço em branco ao lado, onde ele pode descrever a sua resposta, caso tenha uma avaliação diferente das opções anteriores. A

escala de notas junto com a pergunta de avaliação geral da consulta, compõe a primeira parte do questionário.

A segunda parte do questionário investiga aspectos do atendimento médico. As perguntas formuladas nessa parte do instrumento embasaram-se nas questões descritivas que compõe a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR); instrumento desenvolvido e validado no Brasil por Bandeira e Silva (2011). As questões componentes dessa parte do instrumento são: (1) *O que você mais gostou no atendimento?*; (2) *O que você não gostou no atendimento?*; (3) *O que você acha que deveria mudar?*. A questão 3 foi elaborada de maneira mais abrangente, para que o paciente pudesse indicar as mudanças que ele acha que seriam necessárias de serem realizadas, não apenas no atendimento médico, mas também no serviço de atendimento em que foi atendido.

A terceira parte do questionário, a *Escala de Satisfação do Paciente*, é composta por 13 questões fechadas, sendo que duas avaliariam condições do contexto de atendimento (condições físicas do ambiente, tempo de espera para o início do atendimento), e as demais questões (11) abrangeriam aspectos voltados ao atendimento médico (maneira que o médico recebeu/despidiu-se do paciente, atenção voltada à queixa, sensibilidade do profissional com relação às preocupações do paciente, postura de escuta e apoio, entre outras). As respostas deveriam ser emitidas utilizando uma escala pontuação de quatro pontos, variando de 0 (Muito Insatisfeito) a 4 (Muito Satisfeito). O escore máximo no instrumento seria 52 pontos (0 a 13=Muito Insatisfeito; 14 a 26=Insatisfeito; 27 a 39=Satisfeito; e, 40 a 52=Muito Satisfeito).

A elaboração da *Escala de Satisfação do Paciente* fundamentou-se em quatro das oito dimensões da satisfação, propostas por Ware, Davies-Averyand Stewart (1977); foram escolhidas apenas as dimensões que avaliassem aspectos do atendimento médico

ou que pudessem ser abordados em uma única consulta. As quatro dimensões utilizadas no questionário, e os itens do questionário que compõem cada uma delas foram: (1) *Arte do cuidado* (modo como o médico iniciou/finalizou a consulta; sensibilidade do médico com relação às preocupações e/ou emoções; postura de escuta e apoio do médico em relação às dificuldades; comunicação não-verbal estabelecida pelo médico; (2) *Qualidade técnica do cuidado* (investigação sobre a queixa e/ou dificuldade; explicações sobre a queixa e/ou diagnóstico; atenção voltada à queixa/dificuldade; linguagem utilizada durante a consulta); (3) *Acessibilidade/conveniência* (duração do atendimento; tempo de espera para o início do atendimento); (4) *Ambiente físico* (condições físicas do ambiente de atendimento (iluminação, organização do ambiente, ventilação, etc.)). O item ‘participação do paciente nas decisões do tratamento’ foi introduzido considerando as discussões teóricas sobre a importância do envolvimento do paciente nas decisões de seu tratamento (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Krupat et al., 2000; Guadagnoli & Ward, 1998).

Procedimento

O projeto foi examinado e aprovado para sua consecução pelos responsáveis administrativos das instituições de saúde participantes. O projeto de pesquisa foi também submetido e aprovado por comitê de ética de pesquisa devidamente habilitado e autorizado, através da Plataforma Brasil, sendo que o Protocolo de Aprovação pode ser examinado no Anexo 9.

Em todas as instituições, uma mesma pesquisadora foi responsável pela coleta de dados. A coleta em instituição pública se dava em um Centro de Especialidades, em visitas que aconteciam no período da manhã e da tarde. Diariamente, a pesquisadora recebia da coordenadora de funcionamento do serviço o nome dos médicos e as salas de atendimentos naquele dia; a coordenadora levava a pesquisadora até o local de atuação

do médico. Caso o profissional demonstrasse disponibilidade para conversar, a pesquisadora explicava os objetivos e os métodos nos termos do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), versão do médico, apresentado no Anexo 10. Caso o médico aceitasse participar, através da assinatura do TCLE, a pesquisadora acompanhava o preenchimento do instrumento para obtenção de dados pessoais. A versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) podia ser respondido imediatamente. A pesquisadora então fornecia as devidas instruções e orientações quanto ao preenchimento do MPI - Versão médicos.

Ao obter o consentimento dos médicos e explicar as devidas instruções para o preenchimento dos instrumentos, a pesquisadora se dirigia até a secretaria, e solicitava a lista dos pacientes que seriam atendidos pelo profissional naquele período. Ao obter os nomes e as idades dos pacientes, chamava-os pelo nome, individualmente, os dirigia para um local mais tranquilo e convidava-os para participar da pesquisa. A pesquisa era descrita, nos termos apresentados no TCLE, versão paciente (Anexo 11). Caso existisse anuência da participação, através da assinatura do TCLE, era apresentado o instrumento para coleta de dados gerais (QPP). Após o paciente concluir a consulta com o médico, a pesquisadora fornecia as instruções para o preenchimento do MPI-Versão Paciente e do Instrumento de Satisfação (QASPAM). A pesquisadora permanecia junto ao paciente, caso houvessem dúvidas ou dificuldades ao responder aos instrumentos. Concluídas as consultas do dia, eram recolhidas as versões de avaliação do MPI_ versão do médico.

Após ter concluído a coleta de dados com os médicos e pacientes da rede pública, a pesquisadora solicitava aos profissionais, individualmente, se eles consentiriam uma coleta em seus consultórios particulares, com pacientes de atendimento privado. Dos quinze (15) médicos que haviam participado da pesquisa na rede pública, nove (9) consentiram em participar novamente na rede privada; os outros

6 médicos justificaram sua não-participação por algum dos seguintes motivos: (1) falta de tempo, (2) viagem no período da coleta, (3) problemas de saúde que levaram à ausência no trabalho por longo período de tempo, (4) não-adequação da pesquisa no consultório privado.

A pesquisadora se dirigia até o consultório privado do profissional e averiguava, junto com a secretária, quais seriam os dias e horários de atendimento do médico, para verificar opções de horários possíveis para a coleta. Após obter essa informação, em dias e horários aleatórios, a pesquisadora se dirigia ao consultório e solicitava à secretária a lista dos pacientes a serem atendidos naquele período. A pesquisadora convidava os pacientes a participarem individualmente da pesquisa, no mesmo formato descrito para a instituição pública. Caso houvesse consentimento por assinatura do TCLE, o paciente respondia os mesmos instrumentos, no formato aplicado na instituição pública. Ao final do dia de consulta, o profissional de saúde apresentava os instrumentos referente aos pacientes que haviam aceitado participar da investigação.

Os profissionais que atuavam exclusivamente na rede privada foram convidados a participar do estudo, através de algum dos seguintes meios: (1) contato telefônico, (2) e-mail, (3) contato anterior em rede pública de saúde, (4) visita no consultório. Caso os médicos demonstrassem interesse, era agendado uma breve visita onde a pesquisadora explicava os objetivos e métodos da pesquisa ao profissional. Caso houvesse consentimento de participação, nos termos do TCLE, versão do médico, os procedimentos de coleta ocorriam de forma similar aos conduzidos na instituição de serviço pública. Os pacientes eram convidados individualmente, e após seu consentimento, respondiam aos instrumentos no formato descrito nas condições anteriores.

Na rede pública, foram convidados 18 médicos a participar da pesquisa; 15 consentiram em participar do estudo no serviço público; 2 aceitaram participar da pesquisa, porém solicitaram que a mesma fosse conduzida apenas na rede privada, pois a demanda de pacientes era muito alta no serviço público. E, por fim, 1 médico não aceitou participar da pesquisa, justificando sua recusa no fato de precisar atender muitos pacientes em um curto espaço de tempo. Na rede particular, dos dezessete (17) profissionais convidados, 15 aceitaram participar da pesquisa, e 2 médicos recusaram, alegando não disporem de tempo.

Resultados

As análises estatísticas, descritivas ou inferenciais, foram analisadas utilizando o *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)* versão 22. Considerando a distribuição não normal da amostra, foram usadas preferencialmente estatísticas não-paramétricas.

Análises das propriedades psicométricas da Escala de Satisfação QASPAM

O questionário para obtenção de indicadores de satisfação incluía uma Escala de Satisfação, apresentada na terceira e última parte do instrumento. Esta escala foi submetida a análises psicométricas; os resultados indicaram alta consistência interna, visto que o coeficiente de *Alfa de Cronbach* foi igual a 0,932. Além disto, os testes *Kaiser-Meyer Olkin* ($KMO = 0,932$) e de esfericidade de *Barlett* (*Bartlett's Test*: aprox. $Chi square = 1621,820$, $p < 0,00$) indicaram a adequação estatística do uso das análises fatoriais. Utilizou-se para a fatoração, a matriz de covariância pelo método de Componentes Principais, sendo que em seguida, os dados foram submetidos à uma

rotação *Varimax* com normalização de Kaiser; foram extraídos os itens com saturação menor que 0,40.

A Tabela 8 apresenta os resultados gerais das análises dos componentes principais da Escala de Satisfação. A solução explicou 68,53% da variância, indicando dois diferentes componentes. O Fator 1 respondeu por 43,01% da variância e pareceu incluir todos os itens que avaliavam condições da interação médico-paciente durante o processo de atendimento; o Fator 2 respondeu por 25,52%, incorporando itens externos ao processo da consulta (*tempo de espera e condições físicas do ambiente*).

Como o Fator 1 parece agrupar todos os itens que são referentes à postura profissional e afetiva do médico durante o atendimento, optou-se por denominá-lo de ‘Habilidades Interpessoais e Técnicas do Médico’. Já, o Fator 2, por referir-se a condições externas, foi denominado de ‘Aspectos do Contexto de Atendimento’.

Tabela 8 – Análise dos componentes principais do QASPAM

Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico		
Número e conteúdo dos itens/fatores *	Fator 1	Fator 2
6. Explicações sobre a queixa	0,850	
7. Atenção voltada a queixa	0,820	
5. Investigação da queixa	0,818	
10. Postura de escuta e apoio	0,812	
9. Sensibilidade do médico	0,781	
12. Comunicação não-verbal do médico	0,754	
11. Participação nas decisões	0,733	
2. Duração do atendimento	0,666	
8. Linguagem usada na consulta	0,630	
4. Como o médico iniciou a consulta	0,623	
13. Como o médico finalizou a consulta	0,606	
3. Tempo de Espera		0,979
1. Condições físicas do ambiente		0,401
% Variância Explicada (Total = 68,53%)	43,01%	25,52%
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser		
(*) Cargas fatoriais abaixo de 0,4 não são apresentadas na análise		

Desempenho dos médicos na versão parcial do IHS

A Tabela 9 apresenta as frequências e as porcentagens dos escores dos médicos em cada fator avaliado na Versão Parcial do IHS e nos diferentes níveis de interpretação do instrumento, os quais são: Indicação para treinamento em HS, Bom repertório de HS (Abaixo da Média), Repertório Mediano, Bom Repertório de HS (Acima da Média) e Repertório Bastante Elaborado de HS.

De forma geral, nos três fatores avaliados, 65% ou mais dos participantes apresentaram escores que indicavam um “Bom Repertório” ou um “Repertório bastante elaborado” de habilidades sociais. No que se refere ao Fator 2, *Auto-afirmação na Expressão de Afeto Positivo*, pode-se observar que 76,7% dos médicos se auto-avaliaram com repertório acima da média ou bastante elaborado. Com relação ao Fator 3, *Conversação e Desenvoltura Social*, verificou-se que 60,0% dos profissionais se auto-avaliaram com um repertório bastante elaborado de HS, sendo que 16,7% exibiram escores que indicaram um bom repertório com níveis acima da média.

Tabela 9 - Desempenho dos médicos nos Fatores 2, 3 e 4 do IHS, segundo interpretações do instrumento

INTERPRETAÇÃO IHS	Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	FREQ	%	FREQ	%	FREQ	%
Repertório Bastante Elaborado de HS	11	36,7	18	60,0	14	46,7
Bom Repertório (Acima da Média)	12	40,0	5	16,7	6	20,0
Repertório Mediano	2	6,7	1	3,3	0	0,0
Bom Repertório (Abaixo da Média)	4	13,3	4	13,3	4	13,3
Indicação para Treinamento em HS	1	3,3	2	6,7	6	20,0

No Fator 4, *Auto-exposição a pessoas desconhecidas ou a situações novas*, a maioria dos participantes (66,7%) avaliou-se com escores elevados que indicavam repertório acima da média ou bastante elaborado. Contudo, vale observar que 33,3% dos médicos se auto-avaliaram com repertório abaixo da média, sendo que destes, 20,0%

apresentaram escores que revelavam indicação para treinamento em habilidades sociais. Considerando que novas consultas e atendimentos potencialmente representam novas interações e situações, podemos pressupor que dificuldades podem advir deste *déficit* social.

Análise dos indicadores de satisfação dos pacientes da rede pública e da rede privada

Os dados descritivos do Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM), da primeira e terceira parte do instrumento, foram analisados quantitativamente; a segunda seção, por ser composta por questões abertas, foi avaliada posteriormente, através do método da Análise de Conteúdo. A Figura 3 apresenta a média e o desvio padrão das notas atribuídas pelos pacientes da rede pública e privada, na escala de zero (0) a dez (10), na avaliação de sentimentos e percepções ao final do atendimento.

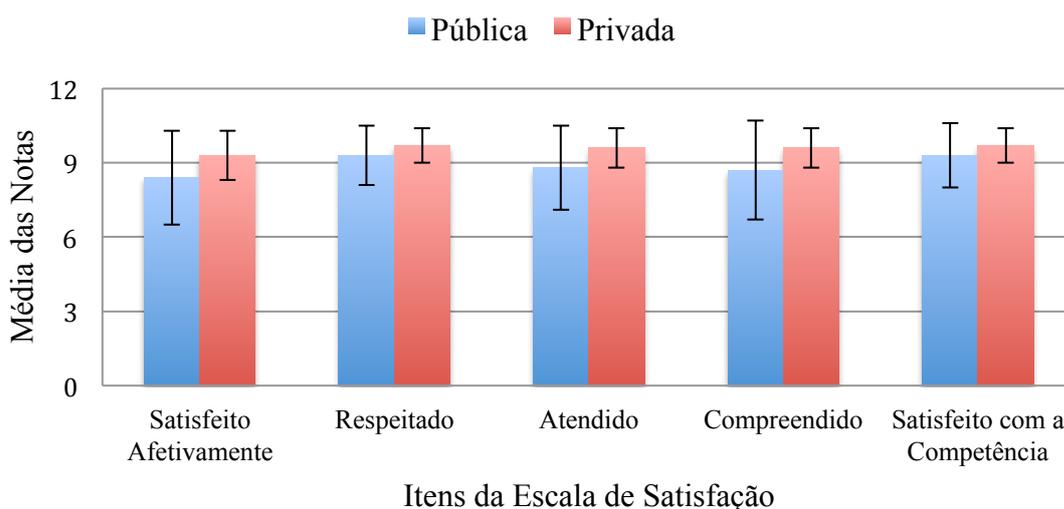


Figura 3 - Média e Desvio Padrão das notas atribuídas pelos pacientes da rede pública e privada aos itens que compõe a Escala de Notas do QASPAM

Para todos os itens, a média da avaliação apresentou valores superiores a 8 pontos (em uma escala de 10 pontos). Na rede privada, os valores oscilaram entre 9 a 10 em todos os itens, ao passo que na rede pública, variaram de 9 a 10 apenas nos itens ‘Respeitado’ e ‘Satisfeito com a competência médica’, e oscilaram entre 8 a 9 nos demais.

Observou-se que os escores na rede pública, embora altos, foram significativamente mais baixos (*Mann Whitney*, $p < 0,005$) que aqueles obtidos na rede particular. Além disto, valores maiores no desvio padrão foram observados nos escores dos participantes da rede pública, o que parece indicar que houve uma maior variabilidade nesta amostra.

Os itens “Satisfação com a competência”, e “Respeitado” obtiveram as notas mais altas, em ambos os sistemas de atendimento. Os menores escores da rede pública foram observados nos itens ‘satisfeito afetivamente’, ‘compreendido’ e ‘atendido’.

A Tabela 10 apresenta as porcentagens de escolha para cada nível da *Escala de Satisfação*, apresentada na terceira parte do QASPAM, tanto na rede pública, quanto na rede privada. Os valores sombreados apresentam as porcentagens mais altas obtidas em cada rede.

Para todos os itens, os participantes majoritariamente indicaram estar “*Satisfeito*” ou “*Muito Satisfeito*”, com exceção do item ‘Tempo de Espera’, para a rede pública. Em relação aos pacientes da rede privada, podemos observar que em 9 dos 13 itens a maioria dos participantes indicou estar *completamente satisfeito*; nenhum item da rede pública foi majoritariamente avaliado com este nível de satisfação. O “*tempo de espera*” foi um item apontado como fonte relativa de *insatisfação*, particularmente para os pacientes da rede pública (33,3%).

Tabela 10 - Porcentagem das respostas nos diferentes níveis da *Escala de Satisfação* para as diferentes questões, segundo os pacientes da rede pública e privada

Questões	Rede Pública (%)					Rede Privada (%)				
	MI	Ins.	Ind.	Satisf.	MS	MI	Ins.	Ind.	Satisf.	MS
Condições Físicas do Ambiente	1,3	2,7	10,7	72,0	13,3	1,7	0,8	3,3	53,3	40,8
Duração do atendimento	2,7	16,0	6,7	53,3	20,0	0,8	3,3	1,7	52,5	41,7
Tempo de espera	29,3	33,3	10,7	21,3	4,0	0,8	4,2	12,5	55,0	27,5
Modo como Iniciou a Consulta	0,0	2,7	4,0	70,7	22,7	0,0	0,0	0,8	41,7	57,5
Investigação da Queixa	5,3	4,0	16,0	54,7	20,0	0,0	1,7	3,3	42,5	52,5
Explicações sobre a Queixa	4,0	8,0	10,7	52,0	25,3	0,0	0,8	1,7	44,2	53,3
Atenção voltada a Queixa	1,3	2,7	12,0	49,3	34,7	0,0	0,8	1,7	36,7	60,8
Linguagem utilizada	0,0	0,0	5,3	66,7	28,0	0,0	0,0	3,3	38,3	58,3
Sensibilidade do médico	1,3	12,0	13,3	52,0	21,3	0,0	1,7	7,5	37,5	53,3
Postura de Escuta e Apoio	1,3	8,0	5,3	57,3	28,0	0,0	0,8	3,3	42,5	53,3
Participação nas decisões	1,3	5,3	13,3	54,7	25,3	0,0	0,8	5,8	47,5	45,8
Comunic. Não-verbal	1,3	2,7	1,3	60,0	34,7	0,0	0,0	6,7	43,3	50,0
Modo como Finalizou a Consulta	0,0	2,7	4,0	54,7	38,7	0,0	0,0	2,5	32,5	65,0

Legenda: MI = *Muito Insatisfeito*; Ins. = *Insatisfeito*; Ind. = *Indiferente*; Satisf. = *Satisfeito*; MS = *Muito Satisfeito*

Na mesma Tabela 10, quando se considera as porcentagens de avaliação dos pacientes da rede pública, distribuídas nos níveis “satisfeito” e “muito satisfeito”, pode-se observar que os maiores valores foram atribuídos para os itens “*Linguagem utilizada*” (94,7%) e “*Comunicação não-verbal*” (94,7%). Por outro lado, os menores valores de satisfação foram indicados nos itens “*Tempo de espera*” (29,3%) e “*Sensibilidade do médico*” (73,3%).

Para os pacientes da rede privada, na Tabela 10, os maiores valores de satisfação foram observados nos itens “*Como iniciou a consulta*” (99,2%), “*Explicação sobre a queixa*” (97,5%), “*Atenção voltada à queixa*” (97,5%) e “*Modo como finalizou a*

consulta” (97,5%); os menores valores foram observados nos itens “*Tempo de espera*” (82,5%) e “*Sensibilidade do médico*” (90,6%).

O Teste não-paramétrico *U de Mann Whitney* foi aplicado para avaliar se as distribuições das respostas entre as redes apresentavam diferenças estatisticamente significativas. As análises indicaram que em todos os itens ($p < 0,001$), com exceção do item ‘*Comunicação não-verbal do médico durante a consulta*’ ($U=5,126$; $p=0,066$), as diferenças entre os grupos foram significativas.

Análises descritivas e inferenciais das Habilidades Sociais, Interpessoais e Satisfação para os diferentes grupos

A Tabela 11 exhibe valores mínimos e máximos, média, desvio padrão e mediana, de todas as escalas e inventários utilizados (MPI, Escala do QASPAM e Fatores do IHS), para as diferentes populações investigadas. No caso do IHS, não foram utilizados os escores brutos, mas sim os dados normativos, em percentis, do IHS-Del-Prette.

Na Tabela 11, quando consideramos os escores de *Habilidades Interpessoais e Comunicacionais* (MPI), verificamos que os médicos da rede pública apresentaram escores de auto-avaliação significativamente menores ($M=69,93$, $DP=13,55$) que os da rede privada ($M= 76,49$; $DP=10,11$), (Mann Whitney, $U=6474$, $p < 0,000$). Na mesma direção, os pacientes do serviço público avaliaram os médicos que os atenderam com escores significativamente menores ($M=72,31$; $DP=12,97$) que os utentes do sistema particular ($M=80,80$; $DP=10,59$) (Mann-Whitney, $U=6,263$; $p < 0,000$). Entretanto, vale a pena notar que, sistematicamente, tanto os pacientes do setor público, quanto do privado, indicaram perceber os profissionais de saúde de seus respectivos setores como

mais habilidosos do que eles mesmos, uma vez que apresentaram médias mais elevadas que a deles.

Tabela 11 - Média, desvio padrão, mediana, escores mínimo e máximo para os escores obtidos nos diferentes instrumentos (MPI, Escala do QASPAM e Fatores do IHS), para as diferentes populações avaliadas.

Instrumentos	Variáveis	N	Mín.	Máx.	Média	DP	Mediana
Habilidades interpessoais e comunicação	Médico Geral	30	47	95	76,47	11,81	76
	Médico Pública	6	47	95	69,93	13,55	71
	Médico Privada	15	51	95	76,49	10,11	77
	Médico Ambas	9	52	95	78,63	11,84	76,5
	Paciente Geral	195	33	95	77,53	12,25	79
	Paciente Pública	75	33	95	72,31	12,97	71
	Paciente Privada	120	49	95	80,80	10,59	82
Satisfação do Paciente	Geral Pacientes	195	17	52	41,89	7,57	42
	Rede Pública	75	17	52	37,47	7,55	38
	Rede Privada	120	24	52	44,66	6,17	46
Fatores de Habilidades Sociais	F2 - Geral	30	7,25	11,7	9,79	1,17	9,68
	F2- Rede Pública	6	8,43	11,4	9,71	1,16	9,31
	F2 - Rede Privada	15	7,85	11,3	9,87	1,06	10,19
	F2 - Ambas	9	7,25	11,7	9,70	1,45	9,43
	F3 - Geral	30	4,29	11,02	7,93	1,52	7,93
	F3 - Rede Pública	6	6,54	11,02	9,06	1,77	9,35
	F3 - Rede Privada	15	4,29	9,74	7,70	1,39	7,89
	F3 - Ambas	9	5,55	9,63	7,55	1,32	7,95
	F4 - Geral	30	0,60	5,81	3,85	1,43	4,07
	F4 - Rede Pública	6	0,60	5,81	3,69	1,95	4,14
	F4 - Rede Privada	15	1,84	5,51	4,20	1,09	4,25
	F4 - Ambas	9	1,46	5,81	3,39	1,58	3,22

Legenda: Geral=Todos os médicos ou pacientes da amostra; Ambas = análise separada dos profissionais de saúde que atuam nas duas redes.

Na mesma Tabela 11, quando consideramos a *Escala de Satisfação* do QASPAM, podemos verificar que os pacientes da rede privada apresentaram escores significativamente maiores (M = 44,66; DP= 6,17) do que aqueles da rede pública (M=37,47; DP=7,55) (Mann-Whitney, U=6,993; p<0,000), e do que a média geral de avaliação (M=41,89; DP=7,57).

Com relação às Habilidades Sociais, observamos que no Fator 4, “*Auto-exposição a Desconhecidos e Situações Novas*”, os médicos da rede privada obtiveram médias significativamente superiores ($M=4,20$) a dos médicos da rede pública ($M=3,69$) (Mann-Whitney, $U=55,5$, $p<0,049$). No que se refere aos fatores, “*Auto-afirmação na Expressão de afeto positivo*” (Fator 2) e “*Conversação e Desenvoltura Social*” (Fator 3) as diferenças observadas nos escores obtidos na rede pública ou privada não se mostraram estatisticamente significativas (Mann-Whitney: Fator 2/ $U=77,5$, $p<0,329$; Fator 3/ $U=118,5$, $p<0,422$).

Análises correlacionais e de regressão

Foram realizadas análises de correlações não-paramétricas de *Spearman* e análises de regressão linear entre as diversas variáveis investigadas nessa pesquisa: características sócio-demográficas do médico, características demográfico-clínicas do paciente, percepção do paciente e do médico em relação às habilidades interpessoais do profissional (MPI), nível de satisfação do paciente (QASPAM) e habilidades sociais do médico (Versão Parcial do IHS).

A Tabela 12 apresenta os valores de correlações entre os escores gerais do MPI, Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais e Escala do QASPAM. As correlações estão organizadas de forma ascendente e os valores destacados sinalizam as correlações que apresentaram grau de relacionamento mais forte entre as variáveis. Podemos observar que cinco (5) relações se mostraram estatisticamente significativas.

Como pode ser visto na Tabela 12, a *satisfação do paciente* foi positivamente e significativamente relacionada com a *percepção do paciente em relação às habilidades interpessoais do médico* (MPI paciente) ($\rho=0,578$, $p<0,00$) e com a *habilidade de conversação e desenvoltura social* do profissional (Fator 3) ($\rho=0,447$, $p<0,013$). Além disso, vale notar que a *percepção do paciente em relação às habilidades interpessoais*

também mostrou uma relação positiva e significativa com a habilidade de *conversação e desenvoltura social* do médico (Fator 3) ($\rho=0,425$, $p<0,019$).

Tabela 12 - Correlações não-paramétricas entre os Escores gerais do MPI do médico, MPI do paciente, QASPAM, Fatores 2, 3 e 4 do IHS. O sombreado destaca as relações estatisticamente significativas.

Correlações de <i>Spearman</i>		
Variáveis	rho	p
Satisfação Paciente X Fator 2 IHS	-0,283	0,130
MPI Paciente X Fator 4 IHS	-0,122	0,519
MPI Paciente X Fator 2 IHS	-0,081	0,670
MPI Médico X Fator 4 IHS	-0,007	0,969
MPI Médico X Fator 3 IHS	0,118	0,536
Satisfação Paciente X Fator 4 HIS	0,191	0,313
MPI Médico X Fator 2 IHS	0,430	0,823
MPI Médico X MPI Paciente	0,156**	0,030
MPI Médico X Satisfação Paciente	0,199*	0,005
MPI Paciente X Fator 3 IHS	0,425**	0,019
Satisfação Paciente X Fator 3 IHS	0,447**	0,013
MPI Paciente X Satisfação Paciente	0,578*	0,000
* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 caudas)		
** A correlação é significativa no nível 0,05 (2 caudas)		

Ainda na Tabela 12, pode-se visualizar que a auto-percepção do *médico de suas habilidades interpessoais* (MPI médico) apresentou correlações positivas e significativas, porém fracas, com duas variáveis, sendo que estas foram: *satisfação do paciente* ($\rho=0,199$; $p<0,005$), e *percepção do paciente em relação as habilidades interpessoais do médico* (MPI paciente, $\rho=0,156$, $p<0,030$).

As correlações significativas da Tabela 12, foram submetidas à análises de regressão linear, de modo a investigar relações de causalidade entre as variáveis estudadas. A Tabela 13 apresenta os resultados de tais análises. Foram definidos diferentes conjuntos de análises onde foram estabelecidas as variáveis ‘auto-percepção do médico de suas habilidades interpessoais (MPI do Médico)’, ‘percepção do paciente em relação as habilidades interpessoais do médico (MPI do Paciente)’, ‘Habilidades de Conversação e Desenvoltura Social (Fator 3 do IHS)’ e ‘Natureza da Instituição’ como

variáveis independentes ou preditoras (x) e ‘MPI do Médico’, ‘MPI do Paciente’ e ‘Satisfação do Paciente’ como as variáveis dependentes ou previstas (y).

Tabela 13 - Regressões lineares simples conduzidas entre os escores gerais dos instrumentos (MPI, QASPAM, IHS)

Variável Dependente (y)	Variável Preditora	R ²	Erro padrão	t	p
MPI do Médico	MPI do Paciente	0,029	11,671	2,402	0,017
Satisfação do Paciente	MPI do Paciente	0,381	5,972	10,908	0,00
Satisfação do Paciente	MPI do Médico	0,033	7,466	2,583	0,011
MPI do Paciente	Fator 3 HIS	0,105	11,643	1,812	0,081
Satisfação do Paciente	Fator 3 HIS	0,114	7,478	1,896	0,068
MPI do Médico	Natureza da Instituição	0,133	11,026	5,452	0,00
MPI do Paciente	Natureza da Instituição	0,114	11,560	4,992	0,00
Satisfação do Paciente	Natureza da Instituição	0,214	6,730	7,260	0,00

Como pode ser visto na Tabela 13, a avaliação que o médico realizou acerca de suas habilidades interpessoais foi influenciado em apenas, 2,9% dos casos, pela avaliação do paciente em relação a essas habilidades. Além disso, a *satisfação* do paciente com o atendimento foi explicada em 38,1% dos casos, pela percepção que o paciente possuiu das habilidades interpessoais do médico, e em 3,3% dos casos pela avaliação que o próprio médico faz de suas habilidades. O escore do médico no fator 3 do IHS não obteve relações de regressão significativas com as outras variáveis.

A parte inferior da Tabela 13 corrobora que tanto a percepção do médico, quanto a percepção e a satisfação do paciente, foram variáveis que aparentaram terem sido influenciadas pela instituição de atendimento (se pública ou privada). A percepção do médico em relação às suas habilidades pareceu ser influenciada, em 13,3% dos casos, pela rede de atendimento em que ele prestou seus serviços. A percepção do paciente em relação as habilidades do médico aparentou ser explicada, em 11,4% dos

casos, pela rede em que foi atendido. E, por fim, a satisfação do utente pode ter sido determinada em 21,4% dos casos, pela instituição em que ele recebeu o atendimento.

A Tabela 14 apresenta as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas do *Questionário do Perfil do Médico (QPM)*, e os escores gerais da Versão Parcial do IHS. Os escores do MPI (versão médico e paciente) e do QASPAM foram incluídos como variáveis na análise, porém não foram observadas relações significativas. Podemos observar que a habilidade de *autoexposição a desconhecidos ou a situações novas* (Fator 4) apresentou correlações positivas e significativas com três variáveis, sendo que estas são: *satisfação profissional do médico* ($\rho=0,616$, $p<0,00$), *exercício de docência* ($\rho=0,543$, $p<0,002$), e *maior formação profissional* ($\rho=0,504$, $p<0,004$). Tais dados parecem indicar que os médicos que apresentaram escores mais elevados nas habilidades de se expor a situações novas e a pessoas desconhecidas, comumente exerciam a docência, apresentavam maior nível de formação profissional, e sentiam-se mais satisfeitos com sua profissão.

Tabela 14 - Correlações significativas entre as variáveis sócio-demográfica do médico e Fatores do IHS.

Variáveis	rho	p
Satisfação Profissional do Médico X Desempenho no F2 IHS	0,411*	0,024
Formação do Médico X Desempenho no F4 IHS	0,504**	0,004
Exercício de Docência X Desempenho no F4 do IHS	0,543**	0,002
Satisfação Profissional do Médico X Desempenho no F4 do IHS	0,616**	0,00

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)
 * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Observamos, ainda na Tabela 14, que a *habilidade de autoafirmação na expressão de afeto positivo* (Fator 2 – IHS) apresentou correlação significativa e positiva com as variável “satisfação profissional do médico” ($\rho=0,411$, $p<0,024$),

parecendo indicar que médicos que apresentavam maior frequência das habilidades de expressar sentimentos positivos e de afirmar sua auto-estima, indicavam sentir-se mais satisfeitos com o exercício da profissão médica.

A Tabela 15 apresenta as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis demográfico-clínicas do Questionário do Perfil do Paciente (QPP), os escores gerais do MPI, Versão Parcial do IHS, e QASPAM.. As correlações foram organizadas de forma ascendente e os valores destacados sinalizam as correlações que apresentam grau de relacionamento mais forte entre as variáveis (correlação igual ou maior que 0,30). Foram encontrados apenas relacionamentos significativos com as variáveis ‘sexo’, ‘escolaridade’ e ‘serviço de atendimento que foi atendido’ (Natureza da Instituição).

Tabela 15 - Correlações gerais entre as variáveis sócio-demográficas do QPP, escores gerais do MPI, IHS, QASPAM

Correlações Não Paramétricas (Spearman)		
Variáveis	rho	p
Natureza da Instituição X Desempenho F4 HIS	-0,364*	0,048
Sexo do Paciente X MPI do Paciente	0,144*	0,044
Escolaridade do Paciente X MPI do Médico	0,156*	0,029
Escolaridade do Paciente X MPI do Paciente	0,171*	0,017
Escolaridade do Paciente X Satisfação do Paciente	0,229**	0,001
Natureza da Instituição X MPI do Paciente	0,331**	0,000
Natureza da Instituição X MPI do Médico	0,370**	0,000
Natureza da Instituição X Satisfação do Paciente	0,468**	0,000
** p<0,01 (two-tailed)		
* p< 0,05 (two-tailed)		

A natureza da instituição (pública ou privada) apresentou correlação significativa e positiva com a satisfação, MPI do paciente e MPI do médico; ou seja, os pacientes das instituições privadas possuíam escores mais elevados de *satisfação* (rho= 0,468, p<0,000) e avaliaram de forma mais positiva as *habilidades interpessoais* dos seus médicos (rho=0,370, p<0,000). Além disso, os médicos das instituições privadas

também avaliaram suas *habilidades interpessoais* de forma mais positiva do que aqueles da rede pública ($\rho=0,370$, $p<0,000$).

Além dos relacionamentos supracitados, a natureza da instituição apresentou correlação significativa e negativa com o escore do Fator 4 de Habilidades Sociais. Sendo assim, os médicos da rede privada apresentaram escores mais baixos na habilidade de *autoexposição a desconhecidos ou a situações novas* (Fator 4_IHS) ($\rho=-0,364$, $p<0,048$), que os da rede pública.

As demais correlações obtidas nos cruzamentos das variáveis, demonstraram-se significativas porém fracas. A escolaridade do paciente, por exemplo, correlacionou-se de forma significativa com os escores de satisfação, auto-avaliação do médico e avaliação do paciente acerca das habilidades do profissional. Tais relacionamentos, apesar de fracos, poderiam indicar que pacientes com níveis mais elevados de escolaridade avaliavam seus médicos de forma mais habilidosa e sentiam-se mais satisfeitos com o atendimento destes.

Análises descritivas das habilidades interpessoais dos médicos que atuam em ambas as redes

Foram realizadas análises descritivas e não-paramétricas para investigar se os médicos que participaram da pesquisa em ambas as redes de saúde apresentaram diferenças em suas auto-avaliações, ou se receberam diferentes avaliações de seus pacientes, nos distintos contextos de atendimento (público e privado).

A Tabela 16 apresenta as médias dos médicos nos itens do MPI, nos diferentes contextos de atendimento, e o valor da significância estatística dos dados. Os valores sombreados exibem as médias mais elevadas para cada item do instrumento. Assim sendo, pode observar-se que as médias dos médicos, em todas as questões do MPI,

foram significativamente mais elevadas no setor privado ($p < 0,05$). Podemos observar que os médicos que participaram da pesquisa em ambas as redes de saúde se auto-avaliaram de maneira mais positiva na rede privada que na rede pública.

Tabela 16 - Auto-avaliação dos médicos que participaram da pesquisa em ambos os sistemas de saúde – público e privado

Questões	Média Público	DP	Média Privado	DP	U	p
Recepção confortável	4,22	0,42	4,69	0,47	1.485	0,000
Discussão das razões da consulta	4,22	0,42	4,80	0,41	1.597	0,000
Incentivo das expressões do paciente	3,87	1,10	4,77	0,42	1.604	0,000
Escuta atenta	4,20	0,46	4,80	0,46	1.606	0,000
Compreensão do paciente	4,20	0,46	4,80	0,41	1.602	0,000
Explicação de exames solicitados anteriormente	2,93	2,03	3,27	2,25	1.245	0,047
Explicação de exames solicitados para o retorno	3,02	1,99	3,69	2,03	1.343	0,005
Discussão das opções de tratamento	3,93	1,16	4,61	1,08	1.539	0,000
Fornecimento de informações	4,16	0,77	4,78	0,42	1.557	0,000
Aceitação dos planos de tratamento	3,60	1,27	4,51	1,01	1.579	0,000
Explicação dos medicamentos prescritos	2,71	1,79	4,13	1,69	1.606	0,000
Incentivo a realização de perguntas	3,27	1,27	4,61	0,66	1.644	0,000
Respostas a perguntas e preocupações	4,16	0,37	4,76	0,44	1.620	0,000
Inclusão do paciente nas decisões do tratamento	3,60	1,16	4,13	1,63	1.495	0,000
Discussão dos próximos passos	4,00	0,95	4,62	0,86	1.503	0,000
Verificação do entendimento do paciente	3,87	1,12	4,76	0,48	1.595	0,000
Expressão de cuidado e preocupação	4,18	0,49	4,73	0,50	1.546	0,000
Duração adequada do tempo de atendimento	3,49	1,25	4,64	0,65	1.652	0,000
Satisfação com a consulta do dia	4,13	0,34	4,71	0,55	1.603	0,000
Total	71,76	10,08	85,51	9,24	1.673	0,000

As avaliações dos pacientes não foram discrepantes das avaliações dos médicos. Conforme análises conduzidas, os pacientes do setor privado avaliaram seus médicos com escores mais elevados que os pacientes do setor público. A Tabela 17 apresenta as diferenças das médias dos pacientes da rede pública e privada que foram atendidos pelos médicos que participaram da pesquisa em ambos os contextos de atendimento. Além desses dados, a Tabela 17 ilustra também a significância estatística dos resultados obtidos nas análises.

Tabela 17 - Média dos pacientes dos médicos que participaram da pesquisa em ambos os sistemas de saúde – público e privado

Questões	Média Público	DP	Média Privado	DP	U	p
Recepção confortável	4,38	0,65	4,80	0,41	1.381	0,000*
Discussão das razões da consulta	4,27	0,58	4,60	0,84	1.386	0,001*
Incentivo das expressões do paciente	3,93	0,94	4,22	1,31	1.291	0,016*
Escuta atenta	4,27	0,75	4,71	0,51	1.361	0,001*
Compreensão do paciente	4,29	0,55	4,84	0,37	1.537	0,000*
Explicação de exames solicitados anteriormente	3,16	1,92	2,84	2,29	1.026	0,905
Explicação de exames solicitados para o retorno	2,91	1,99	2,42	2,27	941	0,544
Discussão das opções de tratamento	3,60	1,56	4,11	1,54	1.305	0,011*
Fornecimento de informações	4,09	0,68	4,62	0,72	1.456	0,000*
Aceitação dos planos de tratamento	3,36	1,65	3,91	1,69	1.320	0,008*
Explicação dos medicamentos prescritos	3,07	1,89	2,98	2,29	1.081	0,561
Incentivo a realização de perguntas	3,31	1,13	3,84	1,13	1.284	0,023*
Respostas a perguntas e preocupações	4,11	0,86	4,69	0,47	1.414	0,000*
Inclusão do paciente nas decisões do tratamento	3,40	1,62	3,98	1,67	1.331	0,006*
Discussão dos próximos passos	3,98	1,03	4,07	1,54	1.236	0,048*
Verificação do entendimento do paciente	3,78	1,04	4,56	0,55	1.448	0,000*
Expressão de cuidado e preocupação	3,98	1,08	4,49	0,66	1.295	0,013*
Duração adequada do tempo de atendimento	3,73	1,05	4,53	0,59	1.469	0,000*
Satisfação com a consulta do dia	4,24	0,91	4,78	0,42	1.345	0,002*
Total	71,76	12,63	79	10,87	1.358	0,005*

* Significância estatística (p<0,05)

Como pode ser visto, em 16 das 19 questões do instrumento, as médias dos pacientes da rede privada foram significativamente mais elevadas que as da rede pública. As únicas exceções ocorreram nos itens referentes à explicações/solicitação de exames, e prescrição de medicamentos (Q6, Q7 e Q11), onde as avaliações dos pacientes da rede pública foram mais elevadas que os da rede privada, todavia as diferenças de médias nesses itens não foram estatisticamente significativas.

No que se refere à variável ‘satisfação do paciente’ pode-se verificar que os pacientes da rede privada também apresentaram escores mais elevados que os da rede pública. A Tabela 18 ilustra as médias do nível de satisfação dos pacientes das redes

pública e privada que foram atendidos por médicos que participaram da pesquisa em ambos os contextos de atendimento.

Tabela 18 - Média do nível de satisfação dos pacientes da rede pública e privada atendidos por médicos atuantes em ambos os contextos de atendimento

Questões	Média Público	DP	Média Privado	DP	U	p
Condições Físicas do Ambiente	2,87	0,79	3,24	0,83	1.310	0,006*
Duração do Atendimento	2,66	1,14	3,27	0,62	1.267	0,001*
Tempo de Espera	1,57	1,34	3,22	0,64	1.647	0,000*
Modo como Iniciou consulta	3,13	0,69	3,47	0,55	1.268	0,018*
Investigação da queixa	2,73	1,14	3,44	0,55	1.389	0,001*
Explicações sobre a queixa	2,80	1,12	3,42	0,54	1.326	0,005*
Atenção voltada a queixa	3,09	0,93	3,49	0,55	1.245	0,038*
Linguagem utilizada	3,36	0,53	3,44	0,62	1.116	0,3420
Sensibilidade do Médico	2,73	1,05	3,27	0,81	1.302	0,013*
Postura de Escuta e Apoio	2,89	1,05	3,40	0,62	1.275	0,021*
Participação nas decisões	2,93	0,91	3,29	0,63	1.213	0,0710
Comunic. não-verbal do medico	3,22	0,77	3,29	0,63	1.029	0,8750
Modo como finalizou consulta	3,36	0,57	3,58	0,54	1.219	0,0580
Total do Nível de Satisfação	37,24	8,49	43,82	6,11	1.489	0,000*

* Significância estatística ($p < 0,05$)

Conforme pode ser visto na Tabela 18, em todos os itens da escala de satisfação, os pacientes da rede particular obtiveram escores mais elevados que os da rede pública. Todavia, tais diferenças não se mostraram estatisticamente significativas em 4 questões, a saber: linguagem utilizada pelo médico, participação do paciente nas decisões do tratamento, comunicação não-verbal do médico, modo como o profissional finalizou a consulta.

Análise qualitativa das questões abertas do QASPAM

A segunda parte do questionário, composta por três perguntas abertas, foi analisada qualitativamente através da metodologia da Análise de Conteúdo, a qual leva em conta a categorização e codificação das informações obtidas. A Tabela 19 expõe as

categorias que foram geradas após a análise das unidades contidas nos relatos dos pacientes, para cada pergunta aberta do questionário de satisfação.

Tabela 19 - Frequência das respostas dos pacientes das redes pública e privada diante das 3 perguntas abertas do QASPAM

Respostas	Rede Pública (n)	Rede Privada (n)
O que você mais gostou no atendimento?		
Empatia do médico	41	63
Comunicação Médico-Paciente	23	49
Competência Médica	22	30
Em branco	3	3
Nada	1	0
O que você não gostou no atendimento?		
Tempo de Espera	13	6
Duração da Consulta	6	2
Comunicação Médico-Paciente	6	0
Competência Médica	4	2
Questões referentes à organização administrativa do serviço	1	1
Aspectos do ambiente de atendimento	1	0
Em branco	34	86
Nada	8	23
O que você acha que poderia mudar?		
Tempo de Espera	17	3
Questões referentes à organização administrativa do serviço	15	3
Comunicação Médico-Paciente	7	2
Maior Duração do atendimento	4	0
Empatia do Médico	2	2
Competência do Médico	1	1
Em branco	25	77
Nada	4	30

Como pode ser visto na Tabela 19, as respostas mais frequentes para a pergunta “O que você mais gostou no atendimento?”, em ambas as redes de saúde, envolveram aspectos voltados à empatia do médico, e à comunicação médico-paciente. No que se

refere à categoria ‘empatia do médico’, pode-se constatar através das respostas, que os pacientes indicaram apreciar a postura atenciosa, compreensiva e afetiva do médico.

Ainda no que se refere à questão 1, pode-se verificar que na categoria comunicação médico-paciente, os pacientes indicaram valorizar a comunicação clara e objetiva do profissional, as perguntas e explicações realizadas pelos médicos, e também a comunicação não-verbal, expressa através de sorrisos, olhares e gestos.

Aspectos referentes à competência do médico também se fizeram frequentemente presentes nas respostas dos pacientes da rede pública (n=22) e da rede privada (n=30) diante da pergunta 1. Os pacientes indicaram valorizar o conhecimento do médico frente aos diagnósticos e tratamentos, a postura de solicitar exames para explorar o problema, e também a eficácia/eficiência dos procedimentos propostos pelo profissional. A Tabela 20 apresenta alguns exemplos de respostas dos pacientes, presentes em cada uma das categorias da pergunta 1.

Com relação à pergunta 2, “*O que você não gostou no atendimento?*”, pode-se visualizar, na Tabela 19, que a grande maioria dos pacientes das redes pública (n=34) e privada (n=86) optaram por não responderem a questão, deixando-a em branco. Além disso, muitos pacientes do sistema particular indicaram que não havia ‘nada’ (n=23) que não gostaram no atendimento. As principais fontes de insatisfação na rede pública e particular voltaram-se a aspectos como: tempo de espera, e duração da consulta. A categoria ‘tempo de espera’ envolve todas as respostas que abordam a insatisfação com o período de tempo em que o paciente ficou na sala de espera, aguardando o início de seu atendimento. A categoria ‘duração da consulta’ reúne as respostas voltadas à insatisfação do paciente em relação ao período de tempo em que ele foi atendido pelo médico.

Tabela 20 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 1

Pergunta 1: O que você mais gostou no atendimento?		
Categorias	Exemplo de Respostas	Serviço
Empatia do Médico	<i>O médico é atento ao que o paciente fala</i>	<i>Público</i>
	<i>Foi muito atencioso comigo durante a consulta</i>	<i>Público</i>
	<i>O jeito dele conversar com o paciente</i>	<i>Público</i>
	<i>O apoio emocional</i>	<i>Privado</i>
	<i>Preocupação com meu estado de saúde e meu emocional</i>	<i>Privado</i>
Comunicação médico-paciente	<i>Afetividade demonstrada pelo médico</i>	<i>Privado</i>
	<i>Forneceu as explicações que eu queria</i>	<i>Público</i>
	<i>Fala olhando nos olhos do paciente;</i>	<i>Público</i>
	<i>Das perguntas que o médico fez (como eu estava, se estava melhorando)</i>	<i>Público</i>
	<i>Explicação sobre as causas do problema e sobre o tratamento</i>	<i>Privado</i>
Competência técnica	<i>A maneira de se expressar ao conversar com o paciente</i>	<i>Privado</i>
	<i>Respondeu minhas dúvidas com calma e tranquilidade</i>	<i>Privado</i>
	<i>A forma clara que expôs o tratamento</i>	<i>Privado</i>
	<i>Do profissionalismo, competência profissional da médica</i>	<i>Privado</i>
	<i>O profissionalismo e o conhecimento apresentado sobre todas as questões que eu tinha dúvidas</i>	<i>Privado</i>
	<i>Eficiência no diagnóstico e tratamento</i>	<i>Privado</i>
Características do Médico	<i>Me indicou um novo tratamento</i>	<i>Público</i>
	<i>Pediu exames para ver as causas das dores</i>	<i>Público</i>
	<i>Conversou sobre possíveis tratamentos, antes de fazer qualquer cirurgia</i>	<i>Público</i>
	<i>O médico é muito legal, comunicativo, brincalhão</i>	<i>Público</i>
	<i>Muito humilde</i>	<i>Público</i>
Características do Médico	<i>Educação do médico. Pessoa tranquila.</i>	<i>Público</i>
	<i>Simplicidade do médico</i>	<i>Privado</i>
	<i>Simpatia da médica</i>	<i>Privado</i>
	<i>O médico é bem humorado, e respeita o paciente</i>	<i>Privado</i>

Ainda na pergunta 2, pode-se verificar que os pacientes indicaram também insatisfações com aspectos voltados à comunicação médico-paciente, à competência do profissional, e com aspectos do serviço de atendimento, tais como, questões voltadas à organização administrativa do serviço, e fatores voltados às condições físicas do ambiente de atendimento. A Tabela 21 apresenta alguns exemplos de respostas dos pacientes, presentes em cada uma das categorias da pergunta 2.

Tabela 21 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 2

Pergunta 2: O que você não gostou no atendimento?		
Categoria	Exemplos de Respostas	Serviço
Tempo de Espera	<i>O tempo de espera para o atendimento.</i>	Público
	<i>O médico chegou atrasado. A demora para o início dos atendimentos.</i>	Público
	<i>Atendimento não ocorreu no horário marcado</i>	Privado
	<i>Minha consulta estava marcada para 10:30 e fui atendido apenas as 10:55</i>	Privado
Duração da consulta	<i>Pouco tempo de atendimento</i>	Público
	<i>A consulta foi muito rápida</i>	Público
	<i>Pouco tempo dedicado ao paciente, atendimento sempre com pressa</i>	Privado
	<i>Rapidez do atendimento</i>	Privado
Comunicação médico-paciente	<i>O médico não fez as perguntas que eu queria. Iniciou a conversa falando "O que você está fazendo aqui?"</i>	Público
	<i>Não falou o suficiente a ponto de eu entender completamente todos os tipos de tratamento</i>	Público
	<i>Falta de explicação acerca da dificuldade</i>	Público
Competência Médica	<i>Deveria examinar mais o paciente</i>	Público
	<i>Deveria ter sido mais técnico na consulta, a consulta foi superficial</i>	Privado
	<i>Não solicitou exames de sangue; não pediu se tomo medicamentos, e nem fez uma anamnese completa</i>	Privado
Questões referentes a organização administrativa do serviço	<i>Demora para a próxima consulta</i>	Público
	<i>Dificuldades em agendar a consulta</i>	Privado
Ambiente físico	<i>Ambiente com pouca ventilação</i>	Público

No que se refere à questão 3 “*O que você acha que poderia mudar?*”, pode-se verificar na Tabela 19, que assim como na pergunta 2, uma grande parcela dos pacientes da rede pública (n=25) e privada (n=77) optaram por deixar a resposta em branco. Além disso, muitos pacientes do sistema particular (n=30) indicaram que não mudariam nada no atendimento ou no serviço. Já, em relação aos atendidos pelo SUS, pode-se verificar que, a maior parte dos aspectos que eles gostariam que mudassem, seja no atendimento do médico, ou na rede de saúde, seriam: diminuição do tempo de espera (n=17), questões referentes a organização administrativa do serviço (n=15), e aspectos da

comunicação médico-paciente (n=7). A categoria ‘questões referentes a organização administrativa do serviço’, engloba todas as respostas que envolvem as sugestões de mudanças na organização da rede de saúde em que o paciente foi atendido (p. ex, alterações no sistema de agendamento de consultas, maior agilidade nos encaminhamentos para outros serviços de saúde, contratação de novos profissionais). A categoria ‘comunicação médico-paciente’, reúne os relatos que indicam sugestões, especificamente voltadas a mudanças no comportamento comunicativo do médico ao longo da consulta.

Tabela 22 - Exemplos de respostas presentes em cada uma das categorias da pergunta 3
Pergunta 3: O que você acha que poderia mudar?

Categoria	Exemplo de Resposta	Serviço
Tempo de espera	<i>Diminuir o tempo de espera</i>	Público
	<i>Poderia ser menos demorado o tempo de espera para o atendimento</i>	Público
	<i>A questão do horário. Penso que até 15 minutos é normal, porém acima disso já é complicado, principalmente porque liguei antes da consulta e a atendente disse que o médico estava no horário</i>	Privado
Questões referentes a organização administrativa do serviço	<i>Mudar a organização das consultas e os horários; Marcam um horário para chegar, mas não tem pra sair</i>	Público
	<i>Não demorar tanto para agendar o retorno</i>	Público
	<i>Aumentar o número de profissionais para ser mais ágil o atendimento</i>	Público
	<i>Devido ao intervalo longo para o agendamento, a clínica poderia efetuar contato com os pacientes um dia antes da consulta para realizar a confirmação</i>	Privado
Maior Duração de atendimento	<i>Maior disponibilidade de horário para o atendimento</i>	Privado
	<i>A consulta poderia durar mais tempo</i>	Público
Comunicação Médico-Paciente	<i>O atendimento poderia ter durado mais tempo</i>	Público
	<i>Conversar mais com o paciente para um diagnóstico mais preciso</i>	Público
	<i>Conhecer mais seu paciente, fazer mais perguntas para o paciente</i>	Público
	<i>Conhecer melhor o paciente, pois o problema pode estar relacionado a algum outro fator</i>	Privado
Empatia do Médico	<i>Ter um pouco mais de diálogo na relação</i>	Privado
	<i>Poderia ouvir com mais atenção os pacientes</i>	Público
Competência do Médico	<i>Transmitir um pouco mais de tranquilidade</i>	Privado
	<i>Poderia examinar melhor o paciente</i>	Público
	<i>Ser mais técnico e aprofundar mais na anamnese do caso</i>	Privado

Ainda na Pergunta 3, pode-se verificar que os pacientes gostariam também que o atendimento com o médico fosse mais longo, isto é, tivesse maior duração de tempo, e que os profissionais fossem mais empáticos e atenciosos ao longo da consulta. Por fim, apenas dois pacientes indicaram sugestões de mudanças com relação à competência do profissional. A Tabela 22 apresenta alguns exemplos de respostas dos pacientes, presentes em cada uma das categorias da pergunta 3.

Discussão

O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar as habilidades interpessoais do médico, segundo a auto-percepção do profissional e a percepção de seus pacientes, bem como realizar um comparativo destas percepções nas redes pública e privada de saúde. Visou-se também avaliar o nível de satisfação dos pacientes em relação a aspectos do atendimento médico nestes diferentes contextos (público/privado). Adicionalmente, buscou-se correlacionar a percepção que os pacientes possuem a respeito das habilidades interpessoais do médico com o nível de satisfação que eles apresentam diante do atendimento deste profissional.

Os resultados obtidos nesse estudo parecem ilustrar que, tanto na rede pública, quanto na rede privada, os membros da díade realizaram avaliações positivas sobre as habilidades interpessoais do profissional. Assim como os médicos apresentaram auto-avaliações positivas sobre suas habilidades, os pacientes também indicaram perceber esse conjunto de comportamentos de forma satisfatória. Esses dados são promissores, uma vez que diversos estudos apontam que a disposição de habilidades interpessoais e comunicacionais e a percepção positiva da relação médico-paciente parecem influenciar em uma série de resultados desejados em saúde, tais como: adesão ao tratamento (Di Matteo, 2004; Di Matteo & Zolnierek, 2009), diminuição dos sintomas, e diminuição dos erros médicos (Tamblyn et al., 2007). Dessa forma, considerando que as percepções das habilidades interpessoais foram positivas e satisfatórias, podemos pressupor que implicações positivas em saúde podem advir dessas avaliações, podendo colaborar para tratamentos mais eficientes e eficazes.

Os dados encontrados nesta pesquisa demonstram também que, apesar das avaliações das habilidades interpessoais do profissional terem sido positivas em ambos os sistemas de saúde, participantes da rede pública apresentaram escores relativamente

menores quando comparados com os da rede privada. Os médicos da rede particular, por exemplo, auto-avaliaram suas habilidades interpessoais com escores mais altos que os profissionais da rede pública. E, não obstante, pacientes da rede privada realizaram avaliações mais elevadas das habilidades interpessoais do médico, que os da rede pública. Os resultados encontrados aqui parecem ser discrepantes dos obtidos no estudo de Barros, Pinho e Falcone (2011). Tais autoras, ao analisarem a percepção do comportamento empático dos médicos, em ambas as redes de saúde, verificaram que pacientes da rede pública percebiam o comportamento interpessoal dos médicos de forma significativamente mais positiva que os da rede privada.

Caprara e Rodrigues (2004), verificaram que é comum os médicos estabelecerem uma postura empática com os pacientes no início do atendimento, no entanto, ao passo em que a consulta vai decorrendo, eles deixam de se atentar à habilidades específicas e importantes. Realizar explicações claras, verificar o grau de entendimento do paciente, não abordar os medos e ansiedades ou outros fatores da dimensão psicossocial do paciente, são algumas das ações que muitas vezes os profissionais deixam de realizar por algum descuido ou esquecimento. Em decorrência disso, os pacientes podem desenvolver uma percepção positiva da postura interpessoal do profissional, todavia, podem não estar cientes de elementos essenciais da comunicação do profissional, que muitas vezes ao não serem colocados em prática pelo médico, podem afetar seu engajamento no tratamento e no seguimento das instruções realizadas.

Os dados dessa pesquisa demonstraram também que, em ambas as redes de saúde, os pacientes realizaram avaliações significativamente mais elevadas que as dos próprios médicos, indicando perceberem as habilidades interpessoais de forma mais positiva que os profissionais. As diferenças decorrentes dessas avaliações podem ter

contribuído para uma baixa correlação entre a percepção do médico e do paciente em relação às habilidades interpessoais. Todavia, apesar da correlação absoluta ser baixa, as avaliações dos médicos e dos pacientes, eram frequentemente satisfatórias, sendo indicadas majoritariamente nos valores 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) da escala de pontuação. Nesse sentido, médicos e pacientes, apesar de indicarem avaliações diferentes na escala, parecem ter percepções próximas sobre este mesmo fenômeno interpessoal. Tais dados corroboram com achados de Campbell et al. (2007) e Kenny et al. (2010).

O fato de os pacientes terem avaliado as habilidades interpessoais dos médicos de forma significativamente mais elevada que os próprios profissionais também já foi um dado mencionado na literatura por diferentes pesquisadores (Cegala & Coleman, 1998; Barros, Pinho & Falcone, 2011; Campbell et al. 2007). Neste estudo, esse achado, em particular, pode ser discutido de acordo com duas possíveis hipóteses:

1) o médico pode ter subestimado suas habilidades interpessoais no encontro com o paciente por realmente considerar que não se comportou da forma mais habilidosa;

2) os pacientes podem ter superestimado tais habilidades por considerarem que a indicação de possíveis avaliações negativas pudessem promover consequências para ele ou para o profissional, mesmo com a pesquisadora enfatizando que isso não ocorreria e que os dados seriam mantidos em sigilo.

Esta segunda hipótese foi elaborada com base em alguns relatos de pacientes que surgiram ao longo da pesquisa (*“Mas o médico vai saber o que eu escrevi?”*, *“Ele não vai ler mesmo minhas respostas?”*, *“Isso não vai me prejudicar né?! Eu realmente dependo desse serviço”*). Todavia, considerando que tais hipóteses não foram avaliadas

e nem mesmo mensuradas, essas não podem ser confirmadas, tratando-se aqui apenas de suposições.

A introdução do ponto ‘não se aplica’ na *Escala Likert* pareceu ter gerado um ruído nos resultados, visto que as pontuações de valor zero, referentes à esse ponto, não foram retiradas das análises estatísticas, inferenciais e correlacionais. Em alguns casos, pode ter ocorrido do participante ter escolhido a resposta ‘não se aplica’, porque de fato, a ação mencionada no item simplesmente não ocorreu durante a consulta (p.ex, o médico, de fato, não solicitou e explicou os exames complementares para explorar o problema do paciente [item 7]). E em outros casos, o respondente pode ter escolhido essa resposta, pois considerava que as ações descritas no item não eram importantes de terem sido desempenhadas naquele atendimento (p.ex, o respondente pode não ter considerado relevante a inclusão do paciente nas decisões do tratamento [item 14]). Tal fato pareceu ter produzido ruídos nos resultados, tornando-se difícil de lidar com as medidas estatísticas. Estudos futuros poderiam avaliar esta mudança em relação ao instrumento original.

Neste estudo, foram conduzidas diferentes correlações; as primeiras se deram entre as variáveis sócio-demográficas dos médicos, a satisfação do profissional, indicadores de habilidades sociais, avaliações de habilidades interpessoais (auto-avaliação do médico e avaliações dos pacientes) e indicadores de satisfação do paciente. Os cruzamentos dessas variáveis demonstraram alguns relacionamentos significativos, porém a grande maioria, apresentou correlações fracas.

A satisfação profissional do médico correlacionou-se com uma série de variáveis nesse estudo, sendo que algumas dessas foram: habilidades de auto-exposição a pessoas desconhecidas e situações novas, e habilidades de auto-afirmação na expressão de afeto positivo. Estes dados demonstraram que os médicos que apresentaram maior frequência

das habilidades de ‘iniciar e manter conversação com pessoas desconhecidas’, ‘enfrentar situações novas’, ‘expressar sentimento positivos’, ‘afirmar sua auto-estima’, indicaram sentir-se mais satisfeitos com sua profissão, que profissionais que apresentaram escores mais baixos nessas habilidades. Diversos autores tem encontrado que as habilidades sociais têm sido relacionadas a uma melhor saúde física e mental, ao sucesso profissional, e também a uma maior realização pessoal (Caballo, 1987, 1992; Falcone, 2000). Corroborando com tais afirmações, Furtado, Falcone e Clark (2003) alegaram que as habilidades interpessoais, além de serem importantes para a qualidade de vida, contribuem também para a satisfação pessoal e profissional do indivíduo. Por outro lado, o indivíduo com baixo repertório de habilidades sociais torna-se suscetível a desencadear sintomas de estresse (Furtado, Falcone & Clark, 2003) e uma variedade de transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2001).

Essa pesquisa verificou também que a percepção do paciente em relação às habilidades interpessoais do médico correlacionou-se de forma significativa com o nível de satisfação com o atendimento, indicando dessa forma que pacientes que realizaram avaliações mais positivas sobre as habilidades de comunicação do médico também indicaram sentir-se mais satisfeitos com o atendimento deste. As análises de regressão corroboraram com este achado, demonstrando que em 38,1% da variação, a percepção do paciente em relação às habilidades do médico parece predizer o nível de satisfação com o atendimento do profissional. Estes achados são congruentes com as afirmações de Jackson, Chamberlin e Kroenke (2001), uma vez que tais autores apontaram que o fator que mais parece influenciar a satisfação do paciente, logo após a consulta, é a comunicação médico-paciente estabelecida ao longo do encontro clínico.

Ainda no que se refere às correlações, pôde-se constatar que a auto-avaliação do médico em relação às suas habilidades interpessoais também obteve relações

significativas com a satisfação do paciente. Estes resultados parecem inferir que os médicos que se avaliaram de forma mais habilidosa na relação apresentaram pacientes mais satisfeitos com seu atendimento. Os dados de Anderson e Zimmerman (1993) são congruentes com esse achado. Os resultados de tais autores revelaram que os médicos que visualizavam a interação médico-paciente como uma relação de parceria apresentavam pacientes mais satisfeitos, do que médicos que consideravam que o paciente deveria ter baixo poder de participação nas decisões do tratamento.

Além das correlações anteriores, outras relevantes também foram encontradas nesse estudo. Os indicadores de habilidades de conversação e desenvoltura social do médico tiveram correlações positivas e significativas com a percepção do paciente em relação às habilidades interpessoais do profissional, e com o nível de satisfação do atendido. Esses relacionamentos permitem inferir que, médicos que apresentavam maiores escores de habilidades de conversação e desenvoltura, pareciam ser percebidos como mais habilidosos pelos seus pacientes, assim como pareciam produzir maiores níveis de satisfação em seus pacientes. Este achado corrobora com as perspectivas de Roter e Hall (2006) e Krupat et al. (2000), uma vez que tais autores observaram que médicos que mantêm um diálogo aberto com seus paciente, geralmente, são percebidos de forma mais positiva pelos seus pacientes, e promovem maiores níveis de satisfação.

No que se refere às análises de satisfação, pôde-se verificar que a Escala de Satisfação, desenvolvida para este estudo, apresentou positivas propriedades psicométricas. O instrumento demonstrou uma forte consistência interna ($\alpha=0,932$), e os testes Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Barlett avaliaram que os valores observados eram considerados adequados e significativos para a realização de análises fatoriais. De forma geral, esse instrumento se mostrou sensível às condições gerais de uma única sessão de atendimento, apresentando uma variância relativamente alta, e

indicando um relativo poder explicativo do modelo. É interessante observar que as questões concernentes à relação médico-paciente foram avaliadas como sendo um fator distinto de elementos relativos às condições externas da consulta. Estes dois constructos tomados como variáveis para compor os indicadores de satisfação também têm sido apontados em diferentes modelos sobre este fenômeno e seus processos (Hojat, 2011; Hawthorne, 2014).

As análises de satisfação revelaram que pacientes de ambos os sistemas de saúde indicaram sentir-se satisfeitos com o atendimento de seus médicos. Todavia, assim como na avaliação das habilidades interpessoais, os pacientes da rede privada obtiveram escores significativamente mais altos. Tal dado parece demonstrar que pacientes atendidos no sistema particular indicaram sentir-se mais satisfeitos com a consulta de seus médicos, do que os atendidos pelo serviço público. O estudo de Cotta et al. (2005), também identificou um nível alto de satisfação dos pacientes com o atendimento médico, porém tal pesquisa não avaliou essa variável nos diferentes contextos de saúde. Machado e Nogueira (2008), ao avaliar a satisfação de pacientes com o atendimento prestado por fisioterapeutas, encontraram achados semelhantes ao desta pesquisa, uma vez que os pacientes da rede particular apresentaram escores mais elevados de satisfação que os da rede pública.

Os resultados quantitativos e qualitativos dos indicadores de satisfação demonstraram que o item que gerou maior nível de insatisfação em ambas as redes de saúde, porém de forma mais enfática na rede pública, foi o 'tempo de espera'. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Machado e Nogueira (2008), uma vez que tais autores averiguaram que 14% dos pacientes da rede pública referiram o tempo de espera como um dos principais problemas enfrentados nos serviços municipais e estaduais de atendimento em saúde. Gouveia et al. (2008), ao avaliar a satisfação dos

usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, constatou que o ‘tempo de espera’ foi um dos fatores que gerou os menores percentuais de satisfação dos usuários; 42,1% dos utentes do SUS e 31,4% dos pacientes da rede privada, indicaram sentir-se insatisfeitos com essa variável.

As análises qualitativas dos indicadores de satisfação demonstraram que grande parte dos pacientes apreciaram a postura atenciosa, compreensiva e afetiva do médico, a comunicação do profissional estabelecida ao longo da consulta (explicação de exames, tratamentos e informações voltadas a doença; elaboração de perguntas, etc.), e a competência do médico frente aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Por outro lado, os fatores que majoritariamente deixaram os pacientes insatisfeitos com o atendimento se voltaram ao ‘tempo de espera’ e duração da consulta’. Além do tempo de espera, aspectos relacionados à organização administrativa do serviço (p. ex, demora para agendar retorno, problemas na organização das consultas, etc.) também foram pontuados como variáveis que deveriam ser visualizadas como foco de mudanças nos serviços de saúde. Moimaz et al. (2010), ao avaliar a satisfação e a percepção de 471 usuários do SUS em relação ao serviço de atendimento, encontraram achados próximos aos desse estudo. Os dados de Moimaz et al. (2010) revelaram que a maior parte dos pacientes sentiam-se satisfeitos com questões como: vínculo de confiança estabelecido entre paciente e profissional de saúde; informações referentes à doença ou aos procedimentos necessários para realizar o tratamento; atenção adequada às queixas; e explicações adequadas relacionadas à administração do remédio. Porém, tais autores verificaram também que 57,6% dos participantes alegavam insatisfação com as filas de espera para o atendimento e 54,5% afirmavam que havia uma demora excessiva entre o dia do agendamento da consulta ou do exame até o dia do atendimento. Esses dados mostram-se convergente com os encontrados na presente pesquisa.

Com relação aos médicos que participaram da pesquisa em ambas as redes de saúde, pode-se verificar que as auto-avaliações dos profissionais e as avaliações dos pacientes foram significativamente mais positivas no sistema privado, que no sistema público de saúde. Os indicadores de satisfação também foram mais elevados para os pacientes do sistema particular. Tais dados parecem corroborar com os dados dos médicos que participaram da pesquisa em apenas um dos sistemas de saúde (público/particular); e, além disso, parecem indicar que o profissional de saúde se comporta de maneira diferente nos contextos de saúde em que presta seus serviços. Estas diferenças nas avaliações do atendimento e das habilidades dos médicos podem ser explicadas pelas características físicas e organizacionais dos serviços de saúde (público/privado) em que o profissional atua. Considerando que a saúde pública atende o maior contingente de pessoas no cenário nacional, aproximadamente 60% da população brasileira, (Porto, Ugá & Moreira, 2011), e apresenta uma série de dificuldades relacionadas à gestão e atenção em saúde pode-se pressupor que o médico que atua nesse contexto de atendimento enfrenta uma série de empecilhos que podem contribuir para a fragilização da qualidade de seu atendimentos, e para o distanciamento da relação com o paciente (Beck & Minuzi, 2008; Barros, Pinho & Falcone, 2011).

Discussão Geral

Assim como nos estudos de Campbell et al. (2007) e Kenny et al. (2010) esta pesquisa demonstrou que os membros da díade médico-paciente realizaram avaliações positivas sobre as habilidades interpessoais do profissional. Todavia, tais avaliações, quando comparadas nas diferentes redes de saúde apresentaram diferenças, uma vez que no sistema público os médicos obtiveram avaliações menos satisfatórias que no sistema privado. A avaliação da satisfação do paciente obteve resultados muitos semelhantes aos dados de habilidades interpessoais, pois, embora os indicadores fossem altos em ambos os sistemas de saúde, foram significativamente maiores no setor privado.

Barros et al. (2011) e Beck e Minuzi (2008) afirmam que ambos os sistemas de saúde apresentam limitações que dificultam o exercício profissional do médico e que, conseqüentemente, interferem na relação médico-paciente. Todavia, estudos como o de Gouveia et al. (2008), demonstram que usuários do sistema público indicam se sentir significativamente mais insatisfeitos com seus serviços de atendimento, que os atendidos por serviços particulares. O grande contingente de pessoas atendidas, o excessivo tempo de espera para o atendimento, a dificuldade para agendar novas consultas, configuram algumas das adversidades que se fazem presentes constantemente no setor público (Beck & Minuzi, 2008), e que fazem com que o usuário apresente uma percepção menos satisfatória sobre a condição de atendimento (Moimaz, *et al.*, 2010).

Os resultados da presente pesquisa demonstraram também que parece haver uma relação entre a forma como o paciente percebe as habilidades interpessoais do médico e o nível de satisfação que ele apresenta diante do atendimento. Estudos como esse já foram encontrados anteriormente na literatura, e os resultados obtidos parecem convergir com os aqui apresentados (Christen et al., 2007; Jackson et al., 2001). Jackson et al. (2001), por exemplo, verificaram que barreiras comunicacionais, baixa empatia do

profissional, excesso do uso de jargões, explicações pouco claras sobre o diagnóstico e o tratamento, são fatores que contribuem para a insatisfação do atendido. Assim sendo, uma vez que o médico apresenta déficits de habilidades interpessoais, e o paciente não compreende as explicações/orientações que lhe foram repassadas ou não se sente acolhido pelo profissional, este tende a se sentir menos satisfeito com o atendimento recebido.

Uma discussão bastante relevante na literatura enfoca que o déficit de habilidades interpessoais e comunicacionais do médico na relação com o paciente pode advir de uma formação mais voltada a habilidades técnico-científicas, isto é que privilegia o domínio de técnicas e conhecimentos da área médica, e que negligencia comportamentos, habilidades e condutas sociais do médico adotados na relação médico-paciente (Sucupira, 2007). De acordo com Sucupira (2007), a relação médico-paciente ainda se constitui como um tema marginal, diante da hegemonia do modelo biomédico que domina a formação médica no contexto brasileiro. Dessa forma, os empenhos e esforços decorrentes dessa dissertação buscaram ser pequenos passos para a tentativa de mudar essa realidade. Espera-se que os dados obtidos nessa pesquisa possam enfatizar a importância da formação do médico a partir de uma perspectiva humanizada que privilegie a relação interpessoal entre profissional de saúde e seu paciente.

A adaptação de um instrumento como o *Matched-Pair Instrument* para o cenário nacional, foi um ganho importante da presente investigação; este instrumento traduzido deverá ser utilizado em pesquisas adicionais, que buscam avançar nas discussões voltadas às habilidades interpessoais do médico na relação com o paciente. Pode ajudar particularmente porque permite avaliar concomitante e conjuntamente os dois membros da interação. Espera-se que essa ferramenta possa ser utilizada no futuro para avaliar o repertório social do médico, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de

treinamentos de habilidades interpessoais, e programa de capacitações para os profissionais da saúde. Considerando que a formação deste profissional já impõe um carregado e extensivo conjunto de habilidades técnicas a serem desenvolvidas, seria fundamental construirmos capacitações destas habilidades considerando necessidades baseadas em evidências, incluindo, talvez, exposição precoce e contínua dos alunos ao contexto social e familiar dos pacientes do SUS, para que o aluno-médico tenha melhores subsídios para o desenvolvimento de comunicação e empatia por seus futuros pacientes.

Pesquisas futuras, contudo, deverão endereçar algumas dificuldades apresentadas pelo presente estudo. A primeira delas consiste no tamanho da amostra de pacientes por médico no estudo. Os médicos que participaram da pesquisa em apenas uma rede de saúde foram avaliados por somente 5 de seus pacientes; por outro lado, os médicos que participaram do estudo em ambas as redes foram avaliados por 10 de seus pacientes, sendo 5 do setor privado e 5 do setor público. Campbell et al. (2007) afirmou que os dados de auto-avaliação do médico são extremamente estáveis com 10 pacientes, sugerindo que os médicos podem se auto-avaliar de forma consistente com essa amostra. Todavia, caso o médico queira avaliar suas habilidades interpessoais, através da percepção de seus pacientes, um mínimo de 20 pacientes seria necessário. Considerando ainda o fato de as perspectivas dos pacientes serem muito heterogêneas, tais autores afirmam que uma amostra superior a 30 pacientes seria necessária para atingir uma estabilidade razoável. Dessa forma, sugere-se que futuras pesquisas, aumentem a amostra de pacientes por médico, para que possam tornar os dados mais acurados.

Uma segunda limitação refere-se ao tamanho da amostra de médicos nesse estudo. Apesar desta pesquisa incluir 195 díades médico-paciente, ela abrange um

número relativamente pequeno de médicos (30). Tal limitação impossibilitou que análises fatoriais fossem conduzidas para a versão dos médicos do *Matched-Pair Instrument*, uma vez que esta pequena amostra poderia tornar os dados menos generalizáveis na análise desta população. Dessa forma, futuras pesquisas poderiam aumentar o número de profissionais para poder realizar as análises fatoriais desta versão do instrumento, e assim obter resultados sólidos de confiabilidade, variância e fatoração.

Em terceiro lugar, a amostra de pacientes e médicos provém do interior do Sul do Brasil, região com características sociais e culturais possivelmente divergentes de outras áreas do país; essas limitações podem comprometer a generalização desses dados para outras regiões, considerando a diversidade cultural, social e econômica nas diferentes áreas do Brasil. Além disso, este estudo foi conduzido apenas em dois possíveis serviços de atendimento (i.e, consultórios particulares, centro de especialidades médicas), e somente com médicos que já haviam concluído o período de Residência Médica. Estudos futuros poderiam avaliar as habilidades interpessoais do médico em outros serviços de atendimento, tal como instituições hospitalares, de modo a verificar se há diferenças no desempenho interpessoal e comunicativo do médico nesses outros ambientes de atendimento. Próximas pesquisas poderiam também avaliar as habilidades interpessoais de alunos que estejam cursando a graduação de Medicina, de modo a avaliar excessos e déficits de repertório que possam ser treinados e aprimorados durante a própria graduação.

Este estudo foi conduzido com pacientes atendidos por serviços de atendimento público e privado de saúde, todavia não houve controle para verificar se o atendimento particular foi realizado via convênio ou via pagamento direto pelo serviço. Próximos estudos poderiam investigar tal variável, de modo a verificar se há divergências no

comportamento habilidoso e interpessoal do médico, nessas diferentes modalidades de atendimento privado.

Por fim, sugere-se que futuras pesquisas avaliem a eficiência e eficácia de programas de capacitação profissional ou de treinamentos de habilidades sociais para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades interpessoais e comunicacionais do profissional na relação médico-paciente.

Referências

- Anderson, L. A., & Zimmerman, M. A. (1993). Patient and Physician Perceptions of their Relationship and Patient Satisfaction: A study of chronic disease management. *Patient Education and Counseling*, 20, 27-36.
- Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Bandeira, M., & Silva, M.A. (2012). Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3): 124-132.
- Barros, P. S., Falcone, E. M. O., & Pinho, V. D. (2011). Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 18 (1), 36-43.
- Beck, C.L.C., & Minuzi, D. (2008). O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Revista de Saúde*, 34, 37-43.
- Beckman, H.B., & Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692-696.
- Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17 (11), 817-824
- Bonvicini, K. A. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75, 3-10.
- Boon, H., & Stewart, M. (1996). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35 (3), 161-176.
- Bueno, W. S. (1997) Betim: Construindo um gestor único pleno. In: E. E Mehry & R. Onocko, (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC/Lugar Editorial. 169-195.

- Brasil. (2010). Cartilha da Política Nacional de Humanização – Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Caballo, V. E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Campbell, C., Lockyer, J., Laidlaw, T., & MacLeod, H. (2007). Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practising doctors. *Medical Education*, 41, 123–129.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 139-146.
- Caprara, A., Lins, A., & Franco, S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, 15 (3), 647-654.
- Carmagnani, M. I. S., D’Innocenzo, M., Labbadia, L. L., Grande, N. S., & Fogliano, R. R. F. (2008). Avaliação da satisfação do paciente atendido no Hospital São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, 10 (39): 61-64.
- Cegala, D. J., Coleman, M.T., & Turner, J.W. (1998). The development and partial assessment of the medical communication competence scale. *Health Communication*, 10, 261–88.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science Medicine*, 44 (5), 681-692.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O’Sullivan, H. (2013). The influence of medical students’ and doctors’ attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Education and Counseling*, 93, 177-187.
- Claramita, M. & Susilo, A.P. (2014). Improving communication skills in the Southeast Asian health care context. *Perspective in Medical Education*, 28, DOI 10.1007/s40037-014-0121-4.

- Coimbra, V. C. C. (2003). *O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial*(Dissertação de Mestrado não publicada) da Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto.
- Cotta, R. M. M., Marques, E. S., Maia, T. M., Azeredo, C. M., Schott, M., Franceschini, S. C. C., & Priore, S. E. (2005). A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Revista Scientia Médica*, 15 (4), 227-234.
- Dantas, F. (2003). A relação médico-paciente em clínica médica. In: Branco, editor. *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 131-137.
- Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, J. C., Silva, R. A. R., Andrade, H. L. P., & Paiva, L. C. (2009). Opinião de puérperas quanto ao acolhimento no alojamento conjunto de uma maternidade pública de Natal. *Revista Nursing*, 137,479-84.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2001).*Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações*.Petrópolis: Vozes.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76, 328-335.
- Di Matteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H.S.,& Prince, L.M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*. 18, 376-387.
- Di Matteo, M. R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Education and Counseling*. 55, 339-344.
- Di Matteo, R., & Zolnierek, K. B. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47 (8): 826-834.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12): 1743-8.

- Donabedian, A. (1990). *La qualita dell'assistenza sanitaria*. Roma: NIS.
- Espiridião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (6): 1267-1276.
- Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5, 297-311.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O., & Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 7(2), 43-51.
- Gadamer, H. G. (1994). *Dove si Nascon dela Salute*. Milão: Raffaello Cortina Editore,.
- Gascon, J.J., Sanchez-Ortuno, M., Llor, B., Skidmore, D., & Saturno, P.J. (2004). For the Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with treatment: results from a qualitative study. *Family Practice*, 21, 125–130.
- Gómez, G. & Aillach, E. (2013). Ways to improve the patient-physician relationship. *Psychiatry, Medicine and the Behavioural Sciences*, 26 (5), 453-457.
- Gouveia, G. C., Souza, W. V., Luna, C. F., Szwarcwald, C. L., & Júnior, P. R. B. S. (2011). Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1849-1861.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Revista Educação e Pesquisa*. 33(1), 151-161.
- Guedes, R. C., Nogueira, M. I., & Camargo Júnior., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103.
- Greco, C. P. (2009). *O grupo de acolhimento: um dispositivo para facilitar a adesão ao tratamento*. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- Grilo, A. I. R. M. (2010). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências*. (Tese de doutorado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L., Marosszeky, N., & Sansoni, E. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 527-537.
- Hadlow J., & Pitts M. (1991). The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Social Science and Medicine*, 32, 193–196.
- Halal, I. S., Sparrenberger, F., Bertoni, A. M., Ciacomet, C., Seibel, C. E., Lahude, F. M., Magalhães, G. A., Barreto, L., & Lira, R. C. A. (1994). Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28, 131 – 136.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patient's overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine*, 43 (6), 412 – 417.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609-620.
- Jangland, E., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75, 199-204.
- Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milão: Raffaello Cortina Editore.
- Jatulis, D. E., Bundek, N. I., & Legorreta, A. P. (1997). Identifying predictors of satisfaction with access to medical care and quality of care. *American Journal of Medicine*. Qual., 12, 11–18.

- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T., Leblanc, A., Lockyer, J., Legare, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Social Science & Medicine* 70: 763–768.
- Kloetzel, K., Bertoni, A. M., Irazoqui, M. C., Campos, V. P. G., & Santos, R. N. (1998). Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (3): 623-628.
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Revista História, Ciências, Saúde*, 8 (1): 48-70.
- Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antoneius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients’ unmet expectations for care. *Annals Internal Medicine*, 125, 730–737.
- Krupat, E., Rosenkranz, S., Yeager, C., Barnard, K., Putnam, S., & Inuit, T. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49-59.
- Larson, E.B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 293(9):1100-6.
- LeBlanc, A., Kenny, D. A., O’Connor, A. M., & Le’gare’, F. (2009). Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Medical Decision Making*, 29(1), 61–68.
- Légaré, F., Moher, D., Elwyn, G., LeBlanc., & Gravel, K. (2007). 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*, 7: 30.
- Légaré’, F., Elwyn, G., Fishbein, M., Fremont, P., Frosch, D., Gagnon, P., Kenny, D. A., Labrecque, M., Stacey, D., St-Jacques, S., & Weijden, T. (2008). Translating shared

- decision-making into health care clinical practices: proof of concepts. *Implementation Science*, 3(1), 2.
- Lejoyeux, M. (2011). The doctor-patient relationship: new psychological models. *Bulletin of Academic National Medicine*.195, 1477–1488.
- Lipkin, J. M. (1996). Physician-patient interaction in reproductive counseling. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 88(3): 31S-40S.
- Lopes, J. L., Cardoso, M. L. A. P., Alves, V. L. S., D’Innocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*; 22 (2) 136-41.
- Machado, N. P., & Nogueira, L. T. (2008). Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, 12 (5), p. 401- 408.
- Marvel, M.K., Epstein, R.M., Flowers, K., & Beckman H.B. (1999). Soliciting the patient’s agenda: have we improved? *JAMA*. 281:283–287.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual Framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente*. Certezas e incógnitas. Loures: Lusociência.
- Mendonça, K. M. P. P., Guerra, R. O., & Diógenes, T. P. M. (2006). Influência das características sociodemográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico. *Fisioterapia em Movimento*, 19 (3): 83-89.
- Mendonça, K. M. P. P., & Guerra R. O. (2007). Desenvolvimento e Validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, 11 (5): 369-376.
- Moimaz, S. A. S., Marques, J. A. M., Saliba, O., Garbin, C. A. S. Zina, L. G., Saliba, N. A. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20, 4, 1419-1440.

- Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Okay, Y. (1986). Atenção Global à Criança e Modelo Biomédico. *Jornal de Pediatria*. 8: 172-175.
- Oliveira, A. M. L.(2004). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument. Tese apresentada a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdades de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem para obtenção do grau de mestre.
- Oliveira, A. M. L., & Guirardello, E. B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1): 71-77.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. NY: The Free Press.
- Peabody, F. W. (1927). *The care of patient*. *JAMA*. 88: 877-882.
- Pfuetzenreiter, M. R. (2001). A ruptura entre o conhecimento popular e o científico em saúde. *Revista Pesquisa em Educação e Ciência*. 3 (1): 1-15.
- Porto, S. M., Ugá M. A. D.,& Moreira, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. (2011). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9): 3795-3806.
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32 (1): 90 – 97.
- Rider, A. E., Nawotniak, R. H., & Smith, G. (2007). *A practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies*. HCPro, Inc.
- Roter, D., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 277 (4): 350-356.

- Roter, D., & Larson, S. (2001). The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: an illustrative use of the Roter Analysis system. *Health Communication*, 13(1), 33-48.
- Roter, D., & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 76: 348-355.
- Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. (2008). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5):1431-1440.
- Santos, F. R., Lima, S. A., Elias, F. C. A., Magacho, E., Oliveira, L. A., Fernandes, N., Carmo, W. B., Abrita, R. R., & Bastos, M. G. (2008). Satisfação do paciente com o atendimento interdisciplinar num ambulatório de prevenção da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 30 (2): 151-156.
- Schoenthaler, A., Kalet, A., Nicholson, J., & Lipkin Jr., M. (2014). Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient Education and Counseling*, 96, 3-12.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P.S., & Ramasamy, J. (2014). Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings. *International Journal of Health Policy Management*, 2 (4), 159-160.
- Silva, Z. P., Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., & Almeida, M. F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. (2011). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9): 3807 – 3816.

- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smee, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Berger, R., Bartman, I., Buckeridge, D. L., & Hanley, J. A. (2007). Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Journal of the American Medical Association*, 298(9), 993–1001.
- Teixeira, J. (2000). Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. Em: I. Trindade e J. Teixeira. *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Tesser, C. D., Netos, P. P., & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3615-3624.
- Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature*. The Rand Corporation, Santa Monica, California.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6:247-263.
- White, K.L. (1992). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. Washington: OPAS.
- Williams, S., Weinman, K., & Dale, J. (1998) Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15 (5), 480-492.
- Zimmermann, L., Konrad, A., Müller, C., Rundel, M., & Körner, M. (2014). Patient perspectives of patient-centeredness in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.015>.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário do Perfil do Paciente

QUESTIONÁRIO DO PERFIL DO PACIENTE

Espaço para identificação do paciente: _____

Data: ____/____/____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Escolaridade: _____

Motivo da consulta: _____

Possui algum diagnóstico clínico? () sim () não

Se sim, qual? _____

Tempo de acompanhamento no serviço: _____

Nome do médico: _____

Há quanto tempo é paciente deste médico? _____

Medicamentos em uso: _____

Esta consulta trata-se de: () Primeira Consulta () Retorno

Anexo 2 – Questionário do Perfil Médico

QUESTIONÁRIO DO PERFIL MÉDICO

Espaço para identificação do médico: _____

Data: ____/____/____

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Especialidade: _____

() Cirurgião () Clínico

Tempo de prática médica: _____

Atua em: () Rede Pública () Rede Privada () Ambas as Redes

Possui consultório particular: () Sim () Não

Tipo de formação:

() Formado

() Especialização () Especialização em andamento

() Mestrado () Mestrado em andamento

() Doutorado () Doutorado em andamento

É professor (a)?

() Sim

() Não

Como você classificaria seu grau de satisfação profissional?

() Muito satisfeito

() Satisfeito

() Pouco satisfeito

() Insatisfeito

Anexo 3 - Versão Original do *Matched-Pair Instrument*

Patient's Version

This doctor:	1	2	3	4	5
1. Greeted me in a way that made me feel comfortable;					
2. Discussed my reason(s) for coming today;					
3. Encouraged me to express my thoughts concerning my health problems;					
4. Listened carefully to what I had to say;					
5. Understood what I had to say;					
6. If a physician examination was required for your health concerns, the doctor fully explained what was done and why;					
7. Explained the lab tests needed (eg. Blood, x-rays, ultrasound, etc) to explore the patient's problem;					
8. Discussed treatment options with me;					
9. Gave me as much information as I wanted;					
10. Checked to see if the treatment plan (s) was acceptable to me;					
11. Explained medications, if any, including possible side effects;					
12. Encouraged me to ask questions;					
13. Responded to my questions and concerns;					
14. Involved me in decisions as much as I wanted;					
15. Discussed next steps including any follow-up plans;					
16. Checked to be sure I understood everything;					
17. Showed care and concern about me as a person;					
18. Spent the right amount of time with me;					
19. Overall, I was satisfied with my visit to the doctor today;					

1 – Strongly agree; 2- Agree; 3 – Neither agree nor disagree; 4 – Disagree; 5 – Strongly Disagree

Doctor's Version

I:	1	2	3	4	5
1. Greeted the patient in a way that made them feel comfortable;					
2. Discussed the patients reason (s) for coming today;					
3. Encouraged the patient to express their thoughts concerning their health problem;					
4. Listened carefully to what the patient had to say;					
5. Understood what the patient had to say;					
6. If a physical examination was required, explained what was done and why;					
7. Explained the lab tests needed (e.g. Blood, X-rays, ultrasound, etc) to explore the patient's problem's;					
8. Discussed treatment options with patient;					
9. Gave the patient as much information as they wanted;					
10. Checked with patient to see if the treatment plan(s) was acceptable;					
11. Explained medications, if any, including possible side effects;					
12. Encouraged the patient to ask questions;					
13. Responded to the patient's questions and concerns;					
14. Involved the patient in decisions as much as they wanted;					
15. Discussed next steps including any follow-up plans;					
16. Checked to be sure the patient understood everything;					
17. Showed care and concern about the patient as a person					
18. Spent the right amount of time with the patient;					
19. Overall, I was satisfied with this consultation today;					

1 – Strongly agree; 2- Agree; 3 – Neither agree nor disagree; 4 – Disagree; 5 – Strongly Disagree

Anexo 4 – Obtenção do consentimento para utilização do *Matched-Pair Instrument* na pesquisa

E-mail para o autor do instrumento (Dr. Craig Campbell)

Cynthia Carvalho Jorge 2 de janeiro de 2014 15:44
Para: ccampbell@royalcollege.ca [Ocultar Detalhes](#)
Permission to use the 'Matched-Pair Instrument' [Todos os e-mails - Google](#)

Dr. Craig Campbell, nice to meet you. My name's Cynthia Carvalho Jorge, and I am student of postgraduate in Psychology in the Federal University of São Carlos, São Paulo, Brazil. The research that I will develop at the Master's degree aims to evaluate the interpersonal skills of physicians from the perspective of the physician and their patients. When I was reading about this subject, I came across the 'Matched-Pair Instrument' in the article "Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practicing doctors", and I found it really interesting to use in my research. I would like to ask for your permission to translate, adapt and use this instrument in my research.

I do compromise myself to give you any information and return of my data. I would like to know the conditions to get your permission regarding to the use of the instrument.

Sorry for any English mistakes

Thank you for the attention!

Cynthia Carvalho Jorge

Resposta do autor do instrumento (Dr. Craig Campbell)

Campbell, Craig 2 de janeiro de 2014 16:02
Para: Cynthia Carvalho Jorge [Ocultar Detalhes](#)
Cc: Bowmer, M. Ian [Caixa de Entrada - Google](#) 1
RE: Permission to use the 'Matched-Pair Instrument'

Good Afternoon and Happy New Year

Thank you for your e-mail message related to the Matched Pair instrument. This instrument is owned by the Medical Council of Canada and I have invited them to provide their permission, and any conditions that may apply, for you to translate, adapt and use the instrument in your research!

Craig Campbell MD FRCPC

Director, Continuing Professional Development, Office of Specialty Education
Directeur, Développement professionnel continu, Bureau de l'éducation spécialisée

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada | Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Tel/Tél 613-730 - 8177 ext/poste 196 | **Toll Free/Sans frais** 1-800-461-9598 ext/poste 196

royalcollege.ca | collegeroyal.ca

[Ver Tudo de Cynthia Carvalho Jorge](#)

E-mail para o Diretor Executivo do Conselho de Medicina do Canadá (Ian Bower)

Cynthia Carvalho Jorge 

Para: Bowmer, M. Ian

Cc: Campbell, Craig

Re: Permission to use the 'Matched-Pair Instrument'

30 de abril de 2014 10:30

[Ocultar Detalhes](#)

[Todos os e-mails - Google](#)

Dear Ian Bowmer, nice to meet you. My name's Cynthia Carvalho Jorge, I'm graduate student in Psychology in the Federal University of São Carlos, São Paulo, Brazil. I am sending this email, because I would like to use the Matched-Pair Instrument in my research of Master's Degree.

I sent an electronic message to Dr. Campbell at the beginning of this year, asking him permission to use the Matched-Pair Instrument. Dr. Campbell answered that this instrument is owned by the Medical Council of Canada, and told that he was inviting the Council to give me the permission to use the instrument; I believe that a copy of this message was sent to you and is presented below.

I would like to know if the Council already have an answer about this permission. Do you know if I could use this instrument in my research? I have already translated the matched-pair instrument to Portuguese, and I am sending this translated version to you. I am really interested in using it in my research.

I'm looking forward for your answer.

Thank you for your attention.

Cynthia Carvalho Jorge



MPI .docx

Retorno do Diretor Executivo do Conselho de Medicina do Canadá (Ian Bower)

Ian Bowmer

Para: Cynthia Carvalho Jorge

RE: Permission to use the 'Matched-Pair Instrument'

30 de abril de 2014 13:44

[Ocultar Detalhes](#)

[Todos os e-mails - Google](#)

Dear Ms. Jorge: I am pleased that you have decided to use the Medical Council's instrument and have had it translated into Portuguese. Please feel free to use it in your research. I would ask that you send us a summary of your conclusions and I would be especially interested in how the instrument performed in Portuguese.

Thank you so much for your interest and for your correspondence.

I look forward to hearing your results.

Ian Bowmer

M.Ian Bowmer MD FRCPC

Executive Director

Medical Council of Canada

2283 boul. St-Laurent Blvd.

Ottawa, ON Canada

K1G 3H7

Anexo 5 - Versão Final do Instrumento de Pares Relacionados

Instrumento de Pares Relacionados – Versão para Pacientes

Este (a) médico (a):	1	2	3	4	5	0
1. Me recebeu de uma maneira que me fez sentir confortável;						
2. Discutiu as razões que me trouxeram à consulta hoje;						
3. Me incentivou a expressar o que eu penso sobre meus problemas de saúde;						
4. Ouviu atentamente o que eu tinha a dizer;						
5. Compreendeu o que eu tinha a dizer;						
6. Caso um exame médico tenha sido solicitado para os seus problemas de saúde, o(a) médico (a) explicou completamente o que foi feito e o porquê;						
7. Explicou os exames complementares necessários (por exemplo: exame de sangue, raios-x, ultrassom, etc) para explorar meu problema;						
8. Discutiu as possíveis opções de tratamento comigo;						
9. Me forneceu as informações que eu queria;						
10. Verificou se eu aceitava o(s) plano(s) de tratamento proposto(s) para mim;						
11. Explicou os medicamentos, caso tenham sido prescritos para mim, incluindo seus possíveis efeitos colaterais;						
12. Me incentivou a fazer perguntas;						
13. Respondeu às minhas perguntas e preocupações;						
14. Me incluiu nas decisões do tratamento o tanto que eu queria;						
15. Discutiu comigo os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento;						
16. Se assegurou de que eu tinha entendido tudo;						
17. Expressou cuidado e preocupação comigo, não apenas como paciente, mas também como pessoa;						
18. Passou a quantidade adequada de tempo comigo;						
19. No geral, fiquei satisfeito com a minha consulta ao médico hoje;						

Legenda: 0 = não se aplica; 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não concordo nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente

Instrumento de Pares Relacionados – Versão para Médicos

Eu:	1	2	3	4	5	0
1. Recebi o(a) paciente de uma maneira que o fez se sentir confortável;						
2. Discuti as razões que trouxeram o(a) paciente à consulta hoje;						
3. Incentivei o(a) paciente a expressar seus pensamentos sobre seus problemas de saúde;						
4. Ouvi atentamente o que o(a) paciente tinha a dizer;						
5. Compreendi o que o(a) paciente tinha a dizer;						
6. <u>Caso um exame médico tenha sido solicitado</u> , expliquei completamente <u>o que foi feito</u> e o porquê;						
7. Expliquei ao(à) paciente os exames complementares necessários (por exemplo: exame de sangue, raios-X, ultrassom, etc) para explorar o seu problema;						
8. Discuti as possíveis opções de tratamento com o(a) paciente;						
9. Furneci ao(à) paciente as informações que ele(ela) queria;						
10. Verifiquei com o(a) paciente se os planos de tratamento eram aceitáveis para ele(ela);						
11. Expliquei os medicamentos, <u>caso prescritos</u> , incluindo seus possíveis efeitos colaterais;						
12. Incentivei o(a) paciente a fazer perguntas;						
13. Respondi às perguntas e preocupações do(a) paciente;						
14. Incluí o(a) paciente nas decisões do tratamento, tanto quanto ele(ela) queria;						
15. Discuti os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento;						
16. Assegurei-me de que o(a) paciente tinha entendido tudo;						
17. Expressei cuidado e preocupação com o(a) paciente como pessoa;						
18. Passei a quantidade adequada de tempo com o paciente;						
19. No geral, fiquei satisfeito(a) com a consulta de hoje.						

Legenda: 0 = não se aplica; 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = não concordo nem discordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente

Anexo 6 - Itens da versão retrotraduzida escolhida e Sugestões realizadas pelos participantes da análise semântica

Instrumento de Pares Relacionados – Versão para Pacientes
Este (a) médico (a):
1. Recebeu-me de uma maneira que me fez sentir confortável;
2. Discutiu minhas razões por ter vindo hoje;
3. Incentivou-me a expressar meus pensamentos relacionados aos meus problemas de saúde; ✓ P3 (ESC): Mudar a frase para: “Me incentivou a falar o que eu penso sobre meus problemas de saúde”
4. Ouviu atentamente o que eu tinha a dizer;
5. Compreendeu o que eu tinha a dizer;
6. Se um exame médico foi requerido para os seus problemas de saúde, o médico explicou completamente o que foi feito e o porque; ✓ P2 (EMC): Trocar a palavra ‘requerido’ por solicitado ou pedido; ✓ P4 (PGC): Trocar a expressão ‘exame médico’ por exames laboratoriais;
7. Explicou os testes laboratoriais necessários (por exemplo: sangue, raios-x, ultrassom, etc) para explorar o problema do paciente; ✓ P2 (EMC): Mudar a ordem da questão 7 e da 6. Colocar a 7 antes da 6; ✓ P3 (ESC): Colocar os exames em parênteses no fim da frase. Alterar a palavra ‘sangue’ para ‘exame de sangue’
8. Discutiu as opções de tratamento comigo;
9. Forneceu-me as informações que eu queria;
10. Verificou se os planos de tratamento eram aceitáveis para mim; ✓ P1 (EFI): Palavra ‘aceitáveis’ – melhorar o sentido da palavra. ✓ P2 (EMC): Melhorar o sentido da palavra ‘aceitáveis’ ✓ P3 (ESC): Alterar a frase para: “Verificou se eu aceitaria os planos de tratamento”; ✓ P4 (PGC): Palavra ‘aceitáveis’ gerou confusão.
11. Explicou os medicamentos, caso houvessem, incluindo seus possíveis efeitos colaterais;
12. Incentivou-me a fazer perguntas;
13. Respondeu às minhas perguntas e preocupações; ✓ P3 (ESC): O que significaria ‘responder preocupações’?
14. Envolveu-me nas decisões tanto quanto eu queria; ✓ P2 (EMC): Trocar o termo ‘envolveu-me’; ✓ P4 (PGC): Alterar a palavra ‘envolveu-me’, melhorar o sentido.
15. Discutiu comigo os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento;
16. Assegurou-se de que entendi tudo;
17. Demonstrou cuidado e preocupação comigo, como pessoa;
18. Passou a quantidade certa de tempo comigo;
19. No geral, fiquei satisfeito com a minha visita ao médico hoje;

Legenda: EFI = Ensino Fundamental Completo; EMC = Ensino Médio Completo; ESC = Ensino Superior Completo; PGC = Pós-Graduação Completa

Instrumento de Pares Relacionados – Versão para Médicos
Eu:
1. Recebi o paciente de uma maneira que o fez se sentir confortável; ✓ P1: TALVEZ o termo “confortável” possa gerar ambiguidade, do tipo ‘recebi o paciente em um lugar onde ele possa se sentar numa cadeira confortável, num consultório arejado’.. Sugiro colocar o termo “empatia” ou algo semelhante.
2. Discuti as razões do paciente por ter vindo hoje

<ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: TALVEZ o “hoje” também possa gerar dúvida, como: Por que o senhor veio só hoje a consulta? Por que não procurou um atendimento antes? ✓ P4: Discuti as queixas do paciente que o motivou a consulta.
3. Incentivei o paciente a expressar seus pensamentos sobre seus problemas de saúde
4. Ouvi atentamente o que o paciente tinha a dizer;
5. Compreendi o que o paciente tinha a dizer;
6. Se um exame médico foi requerido, expliquei o que foi feito e por quê; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: Caso o médico não solicite nenhum exame durante a consulta, talvez seja necessário uma outra opção no questionário, como: Não se aplica. ✓ P4: Não entendi a parte do ‘o que foi feito’. Nesse caso eu entendo que o ‘porquê’ de pedir o exame laboratorial já englobaria o ‘o que foi feito’
7. Expliquei os testes laboratoriais requeridos (por exemplo: sangue, raios-X, ultrassom, etc) para explorar o problema do paciente; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: A mesma observação do item 6. Sugiro ainda, trocar os testes laboratoriais para exames complementares porque os raios X, ultrassom, tomografia e ressonância não são exames de laboratório e sim, de imagem). ✓ P3: “exame de sangue”
8. Discuti as opções de tratamento com o paciente <ul style="list-style-type: none"> ✓ P2: <u>Nem sempre há discussão de tratamento numa consulta.</u> Por exemplo, se for um primeiro contato e o paciente não tiver um diagnóstico confirmado primeiro será feita a investigação clínica para, aí sim, ser discutido um tratamento específico. Sugiro deixar a questão mais abrangente. Por exemplo, “discutir os possíveis tratamentos de acordo com as suspeitas clínicas”. Poderia adicionar uma opção “Não se aplica” para essas questões mais específicas.
9. Furneci ao paciente as informações que ele queria; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P2: Sugiro explorar melhor o que são estas informações fornecidas. Informações relacionadas às queixas? Aos medos? Aos possíveis diagnósticos?
10. Verifiquei com o paciente se os planos de tratamento eram aceitáveis para ele; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P2: Não ficou claro o conceito de “aceitável”. Aceitável no sentido financeiro? Riscos e benefícios? Tempo? Sugiro apenas delimitar esse “aceite”.
11. Expliquei os medicamentos, caso houvessem, incluindo seus possíveis efeitos colaterais; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: Mesmas observações dos itens 6 e 7. Sugiro colocar: Expliquei o mecanismo de ação e a posologia dos medicamentos, caso houvessem, incluindo seus possíveis efeitos colaterais; ✓ P3: “expliquei a respeito dos medicamentos”; ✓ Expliquei os medicamentos, caso prescritos, incluindo seus possíveis efeitos colaterais;
12. Incentivei o paciente a fazer perguntas;
13. Respondi as perguntas e preocupações do paciente;
14. Envolvi o paciente nas decisões, o tanto quanto ele queria;
15. Discuti os próximos passos, incluindo os planos de acompanhamento; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P4: Seria melhor se fosse “Expliquei”, porque, às vezes, é de pouco entendimento do paciente a conduta tomada e o seguimento.
16. Assegurei-me de que o paciente entendeu tudo
17. Demonstrei cuidado e preocupação com o paciente como pessoa <ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: A palavra “demonstrar” não seria no sentido de “tratar”? O demonstrar, pra mim, remete ao fato do médico expressar, fazer o paciente perceber que foi realizada uma consulta com cuidado e preocupação.
18. Passei a quantidade certa de tempo com o paciente; <ul style="list-style-type: none"> ✓ P1: De fato, qual seria a quantidade certa de tempo? Talvez esse pergunta esteja muito ampla, não sei se é essa a intenção. ✓ P4: O tempo da consulta foi suficiente para explorar as queixas e tomar conduta
19. No geral, fiquei satisfeito com a consulta de hoje;

Anexo 7 – Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais

Versão Parcial do Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette)

Itens	Nunca ou Raramente	Com pouca frequência	Com regular frequência	Muito frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Manter conversas com desconhecidos					
2. Agradecer elogios					
3. Interromper interrupção do outro					
4. Elogiar outrem					
5. Participar de conversação					
6. Falar a público desconhecido					
7. Expressar sentimento positivo					
8. Reagir a elogio					
9. Falar a público conhecido					
10. Encerrar conversação					
11. Abordar autoridade					
12. Recusar pedidos abusivos					
13. Fazer pergunta a desconhecido					
14. Encerrar conversa ao telefone					
15. Lidar com críticas justas					
16. Pedir favores a desconhecido					
17. Elogiar familiares					
18. Defender outrem em grupo					
19. Cumprimentar desconhecidos					
20. Expressar sentimento positivo					
21. Manter conversação					
22. Pedir favores a colegas					

Anexo 8 - Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico (QASPAM)

Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico

Em uma escala de 0 à 10, indique sua avaliação pessoal com relação aos itens apresentados na tabela.

Ao final da consulta me senti:

	Nada											Completamente										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfeito Afetivamente																						
Respeitado																						
Atendido																						
Compreendido																						
Satisfeito com a competência médica																						

Como foi a visita médica para você?

- () Gostei
- () Não me acrescentou nada
- () Não gostei
- () _____

1. O que você mais gostou no atendimento médico? _____

2. O que você não gostou no atendimento médico? _____

3. O que você acha que poderia mudar? _____

Avaliação da Satisfação do Paciente em Relação ao Atendimento Médico
Marque com um 'X', o quadrado que descreve a maneira como você se sentiu com relação ao atendimento médico.

Itens					
	Muito Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Satisfeito
a) Condições físicas do ambiente de atendimento (luz, ambiente, ventilação, etc);					
b) Duração do atendimento médico;					
c) Tempo de espera para o início do atendimento					
d) O modo como o médico iniciou o atendimento/consulta					
e) Investigação que o médico fez acerca de sua queixa e/ou dificuldade					
f) Explicações do médico sobre sua queixa e/ou diagnóstico;					
g) Atenção que o médico prestou à sua queixa/dificuldade;					
h) Uso de linguagem técnica/científica do médico durante a consulta;					
i) Sensibilidade do médico com relação à suas preocupações e/ou emoções;					
j) Postura de escuta e apoio do médico em relação às suas dificuldades;					
k) Sua participação e envolvimento nas decisões do tratamento;					
l) Comunicação não-verbal que o médico estabeleceu com você (contato visual, expressões faciais, tom de voz, postura voltada ao paciente);					
m) O modo como o médico finalizou o atendimento/consulta;					

Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente no Contexto de Atendimento em Saúde Pública e Privada

Pesquisador: CYNTHIA CARVALHO JORGE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16413413.4.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 386.951

Data da Relatoria: 08/10/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa visa identificar e analisar as Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente no Contexto de Atendimento em Saúde Pública e Privada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral deste trabalho será o de avaliar a auto-percepção do médico frente às suas habilidades interpessoais em relação ao paciente, e realizar um comparativo destas habilidades entre médicos das redes públicas e das redes privadas de saúde. Tentar-se-a, ainda, comparar o produto desta auto-avaliação com impressões obtidas de relatos dos pacientes destes profissionais.

Objetivo Secundário:

Identificar e descrever elementos críticos da auto-percepção de profissionais de saúde, da rede pública e privada, sobre suas habilidades interpessoais. Comparar estes resultados de auto-relatos com indicadores de Habilidades Sociais, obtidos por instrumentos padronizados. Identificar e descrever a avaliação geral das habilidades interpessoais destes profissionais considerando

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 386.961

informações obtidas por relatos dos pacientes. E por fim, avaliar similaridades e diferenças nos itens avaliados, considerando a natureza da instituição onde atua o profissional (rede pública x rede privada).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão claramente descritos, tanto no projeto, quanto no TCLE para os pacientes e no TCLE para os médicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, os riscos e benefícios são indicados, bem como as ações para minimizar ou evitar tais riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pacientes e para os médicos e estes estão adequados, com todas as informações necessárias.

Foram inseridos os Termos de autorização para as instituições públicas e privadas.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo 10 – TCLE do Médico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MÉDICOS

Eu, Cynthia Carvalho Jorge, aluna do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, sob a orientação da Prof^aDr^a Maria de Jesus Dutra dos Reis, peço a gentileza de sua colaboração para a realização da minha pesquisa de Mestrado, “Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente no Contexto de Atendimento em Saúde Pública e Privada”, solicitando o seu consentimento em participar desta

Há diversos estudos que enfatizam a importância de se estabelecer uma relação positiva entre médico-paciente para se produzir efeitos satisfatórios em saúde. Adesão ao tratamento, diminuição dos sintomas, satisfação do usuário são alguns dos resultados que são alcançados quando esta interação ocorre de maneira saudável.

Este trabalho tem como objetivo **avaliar a percepção que o médico possui a cerca de suas habilidades interpessoais na relação com o paciente, e avaliar a percepção que o paciente possui a respeito das habilidades interpessoais e da assistência prestada pelo profissional. Além disso, visa-se realizar um comparativo destas habilidades entre médicos das redes públicas e privadas de saúde.**

Para a avaliação do repertório de habilidades sociais dos médicos, será utilizado o *Inventário de Habilidades Sociais*, o qual trata-se de um instrumento analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e que visa identificar o repertório de habilidades sociais de adultos. Para avaliação das habilidades interpessoais e comunicacionais dos médicos em relação aos seus pacientes e para avaliação da percepção do paciente em relação à estas habilidades, será realizada a aplicação do **Instrumento de Pares Relacionados**.

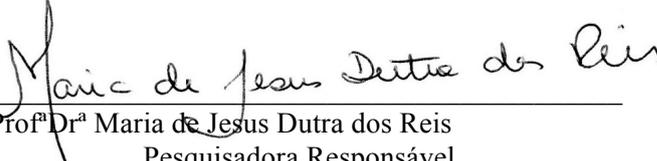
Com base nisto, consideramos que este estudo possa contribuir no sentido de desenvolver reflexões a cerca da importância de se estabelecer relações positivas entre profissionais de saúde e paciente, colaborando, de alguma maneira, para desenvolver uma visão mais humanizada de atendimento, focada na promoção da saúde.

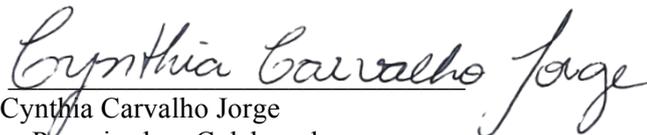
Toda informação obtida será mantida em sigilo. Qualquer informação encaminhada para os responsáveis da unidade médica deverá contemplar resultados gerais, buscando garantir o anonimato das informações dos profissionais envolvidos. Em caso de publicação dos resultados em Congressos ou Revista Científica **será assegurada a não identificação dos participantes e da instituição** envolvida na pesquisa. **A participação não é obrigatória**, sendo que você possui total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem possibilidade de penalização alguma; você também poderá se recusar a fornecer informações sem que aconteçam prejuízos para a sua participação.

Caso algum dos temas tratados produza desconforto pessoal, sinta-se a vontade para discutir com o pesquisador sobre esta condição, discutindo com ele o que você gostaria de fazer nestes casos. Firmo, com você, o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes.

Você receberá uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta o nome, telefone e e-mail da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas de participação agora ou em qualquer outro momento.

Sem mais, peço a gentileza de poder contar com a sua colaboração.


Prof^ª Dr^ª Maria de Jesus Dutra dos Reis
Pesquisadora Responsável
Tel: (16)9991-0399 Tel: (45) 9946-86(16) 98200-2726
jesus-reis@uol.com.br brccarvalhojorge@hotmail.com


Cynthia Carvalho Jorge
Pesquisadora Colaboradora

Em seguida, assino meu consentimento e comprometimento com a pesquisa.

Cascavel, _____ de _____ de 2014.

Nome do voluntário participante: _____

Assinatura do voluntário participante: _____

Eu, Cynthia Carvalho Jorge, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.


_____ Data: ____/____/2014.

Anexo 11 – TCLE do Paciente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTE

Eu, Cynthia Carvalho Jorge, aluna do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, sob a orientação da Prof^aDr^a Maria de Jesus Dutra dos Reis, peço a gentileza de sua colaboração para a realização da minha pesquisa de Mestrado, “**Habilidades Sociais na Relação Médico-Paciente no Contexto de Atendimento em Saúde Pública e Privada**”, solicitando o seu consentimento em participar desta

Várias pesquisas discutem a importância de se estabelecer uma relação positiva entre médico e paciente, para produzir efeitos satisfatórios em saúde. Alguns estudos verificaram que quando a interação entre profissional de saúde e paciente ocorre de maneira saudável, o paciente tende a responder melhor ao tratamento, a diminuir seus desconfortos e sintomas da doença, e também passa a sentir-se mais satisfeito com relação ao atendimento.

Para que o médico estabeleça uma relação positiva com o paciente, é necessário que ele apresente uma série de habilidades sociais que facilitem a abertura desta interação, tais como: habilidades de escuta, de comunicação, de atenção, de sensibilidade a este paciente, entre outras. **Com base nisso, esta pesquisa tem como objetivo** avaliar a percepção que o médico possui a respeito de suas habilidades interpessoais na interação com o paciente, bem como **avaliar a percepção que você, paciente, possui em relação às habilidades interpessoais, e à assistência prestada pelo médico.** Pretende-se que este trabalho seja realizado tanto na rede pública, quanto na rede privada de saúde, para que se possa estabelecer uma comparação das habilidades sociais dos médicos em ambos os sistemas de saúde.

Para avaliar a percepção que você possui a respeito das habilidades interpessoais do médico, você responderá a um questionário denominado **Instrumento de Pares Relacionados**. Este questionário é composto por duas versões, a do paciente e a do médico, e visa avaliar a percepção que tanto um quanto o outro possui com relação às habilidades comunicacionais e interpessoais do profissional no momento da consulta. Além disso, outro instrumento a ser aplicado será o **Questionário de Avaliação da Satisfação do Paciente com o Atendimento Médico**, que visa avaliar a sua percepção e o seu nível de satisfação em relação à assistência médica.

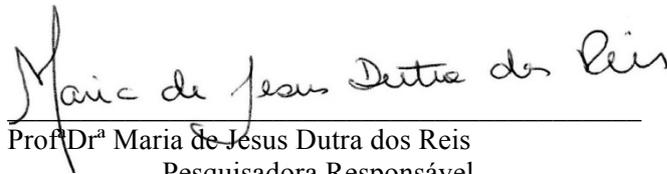
Consideramos que este estudo possa contribuir no sentido de desenvolver reflexão a cerca da importância de se estabelecer relações positivas entre profissionais de saúde e paciente, colaborando, de alguma maneira, para desenvolver uma visão mais humanizada de atendimento, focada na promoção da saúde.

Toda informação obtida será mantida em sigilo. Caso alguma informação seja encaminhada à instituição de saúde, esta será encaminhada apenas com o objetivo de fornecer os resultados gerais da pesquisa. As respostas que você fornecerá nos instrumentos, não serão encaminhadas aos médicos, e não comprometerá a sua relação com o profissional. Em caso de publicação dos resultados em Congressos ou Revista Científica **será assegurada a não identificação dos participantes** e da instituição envolvida na pesquisa. **A participação não é obrigatória**, sendo que você possui total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem possibilidade de penalização alguma; você também poderá se recusar a fornecer informações sem que aconteçam prejuízos para a sua participação.

Caso algum dos temas tratados produza desconforto pessoal, sinta-se a vontade para discutir com o pesquisador sobre esta condição, discutindo com ele o que você gostaria de fazer nestes casos. Firmo, com você, o compromisso de zelar pelo respeito e dignidade de todos os participantes.

Você receberá uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta o nome, telefone e e-mail da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas de participação agora ou em qualquer outro momento.

Sem mais, peço a gentileza de poder contar com a sua colaboração.


Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis
Pesquisadora Responsável

Tel: (16)9991-0399

Tel: (45) 9946-8611

jesus-reis@uol.com.br breycarvalhojorge@hotmail.com


Cynthia Carvalho Jorge
Pesquisadora Colaboradora

(16) 98200-2726

Em seguida, assino meu consentimento e comprometimento com a pesquisa.

Cascavel, _____ de _____ de 2014.

Nome do voluntário participante: _____

Assinatura do voluntário participante: _____

Eu, Cynthia Carvalho Jorge, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável



Data: ____/____/2014.