



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

MARIA IZABELA SILVA VIDAL

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM
(PA)

BELÉM – PA

2022

MARIA IZABELA SILVA VIDAL

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM
(PA)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Izaura Maria Vieira
Cayres Vallinoto

BELÉM – PA

2022

MARIA IZABELA SILVA VIDAL

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM (PA).

Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientadora

Nome/Instituição

Nome/Instituição

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Conceito: _____

A Deus, por ser tão Bom, Justo e Misericordioso.

Ao meu pai Clauberto e minha mãe Rosalina, que sempre se preocuparam com a minha educação e me apoiaram em todos os momentos do caminho que me trouxe até aqui.

Maria Izabela Vidal

AGRADECIMENTOS

A Profa. Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto pelo valioso auxílio na orientação deste trabalho;

A Profa. Sandra Souza Lima pela orientação no tratamento estatístico dos dados obtidos;

Aos funcionários da Estratégia Saúde da Família Terra Firme;

A todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A relação médico-paciente é fundamental no contexto do atendimento em saúde e o perfil sociodemográfico, bem como as condições de acesso a serviços de saúde, podem influenciar o nível de satisfação dos pacientes com a consulta médica. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA). **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional, analítico-descritivo, do tipo transversal, em que se entrevistou pacientes de uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA), no período de dezembro de 2021 a maio de 2022. Os dados foram obtidos através do “Questionário da relação médico-paciente” (*Patient-doctor relationship questionnaire 9/PDRQ-9*) e um questionário para caracterização de fatores sociodemográficos e de acesso a serviços de saúde. **Resultados:** A amostra foi composta por 234 pacientes (intervalo de confiança = 95% e erro amostral = 5%). 61,6% tinham idade inferior a 50 anos, 78,6% do sexo feminino, 56,4% apresentaram nível médio, 51,3% eram solteiros, 83,3% possuía renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo e 94% não possuía plano de saúde. O escore global do nível de satisfação dos pacientes atendidos na unidade de saúde foi de 3,8 ($\pm 1,08$). Não houve diferença do nível de satisfação com a relação médico-paciente quanto faixa etária, sexo, estado civil, renda mensal, presença de doenças crônicas, acesso a plano de saúde e avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF. Houve diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação dos pacientes quanto à escolaridade, ao atendimento pelo mesmo médico, ao tempo de consulta e aos que se consultam fora da ESF. **Conclusão:** Em geral, os pacientes da unidade de saúde apresentaram grau moderado de satisfação com o atendimento médico recebido no local. Houve pouca associação entre nível de satisfação e fatores endógenos ao paciente; estando relacionado a fatores externos, os quais são passíveis de intervenção seja pelo (s) profissional (is) seja pela gestão administrativa. A escassez de trabalhos baseados no questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente limitou a comparação dos dados deste estudo com outros mostrando que, ainda, há muito a caminhar em direção ao atendimento das políticas de Humanização da Atenção e da Gestão e de Monitoramento e Avaliação no SUS.

Palavras-chave: relações médico-paciente; atenção básica; satisfação do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: The doctor-patient relationship is fundamental in the context of health care and the sociodemographic profile, as well as the conditions of access to health services, can influence the level of patient satisfaction with the medical appointment. **Objective:** To evaluate the quality of the doctor-patient relationship in a family health unit in the city of Belém (PA). **Methods:** this is an observational, analytical-descriptive, cross-sectional study, in which patients from a family health unit in the city of Belém (PA), from December 2021 to May 2022 were interviewed. data were obtained through the Patient-doctor relationship questionnaire 9/PDRQ-9” and a questionnaire to characterize sociodemographic factors and access to health services. **Results:** The sample consisted of 234 patients (level of confidence = 95% and margin of error = 5%). 61.6% were under 50 years of age, 78.6% were female, 56.4% had a high school education, 51.3% were single, 83.3% had a monthly Family income of less than one minimum wage and 94% did not have health insurance. The global score for the level of satisfaction of patients treated at the health unit was 3.8 (\pm 1.08). There was no difference in the level of satisfaction with the doctor-patient relationship regarding age group, sex, marital status, monthly income, presence of chronic diseases, access to health insurance and evaluation of medical care received outside the FHS. There was a statistically significant difference in the level of patient satisfaction regarding education, attendance by the same doctor, consultation time and those who are consulted outside the FHS. **Conclusion:** In general, patients at the health unit showed a moderate degree of satisfaction with the medical care received at the place. There was little association between the level of satisfaction and endogenous factors to the patient, being related to external factors, which are subject to intervention either by the professional(s) or by the administrative management. The scarcity of studies based on the PDRQ-9 questionnaire to assess the doctor-patient relationship limited the comparison of data from this study with others, showing that there is still a long way to go towards meeting the policies of Humanization of Care and Management and of Monitoring and Evaluation in the SUS.

Keywords: doctor-patient relationships; primary care; patient satisfaction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1. OBJETIVOS.....	10
1.1.1. Objetivo Geral.....	10
1.1.2. Objetivos Específicos.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	11
2.2. A ATENÇÃO BÁSICA.....	13
2.3. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	15
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	17
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	17
3.2. AMBIENTE DE PESQUISA.....	17
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO.....	18
3.3.1. Critérios de inclusão.....	18
3.3.2. Critérios de exclusão.....	18
3.4. COLETA DE DADOS.....	18
3.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	19
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	20
4. RESULTADOS.....	22
5. DISCUSSÃO.....	26
6. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A.....	36
APÊNDICE B.....	39
APÊNDICE C.....	40
ANEXO A.....	51
ANEXO B.....	52

1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente (RMP) é um fator fundamental no contexto do atendimento em saúde, pois pode influenciar a satisfação, o estado de saúde dos pacientes e a qualidade dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2014).

A RMP está inerente à prática médica e se altera conforme as mudanças que ocorrem na sociedade (STEWART et al., 2013). De acordo com Vasconcelos e Bussinguer (2021), por exemplo, o contexto da pandemia de COVID-19 pode ter provocado uma simetralização da RMP, em que os pacientes passaram a enxergar o profissional da saúde não mais como uma imagem endeusada e inatingível, mas como um ser humano, também, passível de vulnerabilidades e de fragilidades.

Historicamente, a medicina se desenvolveu de modo a priorizar as doenças e seu processo de diagnóstico, em detrimento da pessoa. Esse método clínico (também denominado “método clínico” ou “método convencional”) mostrou-se insatisfatório, tanto à real eficácia em prover as necessidades de saúde dos pacientes, quanto em relação à satisfação dos médicos com o seu trabalho. Por outro lado, autores têm apresentado o método clínico centrado na pessoa como uma abordagem integral e humanística, que, além de manter a resolubilidade das ações, valoriza o paciente como protagonista de sua própria saúde e instiga-o a ter um papel ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado (FERREIRA et al., 2014; STEWART et al., 2013; BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Os pacientes possuem um papel importante no cuidado com a própria saúde, portanto o médico deve estar apto a desenvolver uma comunicação satisfatória, possibilitando que esses entendam as informações referentes a sua saúde, bem como tenha o poder de tomar decisões compartilhadas com o profissional (COULTER, 2012).

No Brasil, A RMP é fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente para assegurar a longitudinalidade (continuidade) do cuidado aos pacientes, característica central desse nível assistencial (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Países com APS forte apresentam melhores indicadores de saúde quando comparados com países que apresentam APS fraca (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

Muitos pacientes atendidos em serviços de atenção primária no Brasil não têm suas expectativas satisfeitas e grande parte das causas dessa insatisfação estão relacionadas a deficiências na qualidade da relação com o médico (MACHADO et al., 2015).

Estudos têm sugerido a possibilidade de uma correlação entre o nível de satisfação dos pacientes e fatores relacionados às condições dos serviços de saúde (qualidade técnica e

habilidade interpessoal dos profissionais, ambiente físico, acesso aos serviços de saúde etc.), bem como às características sociodemográficas dos pacientes (como idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil e estado de saúde). Muitos estudos avaliaram a relação médico-paciente, porém com métodos diferentes para mensurar o nível de satisfação do paciente (BATBAATAR et al., 2016).

Batbaatar et al. (2016) verificaram que os indicadores de qualidade dos serviços de saúde são os determinantes mais influentes da satisfação do paciente, sendo que a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais da saúde é o determinante principal. Dessa forma, dados sobre a percepção do paciente em relação ao serviço recebido em uma unidade de saúde podem ser úteis para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria do serviço e o aumento da satisfação dos usuários (ANDRADE, 2014). No entanto, verifica-se uma escassez de pesquisas acadêmicas nacionais que avaliem o nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico recebido em unidades de saúde da família.

Em 2012, o Ministério da Saúde apresentou a proposta de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do Serviço Único de Saúde”, que abrange, dentre outros itens, a realização de pesquisas para averiguar a satisfação dos usuários (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Em 2019, como parte de uma nova política de financiamento da APS chamada “Previne Brasil”, o Ministério da Saúde criou uma estratégia de avaliação da APS, que inclui a utilização de instrumentos padronizados e validados no Brasil e no exterior, como o *Net Promoter Score*, o *Primary Care Assessment Tool* e o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9* (BRASIL, 2019).

Esses instrumentos permitem a avaliação da APS quanto à longitudinalidade e a atributos, bem como possibilitam comparações temporais e de base geográfica, tanto no contexto nacional, como em comparações internacionais (HARZHEIM, 2020).

O *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9* (PDRQ-9) é um instrumento que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente, permitindo conhecer o nível de satisfação com o atendimento médico (WOLLMANN, 2017).

Partindo da hipótese de que o nível de satisfação dos pacientes com a RMP pode variar conforme seu perfil sociodemográfico e as condições de acesso a serviço de saúde, o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA) a partir da utilização do questionário PDRQ-9.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA).

1.1.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as características sociodemográficas dos pacientes atendidos no local de estudo.
- Caracterizar o acesso dos pacientes a serviços de saúde.
- Verificar o nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico recebido no local de estudo.
- Averiguar se características sociodemográficas e fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde estão associados ao nível de satisfação dos pacientes atendidos no local de estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A RMP é o meio pelo qual os médicos podem aprender a respeito da maioria dos problemas do paciente, bem como os pacientes podem entender sobre grande parte dos aspectos de sua atenção. Desse modo, tanto os médicos, como os pacientes podem contribuir para o processo de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Uma RMP desenvolvida de maneira satisfatória é fundamental para o estabelecimento de um serviço de saúde de boa qualidade. Através da comunicação entre o profissional e o paciente é possível modular o impacto da qualidade do atendimento e influenciar desfechos em saúde, como a adesão ao tratamento e o controle de fatores de risco (WOLLMANN, 2017).

A RMP faz parte da prática médica e se modifica conforme as mudanças, as necessidades e os contextos histórico da sociedade (STEWART et al., 2013). O desenvolvimento da medicina foi marcado pela priorização das doenças e de seu processo diagnóstico, em detrimento da pessoa (FERREIRA et al., 2014). Esse método, também denominado “modelo médico convencional” ou “método biomédico”, entende os problemas de saúde de forma objetiva, buscando analisá-los por modelos biológicos, ao mesmo tempo em que desvaloriza aspectos mais subjetivos do processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de um método clínico centrado na doença (BALLESTER et al., 2010).

Frente à hegemonia dessa abordagem clínica, surgiram críticas quanto à eficácia em satisfazer as necessidades de saúde do paciente, bem como em promover satisfação dos médicos com o seu trabalho. Dessa forma, nos anos de 1990, houve a proposta de uma mudança na abordagem médica, no intuito de se exercer uma “medicina centrada na pessoa” (FERREIRA et al., 2014).

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) destaca três aspectos principais a serem abordados na consulta: a perspectiva do médico (relacionada aos sintomas e à doença); a perspectiva do paciente (suas preocupações, medos e experiência de adoecer); e a integração entre essas duas perspectivas. Dessa forma, o atendimento médico envolveria quatro componentes: explorando a saúde, a doença e a experiência; entendendo a pessoa como um todo; encontrando um terreno comum; intensificando o relacionamento entre pessoa e médico. O profissional, então, deve investigar o adoecimento considerando os seguintes fatores: os sentimentos do paciente diante da doença; suas ideias em relação ao padecimento; as implicações em sua funcionalidade; e suas expectativas (STEWART et al., 2013).

Do ponto de vista do profissional, o resultado da consulta é estimado por variáveis como: adesão ao tratamento, controle de fatores de riscos, redução de exacerbações, evitação de desfechos indesejados, dentre outros. Por outro lado, do ponto de vista do paciente, o sucesso do atendimento pode ser influenciado por fatores como: satisfação com a atenção prestada, compreensão das explicações, tranquilização e alívio do sofrimento, adaptação ou superação das incapacidades e melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida (RAMOS, 2009).

Segundo Bernardi (2019), o paciente apresenta maior satisfação quando recebe atenção e se sente acolhido pelo médico, quando o profissional olha nos seus olhos, chama-o pelo nome, demonstra interesse por seu estado de saúde e lhe oferece informações honestas (adequadas ao seu nível de compreensão).

Ao se comunicar com o paciente, é necessário que o médico utilize a estratégia centrada na pessoa, com linguagem clara, contato visual, gestos e movimentos corporais, visando melhorar a confiança dos pacientes e construir uma boa RMP (ZHOU et al., 2021).

Logo, o resultado de uma consulta médica pode ser influenciado pela qualidade da relação que é estabelecida entre o profissional e o paciente. Estudos mostraram que a RMP baseada em um estilo colaborativo de comunicação, na qual os pacientes adquirem um papel ativo no cuidado com a própria saúde pode melhorar a adesão ao tratamento (THOMPSON; McCABE, 2012).

No Brasil, muitos médicos tendem a valorizar a evolução clínica e o tratamento instituído e a se preocupar com aspectos operacionais do trabalho, enquanto o paciente tem expectativas relacionadas a aspectos mais subjetivos, muitas vezes negligenciados pelo profissional (MACHADO et al., 2015). O privilégio de aspectos científicos, em detrimento dos atributos psicossociais envolvidos na RMP, contribui para a desumanização da prática médica (FILHO; DIAS; TOLEDO JÚNIOR, 2018).

Dessa forma, é importante que os médicos busquem a integralidade e a humanização do cuidado, exercendo uma prática médica contínua, desenvolvendo projetos terapêuticos compartilhados com os pacientes, estimulando o autocuidado, a autonomia das pessoas e reconhecendo os usuários como participantes ativos de sua própria saúde, conforme proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014).

O nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico também pode estar associado às condições dos serviços de saúde, bem como às características clínicas e sociodemográficas dos pacientes. Dentre os principais determinantes que podem estar associados aos serviços de saúde, pode-se citar os seguintes: habilidade técnica do profissional de saúde, habilidade interpessoal do profissional, condições físicas do ambiente em que ocorre

o atendimento, acesso ao serviço de saúde (tempo de espera na sala de consulta, tempo de admissão para o atendimento, locais convenientes etc.) e continuidade (BATBAATAR et al., 2016).

Dentre as características relacionadas aos pacientes, por sua vez, encontram-se os seguintes fatores: idade, sexo, nível de escolaridade, condições socioeconômicas, estado civil, etnia, religião, local de residência, frequência nas consultas, condições de saúde, personalidade e expectativas (BATBAATAR et al., 2016).

Em contrapartida a um modelo assistencial centrado em aspectos científicos e baseado na passividade do paciente quanto aos aspectos envolvidos na atenção a sua saúde; no nível da atenção primária, é desejável que a experiência clínica seja marcada pelo engajamento e interesse tanto do médico quanto do paciente (BRASIL, 2021). Uma relação médico-paciente satisfatória tem o potencial de modular o impacto de condições desfavoráveis ao cuidado do paciente, como excesso de demanda, baixa cobertura assistencial pelas equipes de saúde e níveis educacional e socioeconômico dos pacientes. Sendo assim, há uma necessidade de se ofertar uma abordagem integral aos pacientes, sem privilegiar a queixa de origem orgânica como a forma de linguagem prioritária nem negligenciar questões sociais e psicológicas inerentes ao indivíduo (GOMES et al., 2012).

2.2. A ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como consequência do movimento de reforma sanitária, influenciado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que defendia o papel do Estado como responsável pela saúde pública nacional, assegurando os princípios fundamentais estabelecidos pela Constituição de 1988 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Atualmente, compreende-se que a APS é o pilar de todo sistema de atenção à saúde que visa à eficiência e a cobertura universal (CUNHA et al., 2022). A APS é estruturada através de atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. Como atributos derivados, estão: as orientações familiar e comunitária e a competência cultural (WOLLMANN, 2017).

O princípio da longitudinalidade consiste na existência de uma fonte de continuidade da atenção e sua utilização ao longo do tempo. O vínculo entre a população e sua fonte de atenção deve ser forte, expressando uma confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

O modelo assistencial desenvolvido inicialmente no país era caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo e pela utilização irracional de recursos tecnológicos, que geravam alto grau de insatisfação para todos aqueles que participavam do sistema. No entanto, a partir de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial brasileiro. Essa estratégia coloca a atenção básica e o funcionamento adequado das unidades básicas de saúde como o foco para uma assistência mais resolutiva, humanizada e oportuna à população. Dessa forma, o PSF prioriza as ações de promoção, de proteção e de recuperação a saúde dos indivíduos e da família, em todas as fases da vida, de forma integral e continuada (SPS, 2000).

O PSF estabeleceu a atenção básica como a porta de entrada do cidadão aos serviços do SUS, através da Unidade de Saúde da Família (USF). A USF consiste em um sistema local de assistência, que visa garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias. A equipe de saúde da família é multiprofissional, trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área (BRASIL, 2000).

O SUS criou, em 2003, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão, objetivando a implementação de estratégias para qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde, e, dessa forma, tornar os serviços de saúde mais humanizados. A valorização dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores no processo de produção de saúde possibilita maior autonomia dos sujeitos e maior capacidade de transformação da realidade, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação solidária de vínculos e da participação coletiva nos processos concernentes à gestão e à produção de saúde (BRASIL, 2010).

Visando ao desenvolvimento da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde propôs um “Sistema de avaliação para a Qualificação do SUS”, que compreende os seguintes componentes: Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde, Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação dos Usuários, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

A implementação de avaliações estruturadas é uma estratégia importante para a qualificação de um sistema de atenção à saúde e a satisfação dos usuários tem sido um parâmetro fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

2.3. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente é um fator fundamental para o estabelecimento de serviços de saúde de qualidade, principalmente no contexto do Programa Saúde da Família, que prioriza um modelo assistencial humanizado e contínuo para a população (SILVA FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005).

Dessa forma, a relação médico-paciente é complexa e diversos modelos para a avaliação da sua qualidade podem ser encontrados na literatura. Quando bem desenhada, a avaliação objetiva da relação médico-paciente pode fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção médica (GREENHALGH; HEATH, 2010).

O Programa “Previne Brasil”, instituído pelo Ministério da Saúde em 2019, tem por princípio a estruturação de um modelo de financiamento que visa ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS, a partir de mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (HARZHEIM, 2020).

O programa pretende reafirmar os atributos da APS, tanto aqueles ditos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade), quanto os derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural). Através dessa política, a avaliação da APS passou a incluir três macroindicadores como parte da avaliação geral: o *Net Promoter Score*, o *Primary Care Assessment Toll* e o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9* (PDRQ-9), que medem os princípios e os atributos da APS nos serviços de saúde prestados nesse nível de atenção à saúde (HARZHEIM, 2020).

Esses instrumentos são validados no Brasil e no exterior e sua utilização na avaliação geral da APS possibilita comparações temporais e geográficas, tanto em nível nacional, como no contexto internacional; além de servir como parâmetro para estimar o sucesso de políticas públicas (HARZHEIM, 2020).

A utilização do PDRQ-9 insere a relação médico-paciente como um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde na APS, permitindo avaliar a longitudinalidade do serviço (HARZHEIM, 2020). Esse instrumento permite mensurar o nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico. Foi desenvolvido por Van de Feltz Cornelis et al. (2004) e adaptado ao português e validado através de um estudo realizado por Wollmann (2017).

O PDRQ-9 é composto por 9 itens, podendo ser aplicado por entrevista ou de maneira autoaplicada (sem diferença estatisticamente significativa entre os dois métodos). Cada item

examina um dos seguintes aspectos da RMP: ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade (WOLLMANN, 2017).

O domínio Tempo parte do pressuposto de que os pacientes tendem a valorizar as consultas em que o médico disponibiliza maior parte do seu tempo para escutá-lo e examiná-lo. A Confiança se refere à necessidade de o paciente sentir confiança para dialogar de forma espontânea, livre e verdadeira (GOMES et al., 2012).

A Compreensão diz respeito à importância de considerar o paciente como um ser integral (FUZIKAWA, 2013). O domínio da Dedicação se refere à dedicação do médico em ajudar, colocando a saúde do paciente como o bem maior do seu trabalho (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2013). A Concordância se refere à convergência entre médico e paciente nas questões relacionadas à saúde do paciente. A Disponibilidade consiste em proporcionar uma comunicação cada vez mais aberta entre médicos e pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). A Acessibilidade, por sua vez, indica a facilidade de acesso aos médicos (WOLLMANN, 2017).

Além de serem uma ferramenta estratégica para a gestão dos serviços de saúde (ANDRADE, 2014), as pesquisas de satisfação dão destaque ao lugar dos pacientes nos serviços de saúde, reafirmando sua cidadania e sua posição de sujeito de direitos válidos universalmente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA

Estudo observacional, analítico-descritivo, do tipo transversal.

3.2. AMBIENTE DE PESQUISA

O local da pesquisa foi o território da Estratégia Saúde da Família de Terra Firme (ESF Terra Firme), localizado na região do Distrito DAGUA do município de Belém (PA).

O município de Belém é a capital do Estado do Pará, localizado na região norte do Brasil. Apresenta uma população estimada em 1.499.641 habitantes (IBGE/2010 estimativa 2020), distribuídos em uma área territorial de 1059,466 km² (IBGE, 2017). O município de Belém é subdividido geograficamente em oito distritos administrativos. A população está distribuída em 71 bairros. O Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA) abrange 6 bairros: Canudos, Condor, Cremação, Guamá, Jurunas e Terra Firme. O Distrito DAGUA abrange uma área urbana de 14,40 km² e uma população estimada em 342.742 residentes (SESMA, 2017).

O bairro de Terra Firme, por sua vez, apresenta uma população de, aproximadamente, 60.923 habitantes.

A ESF Terra Firme foi escolhida devido estar localizada em um distrito que vem apresentado, nos últimos anos, baixo desempenho em relação ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados à população (SESMA, 2017).

Além disso, essa unidade compõe o conjunto de equipes de atenção básica que cobrem o bairro de Terra Firme, que, como outros bairros do mesmo distrito, apresenta índices de cobertura por atenção básica abaixo das metas instituídas pela secretaria municipal. O bairro de Terra Firme é o 4º mais populoso de Belém, com 60.923 habitantes e abrange quatro equipes de estratégia saúde da família (SESMA, 2020). Desse modo, trata-se de um local com grande demanda por serviços de saúde dentro do município de Belém, sendo fundamental a avaliação de serviços de saúde ofertados nesse bairro.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

A população do estudo foi composta por pacientes maiores de 18 anos que recebem atendimento médico através da ESF Terra Firme. A seleção da amostra foi por conveniência. Os pacientes recrutados foram aqueles que estiverem presentes na ESF Terra Firme para

consulta médica, no momento da coleta de dados na unidade. Para o cálculo amostral foi considerado o número médio de atendimento em um mês (600) na unidade básica de saúde, frequência máxima de 50%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Desse modo, estimou-se uma amostra de 234 pacientes.

3.3.1. Critérios de inclusão

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão neste estudo: pacientes maiores de 18 anos, alfabetizados, que haviam recebido, pelo menos, dois atendimentos médicos na ESF Terra Firme até o momento da entrevista e aceitaram participar da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) apresentado.

3.3.2. Critérios de exclusão

Adotou-se o seguinte critério de exclusão neste estudo: pacientes que não conseguirem responder a todos os questionários propostos (APÊNDICE B e ANEXO A).

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da utilização de dois questionários (APÊNDICE B e ANEXO A) aplicados, mediante entrevista, no período de dezembro de 2021 a maio de 2022.

Os pacientes foram abordados de forma individualizada na ESF Terra Firme, no momento anterior ou posterior à consulta médica. O entrevistador inicialmente apresentava uma descrição sobre a natureza do estudo, em linguagem clara e acessível, para cada paciente abordado. Em seguida, apresentava, de forma falada e escrita, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizando-se para sanar quaisquer dúvidas.

Registrou-se a participação dos pacientes que voluntariamente aceitaram preencher os questionários, mediante assinatura do TCLE pelo paciente e pelo pesquisador.

Primeiramente, realizou-se a coleta de dados sociodemográficos e de dados referentes à utilização de serviços de saúde, aplicando um questionário composto de onze itens, denominado “Questionário Sociodemográfico” (APÊNDICE B), o qual foi elaborado com base em Melo (2020). As informações obtidas através desse questionário permitiram verificar as seguintes variáveis:

- a) características sociodemográficas - idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, presença de doenças crônicas;

- b) acesso a serviços de saúde - acesso à plano de saúde, acesso ao mesmo médico nos atendimentos recebidos pela ESF, tempo da consulta médica na ESF, acesso a serviços médicos fora da ESF e avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF.

Em seguida, para coleta de dados sobre a satisfação do paciente em relação ao atendimento médico, aplicou-se o questionário *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9* (PDRQ-9) adaptado ao português (ANEXO A).

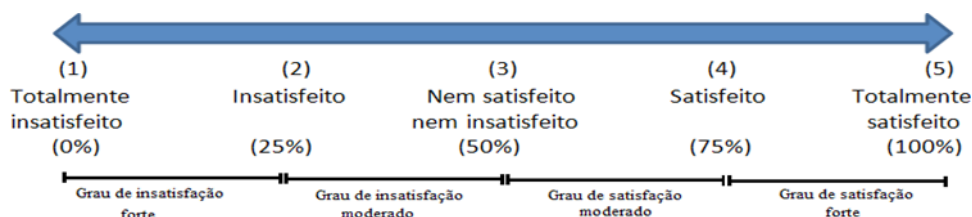
O PDRQ-9 consiste em um questionário composto por nove itens. Cada item do instrumento é uma afirmação acerca de diferentes aspectos psicossociais da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade). O paciente responde o quanto concorda com cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos (1 = não concordo até 5 = concordo totalmente). Em uma população, pode-se calcular o escore de cada item através da média aritmética das respostas daquele item, bem como um escore geral, por meio da média aritmética das respostas dos nove itens (WOLLMANN et al., 2018).

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados através do programa Microsoft Office 365: Excel. As características sociodemográficas e de acesso a serviços de saúde foram apresentadas por meio da estatística descritiva. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e de percentuais, enquanto as variáveis numéricas, por meio de mediana e de desvio-interquartil. As variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade e à homogeneidade das variâncias pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene, respectivamente.

Além disso, calculou-se as medidas de tendência central e de dispersão do escore global de satisfação no PDRQ-9, bem como dos escores obtidos em cada um dos nove itens avaliados nesse questionário.

Classificou-se o nível de satisfação de acordo com o escore obtido: 1 = totalmente insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = nem satisfeito nem insatisfeito, 4 = satisfeito, 5 = totalmente satisfeito. Ver a Figura 1.

Figura 1- Escala do grau de satisfação

Fonte: ALMEIDA JÚNIOR, 2017.

Para avaliar a relação entre os níveis de satisfação no PDRQ-9 e as variáveis referentes ao “Questionário Sociodemográfico”, utilizou-se os testes de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis e o pós-teste de Dunn. As análises estatísticas foram realizadas no Bioestat 5.3. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os resultados obtidos foram representados por meio de tabelas.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país (CNS, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob o parecer 5.033.223 e CAAE 50104721.3.0000.0018 (ANEXO B).

Todos os entrevistados receberam uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Somente foram entrevistados os sujeitos que aceitaram, de forma voluntária, a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os possíveis riscos para os voluntários foram mínimos, incluindo o não entendimento do que se queria avaliar, o desconforto no momento da pesquisa (invasão de privacidade) e a perda da confidencialidade dos dados. Esses riscos foram minimizados através das garantia do esclarecimento do voluntário sobre o conteúdo da pesquisa e dos questionários; garantia do anonimato dos participantes; garantia de liberdade para não responder questões constrangedoras; atenção do entrevistador aos sinais verbais e não verbais de desconforto; garantia de que os dados coletados seriam utilizados exclusivamente para a realização desta pesquisa; e garantia de sigilo das informações fornecidas pelo participantes (através da utilização de códigos de pesquisa, do cuidado na armazenamento dos dados, da incineração dos

questionários preenchidos, bem como da exclusão do banco de dados um mês após o fim da pesquisa).

Não houve benefícios diretos para os voluntários da pesquisa. Há potenciais benefícios indiretos para a comunidade do local de estudo, uma vez que a avaliação do serviço médico poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas; e para a comunidade científica, para a realização de estudos comparativos nos níveis nacional e internacional.

4. RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 234 pacientes (intervalo de confiança = 95% e erro amostral = 5%). Todos os questionários foram respondidos integralmente, não tendo, portanto, ocorrido recusa de resposta a qualquer um dos itens apresentados. A maioria dos participantes tinha idade inferior a 50 anos (61,6%). Além disso, a maior parte era do sexo feminino (78,6%). Mais da metade apresentou escolaridade de nível médio (56,4%). Mais da metade dos participantes eram solteiros (51,3%). A maioria possuía renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo (83,3%). Apenas um participante referiu renda familiar maior ou igual a cinco salários-mínimos. Além disso, a grande maioria não possuía plano de saúde (94,0%). Mais detalhes sobre as características demográficas e de acesso dos pacientes a serviços de saúde encontram-se descritos na Tabela 1.

TABELA 1 – Características demográficas e de acesso a serviços de saúde de pacientes atendidos na ESF da Terra Firme e medianas do escore PDRQ-9 para cada variável

Variáveis	N = 234	Mediana (IIQ*)	Valor-p
Faixa Etária			
<ou= 30 anos	35 (15,0%)	3,80 (1,80)	p = 0,057
31-40 anos	35 (15,0%)	3,40 (1,65)	
41-50 anos	74 (31,6%)	3,90 (2,08)	
> 50 anos	90 (38,5%)	4,40 (1,78)	
Sexo			
Feminino	184 (78,6%)	3,95 (2,00)	p = 0,500
Masculino	50 (21,4%)	4,20 (1,68)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	86 (36,8%)	4,40 (1,68)	p = 0,004
Ensino médio	132 (56,4%)	3,80 (1,90)	
Ensino Superior	16 (6,8%)	3,20 (2,25)	
Estado Civil			
Solteiro	120 (51,3%)	3,90 (1,90)	p = 0,589
Casado	91 (38,9%)	4,00 (1,95)	
Separado	8 (3,4%)	3,60 (2,03)	
Viúvo	15 (6,4%)	4,30 (0,95)	
Renda Mensal			
Até 1 salário mínimo	195 (83,3%)	4,00 (2,05)	p = 0,583
2-4 salários mínimos	38 (16,2%)	4,10 (1,60)	
>ou= 5 salários mínimos	1 (0,4%)	-	
Portador de Doenças Crônicas			
Sim	108 (46,2%)	4,10 (2,00)	p = 0,511
Não	126 (53,8%)	3,95 (1,88)	
Possui plano de saúde			
Sim	14 (6,0%)	4,40 (1,10)	p = 0,507
Não	220 (94,0%)	3,95 (1,93)	
Atendido pelo mesmo médico sempre			
Sim	120 (51,3%)	4,60 (1,70)	p < 0,0001
Não	114 (48,7%)	3,40 (1,95)	
Tempo de duração da consulta			
Até 10 minutos	52 (22,2%)	3,00 (1,85)	p = 0,001
11-20 minutos	98 (41,9%)	4,15 (1,78)	
Mais de 20 minutos	84 (35,9%)	4,30 (1,75)	
Consulta fora da ESF			
Sim	115 (49,1%)	3,80 (1,90)	p = 0,014
Não	119 (50,9%)	4,30 (1,85)	
Como avalia o atendimento fora da ESF			
Ruim	4 (1,7%)	3,00 (1,33)	P = 0,270
Regular	43 (18,4%)	3,40 (1,70)	
Bom	56 (23,9%)	3,80 (1,93)	
Excelente	12 (5,1%)	4,40 (0,88)	

Fonte: Elaboração própria.

*IIQ: intervalo interquartilico.

Na Tabela 2 são apresentadas as pontuações obtidas em cada item do questionário PDRQ-9 e o escore global do nível de satisfação dos pacientes atendidos na ESF foi de 3,8 (\pm 1,08), indicando um grau moderado de satisfação. A mediana do escore obtido através do PDRQ-9 para cada variável independente, bem como o valor-p respectivo é apresentado na Tabela 1.

TABELA 2 – Nível de Satisfação com a Relação Médico-Paciente na ESF Terra Firme, medido através do PDRQ-9

ITEM	ESCORE
1. Meu médico me ajuda	3,94 \pm 1,12
2. Meu médico tem tempo suficiente para mim	3,49 \pm 1,51
3. Eu confio no meu médico	3,93 \pm 1,24
4. Meu médico me entende	3,89 \pm 1,20
5. Meu médico se dedica a me ajudar	3,91 \pm 1,26
6. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	3,85 \pm 1,29
7. Eu consigo conversar com o meu médico	3,94 \pm 1,25
8. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,06 \pm 1,19
9. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	3,16 \pm 1,57
Global	3,8 \pm 1,08

Fonte: elaboração própria com base em Wollmann (2017).

Não houve diferença do nível de satisfação com a relação médico-paciente quanto à faixa etária ($p = 0,057$), ao sexo ($p = 0,500$), ao estado civil ($p = 0,589$), à renda mensal ($p = 0,583$), à presença de doenças crônicas ($p = 0,511$), ao acesso a plano de saúde ($p = 0,507$) e à avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF ($p = 0,270$).

Entretanto, houve diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação dos pacientes em relação à escolaridade ($p = 0,004$). Observou-se que os pacientes com ensino fundamental apresentaram um nível maior de satisfação do que os com ensino médio ($p < 0,05$). Entretanto, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa do escore PDRQ-9 ao se comparar os pacientes com ensino fundamental e aqueles com ensino superior. Do mesmo modo, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação do escore de pacientes de nível médio com aqueles de nível superior.

Além disso, o nível de satisfação dos pacientes que são atendidos pelo mesmo médico sempre foi maior do que o daqueles que não são ($p < 0,0001$).

Houve também diferença estatisticamente significativa do nível de satisfação em relação ao tempo de consulta ($p = 0,001$). Os pacientes com tempo de consulta de até 10 minutos apresentaram nível de satisfação menor que o daqueles com tempo de consulta maior ($p < 0,05$).

Entretanto, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que recebiam atendimento médico com duração de 11 a 20 minutos e aqueles que recebiam o atendimento com duração maior que 20 minutos.

Além do mais, constatou-se que os pacientes que se consultam fora da ESF foram mais críticos em relação à avaliação, tendo apresentado nível de satisfação significativamente menor ($p = 0,014$).

5. DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas referentes à amostra desse estudo, observou-se que a maioria dos participantes tinham idade inferior a 50 anos. Esse resultado é compatível com o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS descrito por Guibu et al. (2017), os quais verificaram uma maior proporção de usuários de faixas etárias mais jovens nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Pesquisas realizadas no estado do Pará mostraram resultados similares aos do presente estudo, mostrando que o gênero masculino ainda não procura os serviços prestados pela Unidade de Saúde tanto quanto o gênero feminino (CUNHA et al., 2022). O distanciamento dos homens em buscar atendimento para questões de saúde é uma realidade também observada em outras regiões do Brasil e do mundo (GUIBU et al., 2017; PINKHASOV et al., 2010). Os valores da cultura masculina envolvem comportamentos de risco à saúde, de modo que a forma como os homens constroem e vivenciam a sua masculinidade reflete no processo saúde-doença dessa população (LEVORATO et al., 2014). Apesar de os homens possuírem maiores taxas de morbimortalidade, eles são mais resistentes a buscar atendimento na atenção primária. Os homens, geralmente, procuram os serviços de saúde em idade mais avançada e, provavelmente, com sintomas (GUIBU et al., 2017). Autores têm apontado que o público masculino passou a ter uma atenção especial para suas demandas de saúde, apenas, 80 anos após a implementação de políticas voltadas à saúde da mulher. Estudos também referem que os serviços ofertados nas unidades de saúde são, predominantemente, não destinados ao público masculino. Além disso, autores sugerem que a cultura patriarcal e machista associa a ideia de virilidade aos homens, instigando-os a não valorizarem o autocuidado e a procurarem às ESF com menos frequência (LEVORATO et al., 2014).

Levorato et al. (2014) verificaram que indivíduos do sexo feminino e pertencentes à faixa etária de 26 a 49 anos procuram por serviços de saúde com mais frequência. Por outro lado, ser do sexo masculino está dentre os fatores associados a não procura por serviços de saúde. Desse modo, essas informações também respaldam os resultados encontrados nesse trabalho.

Quanto ao nível de escolaridade, estudos realizados no Pará demonstraram que a região Metropolitana I, na qual se insere o município de Belém, possui o maior percentual de indivíduos com ensino médio (completo ou incompleto) dentre as regiões de saúde do estado (CUNHA et al., 2022), similarmente ao observado.

Em relação ao estado civil, mais da metade informou ser solteira, dado não compatível com pesquisas realizadas no estado do Pará, nas quais mais da metade das amostras referiram estar casada ou em união estável. No “Questionário Sociodemográfico” aplicado neste estudo, entretanto, não havia um item que especificasse situações de união estável, podendo ter superestimado a porcentagem de solteiros encontrada neste estudo. No estudo realizado por Guibu et al. (2017), as proporções de união estável entre os usuários da APS foram maiores no Norte e no Nordeste, em comparação às demais regiões brasileiras.

Com relação à renda familiar, o estudo realizado por Dinkel et al. (2016) corrobora o observado no presente estudo ao mostrar que a assiduidade frequente nas consultas com o médico da família esteve associada à menor renda e ao não exercício de atividade remunerada. Além disso, segundo Fontenelle (2017), pessoas com baixo nível socioeconômico têm menos cobertura de planos de saúde, e, por conseguinte, buscam os serviços do SUS com mais frequência quando precisam de atendimento em saúde. Isso, também, pode justificar o fato de a quase totalidade dos participantes deste estudo ter informado não possuir plano de saúde. Guibu et al. (2017) verificaram que menos de 10% dos usuários da APS no Brasil possuíam plano de saúde, com maior proporção na região Sul e menor na Norte.

Quanto ao grau moderado de satisfação, em uma pesquisa realizada no estado de Santa Catarina, na qual aplicou-se o PDRQ-9 para avaliação da RMP em UBSs do estado de Santa Catarina, obteve-se um escore de $3,55 \pm 1,08$ (MELO, 2020), comparável ao do presente trabalho. Um estudo realizado com usuários da APS na Comunidade de Madri (Espanha) mostrou uma média de $4,41 \pm 0,77$ no PDRQ-9 (MARTIN-FERNÁNDEZ et al., 2010). A escassez de trabalhos que aplicaram o questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente na APS foi um fator que limitou a comparação dos dados deste estudo com outros resultados. Existem muitos estudos que avaliaram a relação médico-paciente, porém com métodos diferentes para mensurar o nível de satisfação do paciente (BATBAATAR et al., 2016).

Conforme observado por Batbaatar et al. (2016), os estudos sobre a influência de características sociodemográficas na satisfação dos pacientes apresentam grande variabilidade nos métodos utilizados e nos resultados obtidos, não permitindo a observação de associações consistentes. Segundo o autor, há necessidade de mais trabalhos sobre como as diferenças culturais, comportamentais e sociodemográficas afetam a satisfação, usando um questionário padronizado.

Quanto ao item 9 do PDRQ-9 (Eu acho fácil ter acesso ao meu médico), Wollmann et al. (2018) destaca a possibilidade de estudos qualitativos contribuírem para a definição de uma

sentença mais adequada para o item 9 do PDRQ-9 adaptado para o contexto brasileiro, visto que, segundo Starfield (2002), o significado do termo “acesso” pode abranger não apenas a disponibilidade do médico, mas também pode estar relacionado à organização do serviço de saúde. No presente estudo, este item foi o que apresentou o menor escore podendo reforçar a proposição de adaptação.

No Brasil, qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde é o principal objetivo da Política de Humanização da Atenção e da Gestão, criada, no SUS, em 2003, com vistas a proporcionar um serviço de saúde com boas práticas de gestão, essencial para evitar fenômenos desumanos, como filas, insensibilidade dos trabalhadores da saúde diante do sofrimento das pessoas, tratamentos desrespeitosos, degradação de ambientes, dentre outros (BRASIL, 2010). Segundo Cunha et al. (2022), há necessidade de melhorias na organização dos serviços das Unidades Básicas de Saúde do Estado do Pará, buscando facilitar a marcação de consultas, diminuir o tempo de espera para o atendimento, dentre outras medidas para facilitar o acesso dos pacientes.

Neste estudo, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas do nível de satisfação dos pacientes em relação à faixa etária, ao sexo, ao estado civil, à renda, ao diagnóstico prévio de doenças crônicas, ao acesso a plano de saúde e à avaliação do atendimento médico recebido em outros estabelecimentos de saúde. Por outro lado, constatou-se que os pacientes com ensino fundamental apresentaram um nível maior de satisfação do que os com ensino médio. Resultado compatível com o de Rahmqvist e Bara (2010), que observaram que pacientes com menor nível educacional apresentaram maior nível de satisfação. No entanto, a literatura tem apresentado resultados controversos em relação à possível associação entre educação e nível de satisfação dos pacientes, provavelmente devido à grande variabilidade de métodos utilizados (BATBAATAR et al., 2016).

Nesse sentido, é importante destacar que as avaliações positivas realizadas pelos pacientes não necessariamente indicam que houve uma avaliação crítica do atendimento que receberam (FILHO et al., 2012). Sabe-se que nas pesquisas sobre a satisfação de usuários pode haver vieses, como o “gratitude bias”, isto é, o sentimento de gratidão do paciente os leva a estabelecer avaliações positivas, com pouca criticidade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Em países subdesenvolvidos, também pode haver viés devido ao receio que pacientes têm de perder acesso aos serviços de saúde, evitando, assim, avaliações negativas sobre o serviço (BERNHART et al., 1999). É importante destacar também que, segundo Van der Feltz-Cornelis et al. (2004), é possível que a aplicação do PDRQ-9 fora do ambiente físico da unidade de atenção primária forneça resultados mais fidedignos.

Além disso, observou-se que os pacientes que são atendidos pelo mesmo médico sempre apresentaram maior nível de satisfação corroborando o estudo de Sánchez-Piedra et al. (2014) realizado na Europa, concluiu que se consultar com o mesmo médico sempre produz um efeito positivo sobre a satisfação do paciente. De acordo com Starfield (2002), é essencial que os indivíduos possam ter uma fonte continuada de atenção, assegurando o princípio da longitudinalidade da atenção à saúde do paciente.

Com relação ao tempo de consulta, o resultado encontrado está de acordo com Gomes et al. (2012), segundo os quais os pacientes tendem a valorizar os atendimentos em que o médico disponibiliza maior parte do seu tempo para escutá-lo e examiná-lo. Wang et al. (2022) e outros pesquisadores têm constatado que um tempo maior de consulta pode levar a um melhor cuidado em saúde e maior qualidade na APS.

Também foi constatado que os pacientes que se consultam fora da ESF apresentaram nível de satisfação significativamente menor. Tal fato pode estar relacionado com o fato de os pacientes que se consultarem fora terem uma percepção mais crítica em relação à qualidade do acesso ao serviço de saúde. Gomide et al. (2018) observaram que a satisfação dos pacientes com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde na APS é menor quando ocorrem dificuldades para marcar consulta e de receber atendimento.

Além disso, Sánchez-Piedra et al. (2014) observaram que se consultar com especialistas foi um fator que influenciou negativamente a satisfação com o atendimento recebido na APS. Segundo esses autores, o encaminhamento a um médico especializado é algo certamente importante para os pacientes, no entanto, essa experiência requer coordenação e continuidade do cuidado. Como os cuidados primários e especializados, geralmente, são realizados em ambientes separados, podem ocorrer falhas nessa transição e, por conseguinte, redução da continuidade.

6. CONCLUSÃO

O tamanho da amostra permitiu uma boa representatividade da população e, portanto, uma boa compreensão quanto ao nível de satisfação da amostra investigada e sugerir intervenções. A predominância do sexo feminino ratificou a problemática do distanciamento dos homens na busca por atendimento em saúde, uma realidade observada em outras regiões do Brasil e do mundo, alertando para a demanda de construção de ações de sensibilização ao usuário masculino por parte da unidade.

Em geral, os pacientes apresentaram grau moderado de satisfação com o atendimento médico recebido. Houve pouca associação entre nível de satisfação e fatores endógenos ao paciente. Dentre os fatores sociodemográficos analisados, apenas o nível de escolaridade esteve associado com a satisfação dos pacientes. Por outro lado, o nível de satisfação esteve relacionado a fatores externos aos pacientes (atendimento pelo mesmo médico, tempo de consulta e atendimento em outros locais). Esses fatores estão relacionados ao serviço de saúde prestado, sendo, portanto, passíveis de intervenção seja pelo (s) profissional (is) seja pela gestão administrativa.

A escassez de trabalhos que aplicaram o questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente na APS foi um fator que limitou a comparação dos dados deste estudo com outros resultados. Dessa forma, é necessária a realização de mais estudos que avaliem o nível de satisfação do paciente com o atendimento médico e os fatores associados, a partir de métodos padronizados e validados que mostrem o quanto, ainda, há de caminhar em direção ao atendimento das políticas de Humanização da Atenção e da Gestão e de Monitoramento e Avaliação no SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JÚNIOR, R. C.V.de. Estudo sobre o grau de satisfação dos usuários do serviço de transporte coletivo prestado pela empresa viação cidade Corumbá ao Município de Corumbá/MS. **RevGeoPantanal**. 2017.
- ANDRADE, R.C.A. **Gestão da qualidade**: um estudo base na avaliação dos pacientes de um hospital universitário em Belém do Pará. Orientador: Carlos André Corrêa de Mattos. 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/11348>.
- BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **RevBrasEducMed**. 2010.
- BARBOSA, M.S.; RIBEIRO, M.M.F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **RevMedMinasGerais**. 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.
- BATBAATAR, E. et al. Determinants of patient satisfaction : a systematic review. **PerspectPublicHealth**. v.20, n.10. 2016.
- BERNARDI, R.T. **A influência da comunicação médica nos níveis de satisfação dos pacientes: um estudo de caso**. Dissertação (mestrado em Empreendedorismo) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- BERNHART, M.H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **SocSciMed**. 1999.
- BRANDÃO, A.L.da.R.B.da.S.; GIOVANELLA, L. CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **CienSaudeColet**. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_%20slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
- _____. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Atenção Primária**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Informação e Gestão da Atenção Básica. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B.Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v.1).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019**. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece o modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 220, p. 97, nov 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, 2.ed, v.1. 2000. caderno 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf.

CAPRARA, A. RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente. **CienSaudeColetiva**. 2004.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

COULTER, A. Patient engagement – what works? **JAmbulCareManage**. Abr./jun. 2012.

CUNHA, C. L.F. et al. **Análise da Atenção Primária à saúde no Estado do Pará**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **CiencSaudeColet**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/abstract/?lang=pt>.

DINKEL, A. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care : Results from a German population-based cohort study. **PatientEducCouns**. 2016.

FERREIRA, D.C. et al. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **RevBrasEducMed**. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/M9HFWWMxnSBRyyx5MphmWQr/abstract/?lang=pt>.

FILHO, E.D.A.; DIAS, R.B.; TOLEDO JÚNIOR, A.C.C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **RevBrasEducMed**. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000400014.

FILHO, P.T.H. et al. Feedback de Usuários como Subsídio para Avaliação do Estudante de Medicina. **RevBrasEducMed**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/fYZwdBzX6nS9bnFmGr4gswk/?format=pdf&lang=pt>.

FONTENELLE, L. F. Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema único de Saúde. (Tese) (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

FUZIKAWA, A.K. O método clínico centrado na pessoa – um resumo. 2013.

GOMES, A.M.de.A. et al. Relação médico-paciente: entre desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZkpTbybS5FCcrvtBR3X3v7K/?lang=pt>.

GOMIDE, M.F.S. et al. User satisfaction with primay care : an analysis of acces and care. **Interface (Botucatu)**. 2018

GREENHALGH, T.; HEATH, I. Measuring quality in the therapeutic relationship. **The Kings Fund**. 2010.

GUIBU, I.A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **RevSaúdePublica**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?lang=pt&format=pdf>.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde”. **CienSaudeColet**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. [IBGE/2010 Estimativa 2020]. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/belem.html>.

LEVORATO, C.D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciêncsaúdecoletiva**. 2014.

MACHADO, F.A. et al. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)773](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)773).

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **HealthServRes**. 2003.

MARTÍN-FERNÁNDEZ, J. et al. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia : un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. **AtenPrimaria**. 2010.

MELO, F.de.O. **Avaliação da relação médico paciente em unidades básicas de saúde em um município no sul de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em medicina). Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2020.

MIRANDA-SÁ JÚNIOR, L.S.de. **Uma introdução à Medicina**. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2013.

PINKHASOV, R.M. et al. Are men shortchanged on health ? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. **IntJClinPract**. 2010.

RAHMQVIST, M. BARA, A.C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. **IntJQualHealthCare**. 2010.

RAMOS, V. A consulta em 7 passos. **RevPortClinGeral**, v.5, n.2. 2009.

REIS, A.T.dos; OLIVEIRA, P.de.T.R.de; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro: **Com.Inf.Inov.Saúde**, v.6, n.2, ago. 2012. Disponível em: Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado: uma ferramenta do Apoio Institucional/FESF-SUS às Equipes de Gestão da Atençã (fiocruz.br).

SÁNCHEZ-PIEDRA, C.A. et al. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe : results from Euprimarecare project. **QualPrimCare**. 2014.

SESMA - Secretaria Municipal de Belém. **Distribuição das unidades de saúde da família e cobertura populacional – SET/2020**. [2020]. Mapa. Disponível em: <https://anuario.belem.pa.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/MAPA-USF-BELEM.pdf>.

SESMA – Secretaria Municipal de Belém. **Portaria n° 1098-GABS/SESMA, de 06 de setembro 2017, publicada no Diário Oficial do Município de Belém N° 13.359, de 11 de setembro de 2017**. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2017. Belém: SESMA, 2017. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Plano%20Municipal%20de%20Saude_2018-2021-%20SESMA%20BELEM-PA.pdf.

SILVA FRANCO, A.L.e.; BASTOS, A.C.de.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **CadSaúdePública**, v.21. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MR6GzjRdxPT8Z9TZDVKZ8WG/?lang=pt>.

SOUTO, L. R. F.; DE OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **SaúdeDebate**, v. 40. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?lang=pt&format=pdf>.

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos institucionais. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas Pública. **RevSaúdePública**, v. 34. jun, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WmH6wLKd4vXgSC9gnfFkMXG/?lang=pt>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. et al. **Patient-centered medicine : transforming the clinical method**. 3. ed. Londres: CRC Press. 2013.

THOMPSON, L.; McCABE, R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care : a systematic review. **BMCPsychiatry**. 2012. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-12-87.pdf>.

VAITSMAN, J. ANDRADE, G.R.B.de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **CiêncSaúdeColet**. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf).

VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. et al. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ9) in primary care : development and psychometric evaluation. **GenHospPsychiatry**. 2004. Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/260389455_A_patient-doctor_relationship_questionnaire_PDRQ-9_in_primary_care_development_and_psychometric_evaluation.

VASCONCELOS, C.; BUSSINGER, E.C.de.A. Relação médico-paciente na assistência em contexto pandêmico: responsabilidades e vulnerabilidades dos sujeitos. Brasília: **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. Brasília**, v.10. n.2. abr./jun. 2021.

WANG, Q. et al. Consultation length, process quality and diagnosis quality of primary care in rural China : A cross-sectional standardized patient study. **PatientEducCouns**. 2022.

WOLLMANN, L. **Avaliação da relação médico-paciente**: tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. 2017. 76 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) -Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2017.

WOLLMANN, L. et al. Adaptação transcultural do instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. **RevSaudePublica**. 2018.

ZHOU, Y. et al. Doctor-patient relationship improved during COVID-19 pandemic, but weakness remains. **BMC Farm Pract**. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Baseado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

O Senhor está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “**Avaliação da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA)**”. Esta pesquisa está sendo realizada pela discente **Maria Izabela Silva Vidal**, aluna do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Prof. Dra. **Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto**, como Trabalho de Conclusão de Curso. O período de realização desde estudo é de julho de 2021 até outubro de 2022.

O objetivo deste estudo é avaliar a relação entre o médico e os pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Terra Firme, a partir da entrevista dos pacientes que se consultam nessa unidade de saúde.

Esta pesquisa pretende entrevistar 300 pacientes que recebem atendimento médico pela ESF Terra Firme e que se enquadrem nos seguintes critérios: indivíduos maiores de 18 anos, alfabetizados, que tenham recebido pelo menos dois atendimentos médicos na ESF Terra Firme até o momento da entrevista e aceitaram participar da pesquisa.

Os pacientes serão convidados a preencher dois questionários onde serão feitas perguntas sobre: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, presença de doença, acesso a serviços de saúde dentro e fora da ESF, e a sua opinião sobre a qualidade da consulta médica que recebe na ESF.

Haverá um risco mínimo para os voluntários da pesquisa, incluindo: não entendimento do que se quer avaliar, desconforto no momento da pesquisa (invasão de privacidade) e perda da confidencialidade dos dados.

Esses riscos serão atenuados através da garantia do esclarecimento do voluntário sobre o conteúdo da pesquisa e dos questionários; garantia de recusa ao preenchimento de qualquer um dos itens do questionário; e garantia do sigilo às informações obtidas.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização desta pesquisa. Os questionários serão preenchidos de modo anônimo e não haverá divulgação de qualquer informação que possa levar à identificação do participante.

O sigilo das informações fornecidas pelos participantes também será garantido por meio da codificação da sua identidade; cuidado no armazenamento dos dados; incineração dos questionários preenchidos, bem como exclusão do banco de dados um mês após o fim da pesquisa.

Não existe qualquer benefício direto em participar deste estudo. Entretanto, esta pesquisa tem o potencial de trazer benefícios indiretos, pois poderá servir de base para o desenvolvimento de projetos para melhorar o serviço de saúde local. Além disso, poderá ajudar a comunidade científica, enriquecendo o conhecimento sobre a relação entre o médico e o paciente, bem como sobre a qualidade dos serviços de saúde no Brasil.

Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelas condutas da pesquisa, os participantes terão direito a indenizações legalmente estabelecidas.

O Senhor (a) tem direito a se manter informado a respeito de todos os resultados obtidos. O Senhor (a) poderá consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Este trabalho será realizado com recursos próprios da autora e não receberá financiamento de nenhuma instituição de pesquisa.

A participação nesta pesquisa não gera despesas aos voluntários em qualquer fase do estudo.

O Senhor (a) não receberá qualquer pagamento por sua participação na pesquisa. O Senhor (a) é livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Responsáveis:

Prof. Dra. Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto: (91) 8115-9094

Maria Izabela Silva Vidal: (91) 98870-7749

DECLARAÇÃO:

Declaro que fui informado sobre o propósito da pesquisa; e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de sigilo sobre os dados e o direito a esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação não tem despesas, que tenho garantia de acesso aos resultados da pesquisa e que tenho direito de desistir de participar da pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Belém, _____, de _____ de _____

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS/UFPA)

Endereço: Av. Perimetral, Campus Profissional, Complexo de sala do ICS, sala 14 – Guamá.

Telefone: (91) 3201-7735

Email: cepccs@ufpa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1

- 1) Idade _____ anos
- 2) Sexo :
- Masculino ()
- Feminino ()
- 3) Escolaridade :
- Ensino Fundamental ()
- Ensino Médio ()
- Ensino Superior ()
- 4) Estado Civil :
- Solteiro (a) ()
- Casado (a) ()
- Separado (a) ()
- Viúvo (a) ()
- 5) Renda Mensal :
- Até 1 salário mínimo ()
- De 2-4 salários mínimos ()
- >ou= 5 salários mínimos ()
- 6) É portador de doenças crônicas (exemplo: diabetes, hipertensão arterial e câncer):
- Sim ()
- Não ()
- 7) Possui plano de saúde :
- Sim ()
- Não ()
- 8) Você é atendido pelo mesmo médico sempre?
- Sim ()
- Não ()
- 9) Quanto tempo geralmente dura a sua consulta na ESF?
- Até 10 min ()
- De 11 a 20 min ()
- Mais de 20 min ()
- 10) Você se consulta fora da ESF?
- Sim ()
- Não ()
- 11) Se sim, como você avalia o atendimento fora da ESF?
- Ruim ()
- Regular ()
- Bom ()
- Excelente ()

APÊNDICE C – VERSÃO EM ARTIGO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM (PA)

RESUMO

Introdução: A relação médico-paciente é fundamental no contexto do atendimento em saúde e o perfil sociodemográfico, bem como as condições de acesso a serviços de saúde, podem influenciar o nível de satisfação dos pacientes com a consulta médica. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA). **Métodos:** trata-se de um estudo observacional, analítico-descritivo, do tipo transversal, em que se entrevistou pacientes de uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA), no período de dezembro de 2021 a maio de 2022. Utilizou-se o “Questionário da relação médico-paciente” (*Patient-doctor relationship questionnaire 9/PDRQ-9*) e um questionário para caracterização de fatores sociodemográficos e de acesso a serviços de saúde. **Resultados:** A amostra foi composta por 234 pacientes (intervalo de confiança = 95% e erro amostral = 5%). 61,6% tinham idade inferior a 50 anos, 78,6% do sexo feminino, 56,4% apresentaram nível médio, 51,3% eram solteiros, 83,3% possuíam renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo e 94% não possuía plano de saúde. O escore global do nível de satisfação dos pacientes atendidos na unidade de saúde foi de 3,8 ($\pm 1,08$). Não houve diferença do nível de satisfação com a relação médico-paciente quanto faixa etária, sexo, estado civil, renda mensal, presença de doenças crônicas, acesso a plano de saúde e avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF. Houve diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação dos pacientes quanto à escolaridade, ao atendimento pelo mesmo médico, ao tempo de consulta e aos que se consultam fora da ESF. **Conclusão:** Em geral, os pacientes da unidade de saúde apresentaram grau moderado de satisfação com o atendimento médico recebido no local. Houve pouca associação entre nível de satisfação e fatores endógenos ao paciente estando relacionado a fatores externos, os quais são passíveis de intervenção seja pelo (s) profissional (is) seja pela gestão administrativa. A escassez de trabalhos baseados no questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente limitou a comparação dos dados deste estudo com outros mostrando que, ainda, há muito a caminhar em direção ao atendimento das políticas de Humanização da Atenção e da Gestão e de Monitoramento e Avaliação no SUS.

Palavras-chave: relações médico-paciente; atenção básica; satisfação do Paciente.

INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente (RMP) é um fator fundamental no contexto do atendimento em saúde, pois pode influenciar a satisfação, o estado de saúde dos pacientes e a qualidade dos serviços de saúde.¹

A RMP está inerente à prática médica e se altera conforme as mudanças que ocorrem na sociedade.² De acordo com Vasconcelos e Bussinguer³, por exemplo, o contexto da pandemia de COVID-19 pode ter provocado uma simetralização da RMP, em que os pacientes passaram a enxergar o profissional da saúde não mais como uma imagem endeusada e inatingível, mas como um ser humano, também, passível de vulnerabilidades e de fragilidades.

Historicamente, a medicina se desenvolveu de modo a priorizar as doenças e seu processo de diagnóstico, em detrimento da pessoa. Esse método clínico (também denominado

“método clínico” ou “método convencional”) mostrou-se insatisfatório, tanto à real eficácia em prover as necessidades de saúde dos pacientes, quanto em relação à satisfação dos médicos com o seu trabalho. Por outro lado, autores têm apresentado o método clínico centrado na pessoa como uma abordagem integral e humanística, que, além de manter a resolubilidade das ações, valoriza o paciente como protagonista de sua própria saúde e instiga-o a ter um papel ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado.^{1,2,4}

Os pacientes possuem um papel importante no cuidado com a própria saúde, portanto o médico deve estar apto a desenvolver uma comunicação satisfatória, possibilitando que esses entendam as informações referentes a sua saúde, bem como tenha o poder de tomar decisões compartilhadas com o profissional.⁵

No Brasil, A RMP é fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente para assegurar a longitudinalidade (continuidade) do cuidado aos pacientes, característica central desse nível assistencial.^{6,7} Países com APS forte apresentam melhores indicadores de saúde quando comparados com países que apresentam APS fraca.⁸

Muitos pacientes atendidos em serviços de atenção primária no Brasil não têm suas expectativas satisfeitas e grande parte das causas dessa insatisfação estão relacionadas a deficiências na qualidade da relação com o médico.⁹

Estudos têm sugerido a possibilidade de uma correlação entre o nível de satisfação dos pacientes e fatores relacionados às condições dos serviços de saúde (qualidade técnica e habilidade interpessoal dos profissionais, ambiente físico, acesso aos serviços de saúde etc.), bem como às características sociodemográficas dos pacientes (como idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil e estado de saúde). Muitos estudos avaliaram a relação médico-paciente, porém com métodos diferentes para mensurar o nível de satisfação do paciente.¹⁰

Batbaatar et al.¹⁰ verificaram que os indicadores de qualidade dos serviços de saúde são os determinantes mais influentes da satisfação do paciente, sendo que a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais da saúde é o determinante principal. Dessa forma, dados sobre a percepção do paciente em relação ao serviço recebido em uma unidade de saúde podem ser úteis para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria do serviço e o aumento da satisfação dos usuários.¹¹ No entanto, verifica-se uma escassez de pesquisas acadêmicas nacionais que avaliem o nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico recebido em unidades de saúde da família.

Em 2012, o Ministério da Saúde apresentou a proposta de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do Serviço Único de Saúde”, que abrange, dentre outros itens, a realização de pesquisas para averiguar a satisfação dos usuários.¹² Em 2019, como parte de uma nova política de financiamento da APS chamada “Previne Brasil”, o Ministério da Saúde criou uma estratégia de avaliação da APS, que inclui a utilização de instrumentos padronizados e validados no Brasil e no exterior, como o *Net Promoter Score*, o *Primary Care Assessment Tool* e o *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9*.¹³

Esses instrumentos permitem a avaliação da APS quanto à longitudinalidade e a atributos, bem como possibilitam comparações temporais e de base geográfica, tanto no contexto nacional, como em comparações internacionais.¹⁴

O *Patient-Doctor Relationship Questionnaire 9* (PDRQ-9) é um instrumento que avalia a relação médico-paciente a partir da perspectiva do paciente, permitindo conhecer o nível de satisfação com o atendimento médico.¹⁵

Partindo da hipótese de que o nível de satisfação dos pacientes com a RMP pode variar conforme seu perfil sociodemográfico e as condições de acesso a serviço de saúde, o objetivo deste trabalho é investigar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA) a partir da utilização do questionário PDRQ-9.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo observacional, analítico-descritivo, do tipo transversal, que buscou avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA) a partir da utilização do questionário PDRQ-9.

População e amostra de estudo

A população do estudo foi composta por pacientes maiores de 18 anos que recebem atendimento médico através da Estratégia Saúde da Família de Terra Firme (ESF Terra Firme). A seleção da amostra foi por conveniência. Os pacientes recrutados foram aqueles que estiverem presentes na ESF Terra Firme para consulta médica, no momento da coleta de dados na unidade. Para o cálculo amostral foi considerado o número médio de atendimento em um mês (600) na ESF, frequência máxima de 50%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Desse modo, estimou-se uma amostra de 234 participantes.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, alfabetizados, que haviam recebido pelo menos dois atendimentos médicos na ESF Terra Firme até o momento da entrevista e aceitaram participar da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado. O critério de exclusão adotado foi: pacientes que não conseguirem responder a todos os questionários propostos.

Coleta de dados

Coletou-se os dados através da utilização de dois questionários, aplicados, mediante entrevista, no período de dezembro de 2021 a maio de 2022.

Os pacientes foram abordados de forma individualizada na ESF Terra Firme, no momento anterior ou posterior à consulta médica.

Primeiramente, realizou-se a coleta de dados sociodemográficos e de dados referentes à utilização de serviços de saúde, aplicando um questionário composto de onze itens, denominado “Questionário Sociodemográfico”, o qual foi elaborado com base em Melo¹⁶. As informações obtidas através desse questionário permitiram verificar as seguintes variáveis: características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, presença de doenças crônicas) e acesso a serviços de saúde (acesso a plano de saúde, acesso ao mesmo médico nos atendimentos recebidos pela ESF, tempo da consulta médica na ESF, acesso a serviços médicos fora da ESF e avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF).

Em seguida, para coleta de dados sobre a satisfação do paciente em relação ao atendimento médico, aplicou-se o PDRQ9 adaptado ao português, que consiste em um questionário composto por nove itens. Cada item do instrumento é uma afirmação acerca de diferentes aspectos psicossociais da relação médico-paciente (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade). O paciente responde o quanto concorda com cada afirmação em uma escala Likert de cinco pontos (1 = não concordo até 5 = concordo totalmente). Em uma população, pode-se calcular o escore de cada item através da média aritmética das respostas daquele item, bem como um escore geral, por meio da média aritmética das respostas dos nove itens.¹⁷

Análise dos dados

Os dados foram armazenados através do programa Microsoft Office 365: Excel. As características sociodemográficas e de acesso a serviços de saúde foram apresentadas por meio da estatística descritiva. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e percentuais, enquanto as variáveis numéricas, por meio de mediana e desvio-interquartil. As

variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade e homogeneidade das variâncias pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, respectivamente.

Além disso, calculou-se as medidas de tendência central e de dispersão do escore global de satisfação no PDRQ9, bem como dos escores obtidos em cada um dos nove itens avaliados nesse questionário.

Classificou-se o nível de satisfação de acordo com o escore obtido: 1 = totalmente insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3= nem satisfeito nem insatisfeito, 4= satisfeito, 5 = totalmente satisfeito.

Para avaliar a relação entre os níveis de satisfação no PDRQ9 e as variáveis referentes ao “Questionário Sociodemográfico”, utilizou-se os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e pós-teste de Dunn. As análises estatísticas foram realizadas no Bioestat 5.3. O nível de significância adotado foi de 5%. Os resultados obtidos foram representados por meio de tabelas.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob o parecer 5.033.223 e CAAE 50104721.3.0000.0018.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 234 pacientes (intervalo de confiança = 95% e erro amostral = 5%). A maioria dos participantes tinha idade inferior a 50 anos (61,6%). Além disso, a maior parte era do sexo feminino (78,6%). Mais da metade apresentou escolaridade de nível médio (56,4%). Mais da metade dos participantes eram solteiros (51,3%). A maioria possuía renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo (83,3%). Apenas um participante referiu renda familiar maior ou igual a cinco salários-mínimos. Além disso, a grande maioria não possuía plano de saúde (94,0%). Mais detalhes sobre as características demográficas e de acesso dos pacientes a serviços de saúde encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas e de acesso a serviços de saúde de pacientes atendidos na ESF da Terra Firme e medianas do escore PDRQ-9 para cada variável.

Variáveis	N = 234	Mediana (IIQ*)	Valor-p
Faixa Etária			
<ou= 30 anos	35 (15,0%)	3,80 (1,80)	p = 0,057
31-40 anos	35 (15,0%)	3,40 (1,65)	
41-50 anos	74 (31,6%)	3,90 (2,08)	
> 50 anos	90 (38,5%)	4,40 (1,78)	
Sexo			
Feminino	184 (78,6%)	3,95 (2,00)	p = 0,500
Masculino	50 (21,4%)	4,20 (1,68)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	86 (36,8%)	4,40 (1,68)	p = 0,004
Ensino médio	132 (56,4%)	3,80 (1,90)	
Ensino Superior	16 (6,8%)	3,20 (2,25)	
Estado Civil			
Solteiro	120 (51,3%)	3,90 (1,90)	p = 0,589
Casado	91 (38,9%)	4,00 (1,95)	
Separado	8 (3,4%)	3,60 (2,03)	
Viúvo	15 (6,4%)	4,30 (0,95)	

Renda Mensal			
Até 1 salário mínimo	195 (83,3%)	4,00 (2,05)	p = 0,583
2-4 salários mínimos	38 (16,2%)	4,10 (1,60)	
>ou= 5 salários mínimos	1 (0,4%)	-	
Portador de Doenças Crônicas			
Sim	108 (46,2%)	4,10 (2,00)	p = 0,511
Não	126 (53,8%)	3,95 (1,88)	
Possui plano de saúde			
Sim	14 (6,0%)	4,40 (1,10)	p = 0,507
Não	220 (94,0%)	3,95 (1,93)	
Atendido pelo mesmo médico sempre			
Sim	120 (51,3%)	4,60 (1,70)	p < 0,0001
Não	114 (48,7%)	3,40 (1,95)	
Tempo de duração da consulta			
Até 10 minutos	52 (22,2%)	3,00 (1,85)	p = 0,001
11-20 minutos	98 (41,9%)	4,15 (1,78)	
Mais de 20 minutos	84 (35,9%)	4,30 (1,75)	
Consulta fora da ESF			
Sim	115 (49,1%)	3,80 (1,90)	p = 0,014
Não	119 (50,9%)	4,30 (1,85)	
Como avalia o atendimento fora da ESF N = 115			
Ruim	4 (1,7%)	3,00 (1,33)	P = 0,270
Regular	43 (18,4%)	3,40 (1,70)	
Bom	56 (23,9%)	3,80 (1,93)	
Excelente	12 (5,1%)	4,40 (0,88)	

Fonte: Elaboração própria.

*IIQ: intervalo interquartilico.

Na Tabela 2 são apresentadas as pontuações obtidas em cada item do questionário PDRQ-9 e o escore global do nível de satisfação dos pacientes atendidos na ESF foi de 3,8 (\pm 1,08), indicando um grau moderado de satisfação. A mediana do escore obtido através do PDRQ-9 para cada variável independente, bem como o valor-p respectivo é apresentado na Tabela 1.

Tabela 2 – Nível de Satisfação com a Relação Médico-Paciente na ESF Terra Firme, medido através do PDRQ-9.

ITEM	ESCORE
1. Meu médico me ajuda	3,94 \pm 1,12
2. Meu médico tem tempo suficiente para mim	3,49 \pm 1,51
3. Eu confio no meu médico	3,93 \pm 1,24
4. Meu médico me entende	3,89 \pm 1,20
5. Meu médico se dedica a me ajudar	3,91 \pm 1,26
6. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas	3,85 \pm 1,29
7. Eu consigo conversar com o meu médico	3,94 \pm 1,25
8. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece	4,06 \pm 1,19
9. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico	3,16 \pm 1,57
Global	3,8 \pm 1,08

Fonte: elaboração própria com base em Wollmann¹⁵.

Não houve diferença do nível de satisfação com a relação médico-paciente quanto à faixa etária ($p=0,057$), ao sexo ($p=0,500$), ao estado civil ($p=0,589$), à renda mensal ($p=0,583$), à presença de doenças crônicas ($p=0,511$), ao acesso a plano de saúde ($p=0,507$) e à avaliação do atendimento médico recebido fora da ESF ($p=0,270$).

Entretanto, houve diferença estatisticamente significativa no nível de satisfação dos pacientes em relação à escolaridade ($p= 0,004$). Observou-se que os pacientes com ensino fundamental apresentaram um nível maior de satisfação do que os com ensino médio ($p < 0,05$). Entretanto, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa do escore PDRQ-9 ao se comparar os pacientes com ensino fundamental e aqueles com ensino superior. Do mesmo modo, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação do escore de pacientes de nível médio com aqueles de nível superior.

Além disso, o nível de satisfação dos pacientes que são atendidos pelo mesmo médico sempre foi maior do que o daqueles que não são ($p < 0,0001$).

Houve também diferença estatisticamente significativa do nível de satisfação em relação ao tempo de consulta ($p=0,001$). Os pacientes com tempo de consulta de até 10 minutos apresentaram nível de satisfação menor que o daqueles com tempo de consulta maior ($p < 0,05$).

Entretanto, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que recebiam atendimento médico com duração de 11 a 20 minutos e aqueles que recebiam o atendimento com duração maior que 20 minutos.

Além do mais, constatou-se que os pacientes que se consultam fora da ESF foram mais críticos em relação à avaliação, tendo apresentado nível de satisfação significativamente menor ($p = 0,014$).

DISCUSSÃO

Em relação às características sociodemográficas referentes à amostra desse estudo, observou-se que a maioria dos participantes tinham idade inferior a 50 anos. Esse resultado é compatível com o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de APS descrito por Guibu et al.¹⁸, os quais verificaram uma maior proporção de usuários de faixas etárias mais jovens nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Pesquisas realizadas no estado do Pará mostraram resultados similares aos do presente estudo que o gênero masculino ainda não procura os serviços prestados pela Unidade de Saúde tanto quanto o gênero feminino.¹⁹ O distanciamento dos homens em buscar atendimento para questões de saúde é uma realidade também observada em outras regiões do Brasil e do mundo.^{18,20} Os valores da cultura masculina envolvem comportamentos de risco à saúde, de modo que a forma como os homens constroem e vivenciam a sua masculinidade reflete no processo saúde-doença dessa população.²³ Apesar de os homens possuírem maiores taxas de morbimortalidade, eles são mais resistentes a buscar atendimento na atenção primária. Os homens, geralmente, procuram os serviços de saúde em idade mais avançada e, provavelmente, com sintomas.²⁰ Autores têm apontado que o público masculino passou a ter uma atenção especial para suas demandas de saúde, apenas, 80 anos após a implementação de políticas voltadas à saúde da mulher. Estudos também referem que os serviços ofertados nas unidades de saúde são, predominantemente, não destinados ao público masculino. Além disso, autores sugerem que a cultura patriarcal e machista associa a ideia de virilidade aos homens, instigando-os a não valorizarem o autocuidado e a procurarem às ESF com menos frequência.²¹

Levorato et al.²¹ verificaram que indivíduos do sexo feminino e pertencentes à faixa etária de 26 a 49 anos procuram por serviços de saúde com mais frequência. Por outro lado, ser do sexo masculino está dentre os fatores associados a não procura por serviços de saúde.

Desse modo, essas informações também respaldam os resultados encontrados nesse trabalho.

Quanto ao nível de escolaridade, estudos realizados no Pará demonstraram que a região Metropolitana I, na qual se insere o município de Belém, possui o maior percentual de indivíduos com ensino médio (completo ou incompleto) dentre as regiões de saúde do estado¹⁹, similarmente ao observado.

Em relação ao estado civil, mais da metade informou ser solteira, dado não compatível com pesquisas realizadas no estado do Pará, nas quais mais da metade das amostras referiram estar casada ou em união estável. No “Questionário Sociodemográfico” aplicado neste estudo, entretanto, não havia um item que especificasse situações de união estável, podendo ter superestimado a porcentagem de solteiros encontrada neste estudo. No estudo realizado por Guibu et al.¹⁸, as proporções de união estável entre os usuários da APS foram maiores no Norte e no Nordeste, em comparação às demais regiões brasileiras.

Com relação à renda familiar, o estudo realizado por Dinkel et al.²² corrobora o observado no presente estudo ao mostrar que a assiduidade frequente nas consultas com o médico da família esteve associada à menor renda e ao não exercício de atividade remunerada. Além disso, pessoas com baixo nível socioeconômico têm menos cobertura de planos de saúde, e, por conseguinte, buscam os serviços do SUS com mais frequência quando precisam de atendimento em saúde.²³ Isso, também, pode justificar o fato de a quase totalidade dos participantes deste estudo ter informado não possuir plano de saúde. Guibu et al.¹⁸ verificaram que menos de 10% dos usuários da APS no Brasil possuíam plano de saúde, com maior proporção na região Sul e menor na Norte.

Quanto ao grau moderado de satisfação, uma pesquisa obteve o escore de $3,55 \pm 1,08$ ao aplicar o PDRQ-9 em uma UBS do estado¹⁶, comparável ao do presente trabalho. Um estudo realizado com usuários da APS na Comunidade de Madri (Espanha) mostrou uma média de $4,41 \pm 0,77$ no PDRQ-9.²⁴ A escassez de trabalhos que aplicaram o questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente na APS foi um fator que limitou a comparação dos dados deste estudo com outros resultados. Existem muitos estudos que avaliaram a relação médico-paciente, porém com métodos diferentes para mensurar o nível de satisfação do paciente.¹⁰

Em geral, os estudos sobre a influência de características sociodemográficas na satisfação dos pacientes apresentam grande variabilidade nos métodos utilizados e nos resultados obtidos, não permitindo a observação de associações consistentes. Sendo assim, há necessidade de mais trabalhos sobre como as diferenças culturais, comportamentais e sociodemográficas afetam a satisfação, usando um questionário padronizado.¹⁰

Quanto ao item 9 do PDRQ-9 (Eu acho fácil ter acesso ao meu médico), Wollmann et al.¹⁷ destaca a possibilidade de estudos qualitativos contribuírem para a definição de uma sentença mais adequada para o item 9 do PDRQ-9 adaptado para o contexto brasileiro, visto que, segundo Starfield⁶, o significado do termo “acesso” pode abranger não apenas a disponibilidade do médico, mas também pode estar relacionado à organização do serviço de saúde. No presente estudo, este item foi o que apresentou o menor escore podendo reforçar a proposição de adaptação.

No Brasil, qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde é o principal objetivo da Política de Humanização da Atenção e da Gestão, criada, no SUS, em 2003, com vistas a proporcionar um serviço de saúde com boas práticas de gestão, essencial para evitar fenômenos desumanos, como filas, insensibilidade dos trabalhadores da saúde diante do sofrimento das pessoas, tratamentos desrespeitosos, degradação de ambientes, dentre outros.²⁵ Há necessidade de melhorias na organização dos serviços das Unidades Básicas de Saúde do Estado do Pará, buscando facilitar a marcação de consultas, diminuir o tempo de espera para o atendimento, dentre outras medidas para facilitar o acesso dos pacientes.¹⁹

Neste estudo, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas

do nível de satisfação dos pacientes em relação à faixa etária, ao sexo, ao estado civil, à renda, ao diagnóstico prévio de doenças crônicas, ao acesso a plano de saúde e à avaliação do atendimento médico recebido em outros estabelecimentos de saúde. Por outro lado, constatou-se que os pacientes com ensino fundamental apresentaram um nível maior de satisfação do que os com ensino médio. Resultado compatível com o de Rahmqvist e Bara, que observaram que pacientes com menor nível de educacional apresentaram maior nível de satisfação.²⁶ No entanto, a literatura tem apresentado resultados controversos em relação à possível associação entre educação e nível de satisfação dos pacientes, provavelmente devido à grande variabilidade de métodos utilizados.¹⁰

Nesse sentido, é importante destacar que as avaliações positivas realizadas pelos pacientes não necessariamente indicam que houve uma avaliação crítica do atendimento que receberam.²⁷ Sabe-se que nas pesquisas sobre a satisfação de usuários pode haver vieses, como o *gratitude bias*, isto é, o sentimento de gratidão do paciente os leva a estabelecer avaliações positivas, com pouca criticidade.²⁸ Em países subdesenvolvidos, também pode haver viés devido ao receio que pacientes têm de perder acesso aos serviços de saúde, evitando, assim, avaliações negativas sobre o serviço.²⁹ É importante destacar também que, segundo Van der Feltz-Cornelis et al., é possível que a aplicação do PDRQ-9 fora do ambiente físico da unidade de atenção primária forneça resultados mais fidedignos.³⁰

Além disso, observou-se que os pacientes que são atendidos pelo mesmo médico sempre apresentaram maior nível de satisfação, corroborando o estudo de Sánchez-Piedra et al. realizado na Europa, o qual concluiu que se consultar com o mesmo médico sempre produz um efeito positivo sobre a satisfação do paciente.³¹ De acordo com Starfield, é essencial que os indivíduos possam ter uma fonte continuada de atenção, assegurando o princípio da longitudinalidade da atenção à saúde do paciente.⁶

Com relação ao tempo de consulta, o resultado encontrado está de acordo com Gomes et al.³², segundo os quais os pacientes tendem a valorizar os atendimentos em que o médico disponibiliza maior parte do seu tempo para escutá-lo e examiná-lo. Wang et al. e outros pesquisadores têm constatado que um tempo maior de consulta pode levar a um melhor cuidado em saúde e maior qualidade na APS.³³

Também foi constatado que os pacientes que se consultam fora da ESF apresentaram nível de satisfação significativamente menor. Tal fato pode estar relacionado com o fato de os pacientes que se consultarem fora terem uma percepção mais crítica em relação à qualidade do acesso ao serviço de saúde. Gomide et al. observaram que a satisfação dos pacientes com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde na APS é menor quando ocorrem dificuldades para marcar consulta e de receber atendimento.³⁴

Além disso, Sánchez-Piedra et al.³¹ observaram que se consultar com especialistas foi um fator que influenciou negativamente a satisfação com o atendimento recebido na APS. Segundo esses autores, o encaminhamento a um médico especializado é algo certamente importante para os pacientes, no entanto, essa experiência requer coordenação e continuidade do cuidado. Como os cuidados primários e especializados, geralmente, são realizados em ambientes separados, podem ocorrer falhas nessa transição e, por conseguinte, redução da continuidade.³¹

CONCLUSÃO

Em geral, os pacientes apresentaram grau moderado de satisfação com o atendimento médico recebido. Houve pouca associação entre nível de satisfação e fatores endógenos ao paciente. Dentre os fatores sociodemográficos analisados, apenas o nível de escolaridade esteve associado com a satisfação dos pacientes. Por outro lado, o nível de satisfação esteve relacionado a fatores externos aos pacientes (atendimento pelo mesmo médico, tempo de consulta e atendimento em outros locais). Esses fatores estão relacionados ao serviço de

saúde prestado, sendo, portanto, passíveis de intervenção seja pelo (s) profissional (is) seja pela gestão administrativa.

A escassez de trabalhos que aplicaram o questionário PDRQ-9 para avaliação da relação médico-paciente na APS foi um fator que limitou a comparação dos dados deste estudo com outros resultados. Dessa forma, é necessária a realização de mais estudos que avaliem o nível de satisfação do paciente com o atendimento médico e os fatores associados, a partir de métodos padronizados e validados que mostrem o quanto, ainda, há de caminhar em direção ao atendimento das políticas de Humanização da Atenção e da Gestão e de Monitoramento e Avaliação no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira DC, Souza ID, Assis CR, Ribeiro MS. experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev. bras. educ. med.* 2014;38(2):283-288.
2. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* 3rd ed. [place unknown]: CRC Press; 2013. 443 p.
3. Vasconcelos C, Bussinger EC. Relação médico-paciente na assistência em contexto pandêmico: responsabilidades e vulnerabilidades dos sujeitos. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* 2021;10(2):89-109.
4. Barbosa MS, Ribeiro MM. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. *RevMedMinasGerais.* 2016;26 Suppl 8:216s-222s.
5. Coulter A. Patient engagement--what works?. *J Ambul Care Manage.* 2012;35(2):80-89.
6. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO; 2002.
7. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16 Suppl 1:1029s-1042s.
8. Macinko J, Satarfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *HealthServRes.* 2003;38(3):831-65.
9. Machado F, Venturini RR, Manzan AL, Silva GR. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(37):1-11.
10. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2016;137(2):89-101.
11. Andrade RC. *Gestão da qualidade: um estudo base na avaliação dos pacientes de um hospital universitário em Belém do Pará [Dissertação de mestrado].* Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará; 2014. 88 p.

12. Reis AT, Oliveira P, Sellera PE. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Com.Inf.Inov.Saúde*. 2012;6(2).
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 220 nov 2019;Seção 1.
14. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(4).
15. Wollmann L. Avaliação da relação médico-paciente: tradução e validação do Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. 2017. [Dissertação de mestrado em Epidemiologia]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2017. 76 p.
16. Melo F. Avaliação da relação médico paciente em unidades básicas de saúde em um município no sul de Santa Catarina [Trabalho de conclusão de curso de medicina]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2020.
17. Wollman L, Hauser L, Mengue S, Agostinho M, Roman R, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. Adaptação transcultural do instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2018;52.
18. Guibu I, Moraes J, Júnior A, Costa E, Acurcio F, Costa K, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Suppl 2-17s.
19. Cunha C, Alvarenga E, Ferreira G, Cabral K, Sá N. Análise da Atenção Primária à saúde no Estado do Pará. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2022. 277 p.
20. Pinkhasov RM, Wong J, Kashanian J, Lee M, Samadi DB, Pinkhasov MM, et al. Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *Int J Clin Pract*. 2010;64(4):475-87.
21. Levorato CD, Mello LM, Silva A, Nunes A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(04):1263-74.
22. Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Bräler E, Häuser W. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1213-1219.
- 23 Fontenelle LF. Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema único de Saúde [Tese de doutorado em epidemiologia]. Pelotas: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 2017.
24. Martín-Fernández J, Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabjal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de

familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010;42:196-203.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 242 p.

26. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(2):86-92.

27. Filho E, Dias R, Toledo A. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. *Rev. bras. educ. med*. 2018;42(4).

28. Vaitsman J, Andrade GR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *CiêncSaúdeColet*. 2005;10(3).

29. Bernhart MH, Wiadnyana IG, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *SocSciMed*. 1999;48(8):989-96.

30. Van der Feltz-Cornelis C, Oppen P, Marwijk H, Beurs E, Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *GenHospPsychiatry*. 2004;26(2):115-20.

31. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S, Santamera A. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *QualPrimCare*. 2014;22(3):147-55.

32. Gomes AM, Caprara A, Landim L, Vasconcelos M. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis*. 2012;22(3):1101-1119.

33. Wang Q, Adhikari S, Wu Y, Sunil T, Mao Y, Ye R. Consultation length, process quality and diagnosis quality of primary care in rural China: A cross-sectional standardized patient study. *PatientEducCouns*. 2022;105(4):902-908.

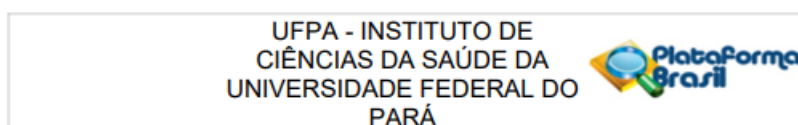
34. Gomide M, Pinto I, Bulgarelli A, Santos A, Gallardo M. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):387-98.

ANEXO A – PATIENT – DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ9)

Quadro. Versão final do PDRQ-9 em português brasileiro.

Apresentação
<p>Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:</p>
Opções de resposta
<p>1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente</p>
Itens do instrumento
<p>Meu médico me ajuda. Meu médico tem tempo suficiente para mim. Eu confio no meu médico. Meu médico me entende. Meu médico se dedica a me ajudar. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas. Eu consigo conversar com o meu médico. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico.</p>

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BELÉM (PA)

Pesquisador: IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50104721.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.033.223

Apresentação do Projeto:

Uma relação médico-paciente (RMP) desenvolvida de maneira satisfatória é fundamental para o estabelecimento de um serviço de saúde de boa qualidade, influenciando desfechos em saúde e adesão ao tratamento. No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), a RMP é essencial para o estabelecimento da longitudinalidade, característica central desse nível assistencial, impactando em melhores indicadores de saúde quando comparados com países que apresentam APS fraca. No entanto, verifica-se uma escassez de pesquisas nacionais que Em 2019, o Ministério lançou o programa "Previne Brasil", que prevê a avaliação da APS através da utilização de instrumentos validados e padronizados, dentre os quais, o questionário PDRQ9. Dessa forma, pretende-se conhecer a percepção do usuário em relação ao serviço recebido em uma unidade de saúde da família em Belém. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal por meio de dois questionários sobre dados sociodemográficos e "Patient-Doctor Relationship Questionnaire" (PDRQ9). Como anseio dos possíveis resultados coletados, espera-se evidenciar uma ferramenta útil para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria do serviço e o aumento da satisfação dos usuários, fornecendo subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas visando o aperfeiçoamento dos serviços prestados na APS no município de Belém (PA).

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.033.223

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da relação médico-paciente em uma unidade de saúde da família no município de Belém (PA).

Objetivo Secundário:

• Conhecer as características sociodemográficas dos pacientes atendidos no local de estudo. • Caracterizar o acesso dos pacientes ao serviço de saúde. • Verificar o nível de satisfação dos pacientes com o atendimento médico recebido no local de estudo. • Averiguar se características sociodemográficas e fatores relacionados ao acesso ao serviço de saúde influenciam o nível de satisfação dos pacientes atendidos no local de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos para os voluntários são mínimos, incluindo o não entendimento do que se quer avaliar, desconforto no momento da pesquisa (invasão de privacidade) e perda da confidencialidade dos dados. Esses riscos serão minimizados através da garantia do esclarecimento do voluntário sobre o conteúdo da pesquisa e dos questionários; garantia do anonimato dos participantes; garantia de liberdade para não responder questões constrangedoras; atenção do entrevistador aos sinais verbais e não verbais de desconforto; garantia de que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização desta pesquisa; e garantia de sigilo das informações fornecidas pelo participantes (através da utilização de códigos de pesquisa, cuidado na armazenagem dos dados, incineração dos questionários preenchidos, bem como exclusão do banco de dados um mês após o fim da pesquisa).

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os voluntários da pesquisa. Há potenciais benefícios indiretos para a comunidade do local de estudo, como avaliação do serviço médico fornecido e possíveis subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas; e para a comunidade científica, como subsídio para estudos comparativos nos níveis nacional e internacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº4.946.548, que depois de ser analisado por este colegiado entende-se como resolvidas as pendências citadas no parecer.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.033.223

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797199.pdf	01/09/2021 15:58:42		Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_SESMA.pdf	01/09/2021 15:58:22	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	01/09/2021 15:56:35	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	23/07/2021 18:49:51	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Encaminhamento_CEP.pdf	23/07/2021 18:49:09	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Orçamento	Isencao_Onus.pdf	23/07/2021 18:48:56	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/07/2021 18:48:22	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Orientador.pdf	23/07/2021 18:47:47	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia_ESF.pdf	23/07/2021 18:47:22	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2021 18:47:07	IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.033.223

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 12 de Outubro de 2021

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br