



**ANTONIO MENEGHETTI FACULDADE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ONTOPSICOLOGIA**

ROULA KOZAK

**PARTICULARIDADES PSICOLÓGICAS DA RELAÇÃO DE
FIDELIZAÇÃO ENTRE PACIENTES E MÉDICOS ESPECIALISTAS
EM DERMATOLOGIA**

RECANTO MAESTRO

2014



ROULA KOZAK

**PARTICULARIDADES PSICOLÓGICAS DA RELAÇÃO DE
FIDELIZAÇÃO ENTRE PACIENTES E MÉDICOS ESPECIALISTAS
EM DERMATOLOGIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de
Especialização em Ontopsicologia como requisito parcial
para obtenção do título de especialista em Ontopsicologia.

Orientador: Me. Erico Azevedo

RECANTO MAESTRO

2014

KOZAK, Roula.

Particularidades psicológicas da relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia/ RoulaKozak. –Recanto MaestroRS, 2014.

93f. : il. ; 21cm29,7cm.

Orientador: Me. Erico Azevedo

Monografia (Especialização em Ontopsicologia)– Faculdade Antonio Meneghetti, 2014.

Bibliografia: f. 86-90.

1. Ontopsicologia. 2. Medicina. 3. Dermatologia. 4. Ontopsicologia.
I. Azevedo, Erico. II. Título.



ROULA KOZAK

**PARTICULARIDADES PSICOLÓGICAS DA RELAÇÃO DE
FIDELIZAÇÃO ENTRE PACIENTES E MÉDICOS ESPECIALISTAS
EM DERMATOLOGIA**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Ontopsicologia como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Ontopsicologia.

Banca Examinadora:

Orientador:

Me. Érico Azevedo

Antonio Meneghetti Faculdade – AMF

Membro:

Me.

Antonio Meneghetti Faculdade – AMF

RECANTO MAESTRO

2014



RESUMO

KOZAK, Roula. **Particularidades psicológicas da relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia**. 2014. 53 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Ontopsicologia. Antonio Meneghetti Faculdade. Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*—Especialização Ontopsicologia, Recanto Maestro, 2014.

Estudar as características da interação entre médico e paciente na prática dermatológica para esclarecer se o modo da interação entre eles é determinado por características pessoais do médico. Na pesquisa participaram 26 médicos dermatologistas e 20 pacientes. Destes, 04 médicos foram entrevistados, bem como 05 dos seus pacientes. Foram aplicados os seguintes questionários: Método locus de controle, Big 5, Diferencial pessoal, SF 36, Questionário biográfico, Questionário do autor para estudar o caráter da interação médico paciente. Foi realizada a análise do conteúdo e a análise comparativa relacionadas ao sexo e nacionalidade (brasileiros e italianos), descobrindo-se diferenças significativas nas respostas sobre o sentido e valores na profissão, na percepção dos pacientes. A análise de correlações das características psicológicas dos médicos mostra que o parâmetro Conscienciosidade e abertura mostrou ligação com a avaliação dada pelos médicos sobre os aspectos da sua própria profissão. Traçamos o perfil do médico preferido tanto pelos próprios médicos quanto pelos pacientes: trata-se de uma pessoa bastante aberta, sendo mais neutra do que emocional, mais formal do que informal, e ao mesmo tempo alegre, afetivo, acessível.

Conclusões da pesquisa: A pesquisa mostrou que as características principais que se revelaram mais relevantes na interação entre o médico e o paciente são: conscienciosidade, estabilidade emocional, abertura e a compreensão de que ser médico é servir ao paciente (ajudar ao próximo e a sociedade em geral).

Palavras-chave: Interação médico paciente.



ABSTRACT

KOZAK, Roula. **Psychological peculiarities of the loyalty relationship between patients and physicians specialist in dermatology**. 2014. 53 p. Course Conclusion Paper on Specialization in Ontopsychology. Antonio Meneghetti College. Post-Graduation Course *Lato Sensu*—Specialization in Ontopsychology, Recanto Maestro, 2014.

To study the characteristics of the interaction between doctor and patient in dermatological practice to explain whether this interaction is determined by the personal characteristics of the doctor. The participants of this research were 26 dermatologists and 20 patients. Of these, 04 physicians were interviewed, as well as 05 of their patients. The following questionnaires were applied: Locus of control, Big 5, Personal differential, SF 36, Biographical Questionnaire, Questionnaire of the author to study the nature of the doctor-patient interaction. It was performed the content analysis as well as the benchmarking analysis related to sex and nationality (Brazilian and Italian). It was found significant differences in answers both about meaning and values in the profession, in the perception of the patients. The correlation analysis of the psychological characteristics of the physicians shows that the Conscientiousness parameter and openness had connection with the evaluation given by the doctors on the aspects of their own profession. We mapped the profile of the ideal doctor, both by the physicians themselves and by the patients: he or she should be a very open person, being more neutral than emotional, more formal than informal, while being cheerful, affectionate and accessible. The research showed that the main characteristics that proved to be the most important in the interaction between the physician and the patient were: conscientiousness, emotional stability, openness and the understanding that to be a doctor is to serve the patient (to help others and society in general).

Keywords: Doctor-patient interaction.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Anos de trabalho.....	39
Gráfico 2 – Carga Horária	40
Gráfico 3 – Portador de doença crônica e Distúrbio Psicológico.....	40
Gráfico 4 – Estado de Saúde.....	41
Gráfico 5 – Comparativo com outras pessoas	41
Gráfico 6 – Concepção da profissão médica	43
Gráfico 7 – Grau de satisfação com a profissão	44
Gráfico 8 – Aspectos positivos na experiência atual.....	44
Gráfico 9 – Na profissão médica aprecia.....	45
Gráfico 10 – Aspectos negativos na experiência atual	45
Gráfico 11 – Percepção dos pacientes pelos médicos	46
Gráfico 12 – preferência de comunicar com paciente	47
Gráfico 13 – Resultado do teste diferencial pessoal.....	48
Gráfico 14 – Tipo de Atendimento.....	48
Gráfico 15 – Dedicção na Consulta	49
Gráfico 16 – Atenção Durante a Consulta.....	50
Gráfico 17 – Boa relação médico paciente.....	50
Gráfico 18 – Fidelização dos Pacientes	51
Gráfico 19 – Genitura.....	52
Gráfico 20 – Permanência com os pais	53
Gráfico 21 – Problema de saúde na infância	53
Gráfico 22 – Autonomia na infância	54
Gráfico 23 – Desejo dos pais.....	54
Gráfico 24 – Teste Locus de controle.....	55
Gráfico 25 – Resultado do teste Big Five.....	56
Gráfico 26 – Idade x Sexo*	57
Gráfico 27 – Atividade profissional x sexo*	58
Gráfico 28 – Fatores importante no trabalho x sexo*	58
Gráfico 29 – Satisfação na escolha profissional x Sexo*	59
Gráfico 30 – Concepção da profissão x Sexo*	59
Gráfico 31 – Tipo de atendimento por Gênero*.....	60

Gráfico 32 – Atenção a comunicação fisionômica do paciente * sexo	61
Gráfico 33 – Concepção da profissão médica*Nacionalidade	62
Gráfico 34 – O que aprecia na profissão*Nacionalidade	63
Gráfico 35 – Percepção do Paciente pelo Médico*Nacionalidade.....	64
Gráfico 36 – A preferência em comunicar com o paciente*Nacionalidade	64
Gráfico 37 – O paciente ideal*Nacionalidade	65
Gráfico 38 – Componentes da consulta*em termos de importância	77
Gráfico 39 – Boa relação médico paciente*em termos de importância	78
Gráfico 40 – Relação de Fidelização*em termos de importância	78
Gráfico 41 - Expectativa do paciente em uma consulta	79
Gráfico 42 – Modo do vínculo relação médico paciente.....	79
Gráfico 43 – Resultado do teste de diferencial pessoal	80
Gráfico 44 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 7 e de seus pacientes.....	81
Gráfico 45 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 20 e de seus pacientes.....	81
Gráfico 46 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 24 e de seus pacientes.....	82
Gráfico 47 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 25 e de seus pacientes.....	82
Gráfico 48 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 7* medico ideal	83
Gráfico 49 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 20* medico ideal	83
Gráfico 50 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 24* medico ideal.....	84
Gráfico 51 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 25* medico ideal.....	84
Gráfico 52 – Resultados do teste Locus de controle	85
Gráfico 53 – Resultados do teste Big5	85

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE.....	10
2.1 ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE BALINT ..	13
2.2 A RELAÇÃO MEDICO PACIENTE COMO VÍNCULO.....	17
2.3 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA ONTOPSICOLOGIA	19
2.4 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE LONGITUDINAL E LEALDADE NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	21
2.5 PARTICULARIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA	25
3 PROGRAMA E MÉTODOS DA PESQUISA	28
3.1 CAMPO PROBLEMÁTICO DA PESQUISA	28
3.2 ESCOPO E TAREFAS DA PESQUISA	29
3.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	30
3.5 MÉTODOS E PROGRAMA DA PESQUISA	30
3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DE ELABORAÇÃO DE DADOS	36
4 RESULTADOS DO ESTUDO.....	37
4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO	37
4.2 RESULTADOS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DOS MÉDICOS	39
4.3 OS RESULTADOS DA ANÁLISE COMPARATIVA	57
3.4 OS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CORRELAÇÃO	66
4.5 RESULTADOS DOS PACIENTES	75
6 CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS	88

1 INTRODUÇÃO

A arte de curar de um médico, em primeira mão, passa pelo bom resultado que alcança com seus pacientes. Um dos fatores que interfere no resultado terapêutico diz respeito à relação médico paciente ou, como chamado por alguns autores, a interação médico-cliente, pois a palavra paciente traz implícita a ideia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, o que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico. Enquanto, por sua vez, cliente denota a ideia de que o paciente é, sobretudo, um usuário ou comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que seja atendido. Do grego *klino*, de onde derivam “inclinár” e “clínica”, termo que denotava originalmente escuta atenciosa, respeito, deferência e serviço.

Diversos fatores estão envolvidos no sucesso ou fracasso deste processo de relação; confrontam-se com a atuação médica a falta de conhecimento do próprio profissional médico como pesquisador exato, a falta de conhecimento acerca do cliente como um todo integral ou conhecimento técnico, os fatores intrínsecos ao próprio paciente, os mais diversos fatores externos e, por fim, aspectos da personalidade de ambos que podem influenciar a relação médico-cliente.

A relação entre o médico e seus pacientes é um dos pilares para se construir uma relação duradoura, o que pode ser chamado de “relação de fidelização”.

Dessa forma, percebemos que a relação médico paciente é uma temática de extrema importância, que pode ser abordada sobre diversos aspectos e que pode ser estudada sob a ótica da influência dos aspectos psicológicos de ambas as partes. A partir deste estudo, o profissional médico pode obter maiores subsídios que poderão orientar sua atuação profissional tendo em vista o sucesso do trabalho.

2 ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

A relação médico paciente é o resultado entre as necessidades e exigências do paciente e as respostas do médico. Tal relação está sujeita a variadas interferências tais como a própria doença, problemas e dificuldades do que pode ser fonte de gratificação pessoal, das instituições de saúde – tanto de modo positivo, no caso de serviços bem conceituados, ou mesmo de modo negativo, quando inexistente credibilidade no serviço prestado. Este é, portanto, um assunto complexo, nem sempre claro, cuja importância faz dele uma disciplina obrigatória nas melhores faculdades de medicina do mundo, objetivando habilitar o futuro médico a ter um desempenho satisfatório e pertinente com seus clientes, de modo a reforçar a tarefa terapêutica através de uma relação profissional, segura, confiável e positiva.

A produção científica a respeito de tal relação é vasta de obras de autores médicos, muitas dessas publicações enfocam aspectos relativos à importância dela no desempenho de um bom resultado terapêutico, outras referem-se à ética, à bioética, a aspectos jurídicos e de segurança (RAMADAM, 2004). Outros estudos têm demonstrado que a relação médico paciente interfere no sucesso do tratamento, como salientado por Dixon e Seweeny (2000), que afirmam que a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do cliente, em particular.

Na contemporaneidade, a formação e o modo de atuação do médico estão permeados por uma mentalidade tecnicista (CAPRA, 1997; 2004). Na prática clínica, o médico acaba por encarar o corpo humano quase como sendo apenas uma máquina, e suas doenças como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida, levando a uma abordagem terapêutica voltada apenas ao organismo físico (CAPRA, 1997; 2004). Esta racionalidade pode gerar situações de grande dificuldade para fazer com que o paciente entenda e aceite que os aspectos psicológicos são importantes no desencadeamento de sua doença e cura (CAPRA, 1997; 2004).

A antiga relação do médico com seu paciente e a tradicional rotina vem sofrendo o dilema da novidade, cada novidade traz a atenção para o novo, negligenciando o que ocorre no transcorrer da rotina diária. O novo é o emergente que modifica a rotina; a vida cotidiana, mais conservadora e menos atraente tem dificuldades de receber atenção e, mais ainda, contribuição para seu aperfeiçoamento e melhoria.

Meira (2004) discute a vulnerabilidade da relação médico paciente e aponta para alguns aspectos como o distanciamento do médico, em relação ao paciente, provocado pelo desenvolvimento das tecnologias, a complexidade das aparelhagens; esta distância aumenta

proporcionalmente quanto mais especializada é a capacitação do profissional, que muitas vezes escondido atrás da sua aparelhagem sequer apresenta-se ao paciente, sendo maior a evasão no tratamento.

Capra (1997) considera que nem o modelo paternalista, nem o modelo informativo assimilam a riqueza do momento clínico quanto o terapêutico, e convida para repensar a relação médico paciente colocando o paciente em uma posição tão ativa quanto a do médico, na medida em que a queixa do mesmo guia o momento clínico. Este repensar do *lócus* do paciente indica um dos alvos do projeto de humanização da Medicina e o contexto para uma prática apoiada na aprendizagem, na reflexão, sem negar ou menosprezar os recursos tecnológicos presentes no cotidiano da profissão, mas utilizando-os como recursos e não como finalidades de intervenção na saúde.

Visando a este ideal, Capra (2004) propõe a inclusão de elementos das Ciências Humanas como Filosofia, Psicologia, Antropologia e Literatura na introdução da formação universitária e na educação continuada, denominando estes estudos de “humanidades médicas”, após constatar que os médicos de sua pesquisa não reconhecem os clientes como sujeitos capazes de assumir a responsabilidade e o cuidado pela sua própria saúde; além de não desenvolverem a autonomia e participação do cliente. Neste contexto se reconhece que apesar da maior atenção que a comunidade médica vem dando aos aspectos emocionais e psíquicos como sendo extremamente importantes na gênese ou desencadeamento de inúmeras doenças, é ainda, por vezes, muito difícil para o médico estabelecer com o paciente uma boa relação, saudável para ambos.

Um pré-requisito para proporcionar e instituir métodos terapêuticos que possam realmente levar o paciente a participar ativamente do processo de cura é uma relação médico paciente bem construída Caprara (2004). Logo, a partir de um contato em que o médico transmita simpatia, acolhimento, confiança, segurança e apoio, o paciente que se encontre envolvido por essas qualidades certamente acolherá de forma receptiva o que lhe for informado e proposto Caprara (2004).

Portanto, é necessário ao médico saber questionar com paciência e respeito, ouvindo e demonstrando interesse pelas demandas, validar as informações trazidas pelo cliente, ou seja, ele precisa perceber que o médico acredita em sua história e que valoriza e entende seus sentimentos e necessidades. Para isto é importante ter toda a atenção voltada ao cliente, percebê-lo emocionalmente, estar em sintonia com seu ritmo, estar atento ao seu tempo, de modo que o paciente perceba no médico alguém que sabe o que ele está sentindo Caprara (2004).

Outro ponto importante a ressaltar, segundo Soar Filho (1998), é saber avaliar as expectativas do paciente em relação ao médico, a si mesmo e à doença e procurar saber o grau de entendimento do paciente sobre sua condição, e ainda observar o seu temperamento.

A relação médico-pacientes é construída por meio não somente de processos de verbalização entre os mesmos, mas também por meio da comunicação não-verbal, que se estabelece entre os sujeitos em determinado contexto e, por sua vez, desempenha um papel importante no diagnóstico e no processo de tratamento. Assim, a comunicação não-verbal pode qualificar a comunicação verbal, estando ligada à confiança e à satisfação (STEPANIKOVA 2011). Soar Filho (1998) aponta que grandes filas, esperas longas e desconfortáveis e falta de privacidade no local de atendimento constituem ataques à autoestima do cliente, à sua saúde e aos serviços médicos. O autor ainda distingue importantes atributos relacionados ao médico para uma melhor relação, dentre os quais se destacam a empatia, no sentido de colocar-se no lugar do outro, no entanto, sem confundir-se com ele; a capacidade de conter dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos gerados pela relação com o cliente; a humildade, reconhecendo suas limitações profissionais, respeitando as verdades e crenças do cliente; não investir na tendência a se fazer portador de verdades morais válidas para seus clientes, não desqualificar as suas queixas; a curiosidade, estar aberto ao questionamento das próprias hipóteses, e às hipóteses construídas pelo cliente; capacidade de conotar positivamente, tendo disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos, a capacidade de comunicação eficiente, ou seja, de captar nexos comunicativos, incluindo não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele e de comunicar as próprias hipóteses, dentro de um ambiente de respeito para com as diferenças culturais.

A comunicação não-verbal, inclui as emoções, as mímicas faciais e corporais, as atitudes e os gestos, as mais diversas posturas e movimentos corporais, as posições que o corpo ocupa no espaço e todas as reações, inclusive viscerais, são um aspecto importante no processo de diagnóstico e tratamento de um paciente, pois reforça as mensagens verbais e colabora para a relação de confiança e satisfação. A comunicação não-verbal inclui todos os movimentos e sinais emitidos pelo corpo, tais como a fisionômica, a cinésica, a proxêmica e o campo semântico (MENEGETTI 2008).

A fisionômica é a arte de conhecer o caráter das pessoas pelos traços fisionômicos, ou seja, a forma física corresponde a um conteúdo psíquico tanto inato, quanto adquirido. Os estudos da fisionômica tiveram início na Grécia Antiga. Alguns estudiosos, como por exemplo, Sheldon, dedicaram-se ao estudo da fisionômica. Para ele, os aspectos genéticos podem ser

modificados conforme o ambiente, sendo que ele analisou os componentes primários do temperamento como viscerotônico, somatotônico e cerebrotônico (KRECH; CRUTCHFIELD, 1973).

A proxêmica, por sua vez, é a gestão do próprio corpo em relação a outro ou ao próximo, e compreende todos os movimentos que uma pessoa faz quando entra em relação com outra, incluindo a gestão do espaço e as distâncias entre os corpos. É considerada a semiologia do espaço. Hall (1986) descreve quatro zonas que regulam as relações e estabelecem os modos de comportamento entre os ocidentais, por exemplo, como a) o espaço íntimo de 45 cm é favorável aos encontros amorosos; b) o espaço pessoal como limite de domínio físico que garante a privacidade varia de 45 cm a 1,2 m, sendo a distância favorável nas relações de amizade e entrevistas; c) enquanto a distância social e pública correspondem de 1,2 m a 1,8 m e 3,5 m, respectivamente.

O corpo “fala” e se expressa por meio da comunicação cinésica, isto é, a cinésica engloba o modo de se mover, engloba qualquer movimento autônomo específico e individual que o sujeito faz quando está presente, quer fale ou não fale, como tocar o nariz, cruzar as pernas, etc. Bitti (1997), por exemplo, admite a existência de movimentos de músculos faciais para cada estado emotivo primário. Weil e Tompakow (1986) descreve em torno de 350 ilustrações de expressão corporal no livro *O corpo fala*.

Meneghetti (2008) afirma que quem consegue realizar a leitura exata das linguagens fisionômica, cinésica e proxêmica do corpo, é capaz de ter a forma da natureza, pois estas se revelam por projeção, ou seja, não são comandadas pela linguagem verbal. Assim podem desempenhar um instrumento de extrema importância para o médico, facilitando a sua diagnose e o tratamento por entender melhor o seu paciente e assim estabelecer uma comunicação efetiva.

Em um estudo de comunicação não verbal, avaliando a postura corporal, contato dos olhos, sorriso e o toque, mostrou-se que as atitudes dos médicos foram diferentes ao atender pacientes de diferentes etnias, adotando uma postura mais aberta, alegre e próxima quando o paciente era da mesma etnia ou grupo social e, ao contrário, mostrava uma postura mais fechada quando o paciente era diferente (STEPANIKOVA, 2011).

2.1 ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE BALINT

O conhecimento acerca das dinâmicas presentes na relação que se estabelece entre o médico e o seu paciente é incerto e escasso. Porém, algumas dessas especificidades serão a

seguir apresentadas, tendo como referência teórica as reflexões de Michael Balint, trabalhadas em seu texto “O Médico, Seu Paciente e a Doença” de 1984.

Após vários anos de discussões e seminários destinados ao estudo das implicações psicológicas da clínica médica, o clínico geral e psicanalista Balint (1984), propõe um estudo conclusivo Na história da medicina, a droga mais frequentemente utilizada na clínica é o próprio médico, isto é, não apenas importa os medicamentos, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente somado a toda atmosfera na qual a substância é administrada e recebida. Desse modo, levantou a seguinte questão: “sendo o médico em si a primeira droga a ser administrada, qual seria a dosagem e a forma de apresentação ideal para cada paciente, visando sua cura?” (BALINT, 1984, p.1). Este questionamento se tornou um dos objetivos do seminário e até mesmo o principal deles. Este ponto em questão é base da teoria de Balint, mas também aborda a organização da doença, as ofertas da doença, a sua função apostólica entre outros pontos.

O autor ainda considera o adoecer como um processo de organização da existência, a partir das experiências vividas pela pessoa, o que ele chama “doença da pessoa total”. Assim que o processo se instala, normalmente o paciente o oferta para o médico sob a forma de queixas e coloca a solução nas mãos do profissional.

A esse ponto o médico pode aceitar as ofertas e procurar compreender todo processo, para assim começar a fazer a sua desorganização em busca da cura. Ou não aceitá-lo e mesmo assim procurar chegar a cura. Diante disso, o autor começa a apontar algumas facetas dessa relação.

O primeiro ponto que o autor destaca é a falta de consciência da parte dos médicos no que se refere ao modo particular que cada um expressa suas atitudes diante de seus pacientes, ou seja, a sua personalidade e os impactos que ela tem na relação que está por se estabelecer. Ainda, o autor verifica que grande parte dos médicos acredita em um único modo possível, natural ou o mais inteligente de se posicionar diante de um fato. E aponta que todo médico tem uma ideia inabalável, ainda que vaga, de como o paciente deve se comportar; o quanto deve suportar; o que deve esperar; e posteriormente, quando intervir, revelar sua opinião de como deveria ser a atitude própria e adequada em relação a esses conhecimentos. A isso, o autor denomina de “função apostólica” (BALINT, 1984, p.185); concluindo que esta função é mais observada quando o problema do paciente envolve aspectos éticos.

Contudo se pensarmos que o médico é uma pessoa flexível e que permite que se estabeleça uma variedade de relações entre ele e seu paciente, essa elasticidade tem em seus fatores individuais, aspectos limitantes no exercício habitual da prática médica.

Um dos fatores limitantes trata de um conflito de sentimentos. Nesses casos, todo médico procura a solução que satisfaz pelo menos os seus sentimentos, isso influenciará as suas condutas e portanto poderá limitar a sua elasticidade profissional. Outros fatores levantados dizem respeito a carências de capacidade e sensibilidade psicológica, atribuídas pelo autor à formação e educação médica tradicional. Tal formação “distanciada”, visa evitar situações que possam desembocar em problemas pessoais do profissional, como tentativa de resolução de tal envolvimento e possível tensão, o médico mais uma vez proclama as próprias soluções individuais acesos pela função apostólica, fomentada pelas instituições de ensino que os formam. Outras esferas dessa função tangem o papel do médico como padre confessor, por exemplo, e indica que o melhor caminho para o médico desenvolver a capacidade psicoterápica é tomar consciência da sua compulsiva função apostólica para que então não a pratique de modo automático.

Ainda dentro do domínio desta função, o médico para provar a ele mesmo em primeiro lugar e, posteriormente para seus pacientes, se coloca a uma imagem idealizada de ser um profissional competente, bondoso e capaz de ajudar, mesmo sabendo que nem sempre isso é possível. A forma para confirmar tais qualidades é aliviar o sofrimento humano a toda forma, o que por vezes pode levar a efeitos indesejáveis, como colocar a perder os esforços de fazer um diagnóstico ou até mesmo terminar em desastres.

Confortar em si é bom e pode desempenhar efeitos de uma droga poderosa com excelentes benefícios quando usada corretamente. O problema reside no seu uso exagerado ou fora de hora, impulsionado pelo desejo de ser bom e útil ou acobertar incapacidade técnica. Em contrapartida verifica-se a necessidade compulsiva de alguns pacientes em ter que provar que seu médico é inútil e para atender a si mesmo neste desejo “exige-se” esse tipo de médico.

Todo médico cria, consciente ou inconscientemente, uma atmosfera singular, devida a sua forma particular de praticar a medicina. Tão logo ele trata de converter seus pacientes para que eles o aceitem. Para mostrar tal característica basta usar os fenômenos mais importantes da função apostólica. Sem dúvida, o médico não pode evitar ser ele mesmo, por mais elástico que se mostre na sua prática médica, o mesmo deve satisfazer o seu impulso de zelo apostólico. Quanto aos pacientes, em regra geral, eles que se convertem, e aqueles que os fazem podem aproveitar os serviços do seu médico.

Balint conclui que o estudo da “função apostólica” é talvez o modo mais direto de se estudar os efeitos principais da substância do médico e seu efeito terapêutico ou não. Para analisar os efeitos secundários da droga “médico”, Balint convida para avaliar os fatores que determinam o desenvolvimento de atitudes dependentes e infantis ou de independência do

paciente quanto a sua doença. Para o autor, essas atitudes são inerentes a doença e de acordo com as características individuais do paciente, sendo relacionadas, determinadas ou reforçadas pela interação entre o paciente e seu médico. Partindo do princípio que todo médico acredita que as atitudes do paciente são de grande importância para o sucesso do tratamento, ele assume a tarefa de educar o paciente, para que este colabore com o mesmo.

A resposta mais comum que o médico contrapõe às ofertas e exigências de um paciente é dar uma solução racional, entretanto, há uma interface embutida em dar algo bom ou um motivo que justifica uma determinada receita, é descarregar a culpa sobre o paciente e lhe atribuir a responsabilidade de não melhorar, caso contrário sobra para o médico o peso de ser causa do sofrimento já que não pode curar ou aliviar.

Os fatores envolvidos em estabelecer uma relação de dependência infantil entre paciente e o médico são muitos. Podemos destacar dentre eles, a natureza da doença em si, a personalidade do paciente e por fim os credos apostólicos do médico. O problema consiste em saber o grau de dependência que é desejável para uma terapia bem sucedida, e o quanto estas atitudes se tornam um obstáculo para alcançar os objetivos propostos. Todas essas perguntas não têm respostas bem fundamentadas e o que vale é o bom senso, o que vai constituir um guia fidedigno de confiança de cada um, conforme seu credo apostólico. Destaca Blint que a função de educação entre médicos e pacientes é bilateral, esta influência mútua é um processo complexo, existem muitas recordações comuns de fatos bons e outros ruins levando a uma satisfação ou frustração mútuas.

A relação médico e paciente é muito difícil de descrever do ponto de vista psicológico, pois não se trata de amor, nem amizade, nem respeito ou de identificação recíproca, embora certo grau de todos esses elementos contribua para sua formação. Balint (1984, p. 216) então a define como “companhia de investimento mútua”, pois cada uma das partes ganha como capital valioso investido no outro, tal capital se forma pelas experiências comuns vividas, e assim ao longo dos anos de vinculação com paciente, o médico passa a saber de uma esfera de conhecimento extraordinária e totalmente desconhecida pela ciência médica e o paciente sabe quanta ajuda pode ter e o tipo de ajuda que pode esperar do seu médico.

Em conclusão, a ação farmacológica do remédio médico se dá através da relação médico paciente na qual cada um colabora para ganhar confiança de outro de modo a produzir benefícios adequados para ambos. Tal relação seria um privilégio restrito ao clínico geral, que não alcança, de modo geral, o especialista por diferentes aspectos. O especialista carece dessas informações, mas ele tem entendimento da doença como problema mais científico e menos humano, ele conta com a vantagem que o paciente o considera como autoridade superior. Outro

aspecto que difere, é a própria relação casual e de pouco contato com paciente. Pois um dos fatores que constitui a companhia de investimento mútuo é a duração do vínculo.

Embora o autor tenha abordado seu estudo em um tempo que não havia as especialidades, somente o clínico geral, hoje podemos dizer que tal relação não se limita a ele, pois atualmente a medicina é fragmentada. Também acrescentamos o fato de que há a cultura disseminada entre os pacientes em procurar o especialista diretamente, mesmo sem antes consultar o clínico geral. Aliás a função do clínico normalmente se limita as consultas de emergência ou as primeiras consultas e o mesmo encaminha para o especialista. Então, de modo geral, os homens tem relação mais estreita com os especialistas em cardiologia e urologia e esses muitas vezes fazem o papel de clínico e de médico de confiança, enquanto as mulheres tem relação mais forte com o ginecologista e ele tem papel de clínico.

Em outro aspecto conhecido de muitos, cada sujeito normalmente apresenta um órgão preferencial ou mais sensível de manifestar o sintoma, de acordo com a demanda de cada um, desenvolve a relação com respectivo especialista. Então quando o órgão preferencial é a pele, isso não é raro, o paciente necessita de longos períodos de acompanhamento com um especialista. Outro aspecto se refere à dimensão da prevenção, cada vez mais presente no conceito de saúde. Cuidar-se, preocupação estética e bem estar, essas demandas fazem do médico especialista em dermatologia um aliado por longos períodos permitindo a construção de tal relação.

2.2 A RELAÇÃO MEDICO PACIENTE COMO VÍNCULO

Se existe um consenso entre as tantas teorias psicológicas, é que o ser humano não pode se desenvolver sozinho. A dimensão social-relacional da vida humana é essencial para inserção do indivíduo na cultura. Desde a aquisição da linguagem, passando pela apreensão da realidade até a compreensão das próprias emoções, todos estes processos apenas ocorrem graças às relações que os indivíduos estabelecem uns com os outros dentro de seus grupos sociais.

A mais antiga destas relações que estabelecemos ao longo da existência, é comumente, com a mãe. Se não com a mãe biológica, com um adulto cuidador que exerce tal função de figura materna. A maneira como essa primeira relação acontece é determinante para a constituição e mesmo para “humanização” do ser que acaba de nascer. Muitos teóricos já se dedicaram ao estudo dessa relação tão peculiar entre a mãe e o seu bebê.

A experiência de vinculação é fundamental para o desenvolvimento saudável dos indivíduos. É a partir dos vínculos estabelecidos, que a diferenciação do Eu e do mundo

acontece; que se desenvolve o sentimento de segurança; que se torna possível o sentimento de empatia para com os outros.

Vínculo significa “ligar-se a algo ou alguém”. O indivíduo procura vincular-se a outras pessoas, mas também vive relações de vínculo com objetos ou lugares que frequenta, atribuindo a essas pessoas, objetos, lugares toda uma carga afetiva e mnemônica ao longo de sua existência. É o vínculo estabelecido entre indivíduos que garante a formação da coesão do grupo, em última instância é o que está na base civilização.

Pichon-River (1988) psicanalista argentino de abordagem psicossocial, teve sua colaboração mais importante na formulação da teoria de vínculo. Para ele, a relação entre o sujeito e objeto é a forma particular que cada um, em cada momento, cria uma estrutura dinâmica. Esta estrutura engloba o sujeito e objeto em mútua inter-relação. Pichon-River na elaboração de sua teoria detalha os tipos de vínculos que verifica e nomeia como os normais, os vínculos normais alterados e os vínculos patológicos.

De acordo com o autor, o vínculo normal se caracteriza como aquele que se firma entre um sujeito e um objeto onde há diferenciação entre ambos. Ou seja, quando ambos têm livre escolha de objeto e se compreendem como distintos. No outro extremo desta relação, quando objeto e sujeito são totalmente indiferenciados, temos o exemplo do recém-nascido e sua mãe. Esta relação de caráter simbiótico evolui ao longo do tempo na medida em que ocorre a diferenciação e a separação, até alcançar os limites precisos. É importante ressaltar que o autor não acredita na existência de vínculos entre objetos totalmente diferenciados, vendo aí inclusive um paradoxo.

O autor ainda pontua que as relações estabelecidas com o mundo são mistas, um indivíduo vive vários tipos de vínculos concomitantemente, assim pode estabelecer de um lado um certo tipo de vínculo e de outro um vínculo distinto, e dessa forma um grupo social pode ganhar uma forma múltipla de significância.

Assim, os fenômenos sociais como as relações entre o indivíduo com seus pais, irmãos, a pessoa objeto de amor, ambiente de trabalho ou com seu médico são experiências de vínculo. Nesta perspectiva, a relação médico paciente é um vínculo terapêutico que se estabelece ao longo do tempo, na medida em que se constroem laços afetivos, imbuídos de confiança recíproca. Mas nem sempre essa relação traz benéficos resultados, poisna falta de certas características, ou na presença de traços psicóticos na personalidade do médico, estar-se-á diante de patologias da relação médico-cliente, assim denominada por Zimmerman (1992). Nesses casos pode se instaurar relações cujo vínculo é de complementaridade entre as necessidades neurológicas, ou seja, mais regressivas, de ambos, médico e cliente.

De acordo com Gomes (2009) o conceito de vínculo, apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão. Como as relações com linhas de duplo sentido, os compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa. Depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

O vínculo é ainda considerado uma dimensão da Atenção Primária à Saúde (APS) e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Ou seja, o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

2.3 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA ONTOPSICOLOGIA

Do ponto de vista da ciência Ontopsicológica, Meneghetti (2010) aborda o homem como protagonista responsável por sua vida e cada ser humano como único em um conjunto, em constante interação entre si e outras pessoas, objetos, situações, encontrando-se em díades que configuram interações dinâmicas e cada realidade é e existe enquanto estabelecida por uma relação.

O termo díade surgiu no final do século XIX pelo sociólogo Simmel como forma sociológica mais simples para designar um grupo de dois elementos, contudo suas extensões e multiplicações não se esgotam. Para ele, a díade é uma associação, e mesmo que o grupo de dois funcione em comunidade autônoma, super individual, para seus participantes funciona de outra forma. Cada qual se sente apenas confrontado com o parceiro e não com a sociedade que lhe fica sobreposta. A estrutura social, aqui, repousa igualmente sobre os dois, sendo que o desvio de qualquer deles significaria a destruição e que na relação da díade para com seus dois membros, diversa daquela dos grupos maiores para com seus componentes. Portanto, esta relação depende de cada um dos seus componentes (CARDOSO, 1976). Nessa pesquisa, não utilizaremos o conceito de díade em sentido sociológico, mas sim em sentido Ontopsicológico.

Para Meneghetti (2010, p. 235) a díade é o proceder da vida, pois a vida está sempre em relação. O autor conceitua a díade como sendo “um movimento a dois, onde um movente não pode agir sem o coincidente heteromovente”. Segundo este autor, “o conceito da díade é

mais forte na simbiose porque implica em absoluta necessidade do outro” e que o homem vive bem e se realiza na medida em que os conjuntos funcionam (MENEGHETTI, 2010, p. 235).

Existem várias díades, das quais a mais importante no sentido de que necessária para todos os seres humanos é a díade primitiva de mãe/filho, que caracteriza a relação simbiótica que existe entre os dois de forma que a mãe possa atender e realizar todas as necessidades do bebê. A criança aprende os seus primeiros modos emotivos e lógicos no interior dessa relação diádica, ou seja, aprende a si mesmo como a mãe o educa e filtra a realidade. O problema é que a criança apreende e depois pelo mesmo tipo de modelo que não funciona fora da relação com a mãe.

No entanto a díade fundamental na evolução histórica do ser humano é a díade entre Eu lógico histórico e o Em Si ôntico, ou seja, entre ser e existência, e essa sofreu um desvio, o homem mesmo vivendo a realidade de natureza não consegue sincronizar ao seu projeto o conhecimento lógico adequado, o que o leva à angústia e patologia existencial (MENEGHETTI, 2010).

A relação médico paciente seria então, uma díade, mais especificamente a díade provisório-ocasional, que caracteriza relações profissionais transitórias.

Na relação diádica cada polo possui uma vetorialidade para si, porém o interrelacionar-se cria uma nova direção, sendo que a tarefa do sujeito é qualificar a sua unidade no conjunto e não sofrer a relação. Para se ter uma relação médico paciente de valor, ou seja, fiel aos seus objetivos, o médico deve seguir alguns critérios e certos comportamentos para se manter vigilante. O primeiro critério a ser adotado é deter-se e observar a situação no momento da relação, estando atento à própria percepção organísmica, parar por um instante e fazer registro nas entradas e saídas de cada relação a cada paciente, ou seja, é fundamental conseguir vigiar constantemente, sem se permitir que as emoções do paciente tomem conta, para poder friamente fazer escolhas assertivas, e individualizar a solução exata, não sabemos as motivações dos outros. O segundo discernimento é ter claro o escopo da relação e sempre fazer-se a pergunta que diz respeito a por qual motivo está nesta relação, o que busca realmente o paciente (MENEGHETTI, 2010). O erro, geralmente, atua-se na confusão e, portanto, colhe resultado de perda justamente por não manter a postura racional e sim emotiva, como de piedade, amizade, *feeling*, ou outros. O terceiro ponto a seguir é manter o próprio profissionalismo e uma profunda dignidade de si mesmo. Profissionalismo no sentido de fazer sempre o ponto máximo de vantagem para mim, não só no trabalho mas todos os campos, e dignidade como estética ao nosso intelecto. Ou seja, a perfeição do nosso intelecto, e isso é fundamental a todo profissional em sua área de atuação, pois desse modo é possível desenvolver o valor por si

mesmo com sua díade fundamental de ser- existência e o valor de sua atuação profissional, bem como não perder o escopo da relação e do trabalho desenvolvido (MENEGETTI, 2010). Na prática da relação médico paciente, o médico jamais deve perder sua posição de terapeuta e jamais se aproveitar do paciente para satisfazer interesses pessoais de qualquer natureza. Sempre preservar o segredo médico e seu compromisso com o Juramento Hipocrático.

Um aspecto perigoso desta relação é o vício, tanto pela parte do médico em manter o paciente em dependência na gratificação de poder sob a ajuda, que da parte do paciente em querer a gratificação, atenção e acolhimento. Sob este enfoque, a ciência Ontopsicológica aponta o critério de exatidão do pesquisador para exercício da ciência (MENEGETTI, 2010). Neste caso, na pessoa do médico, na qualidade de homem de ciência “certifica de ser pessoa exata ao demonstrar externamente funcionalidade circular a si mesmo” (MENEGETTI, 2010, p. 143) o que estabelece que o sujeito seja sadio. Importante destacar que a sanidade do organismo humano, ao final, é uma harmonia determinada pela coincidência de todas as funções do corpo. Portanto, a exatidão do pesquisador diz respeito aos critérios de subjetividade, conforme Meneghetti (2010, p. 1) como funcionar em crescimento de modo circular e contínuo correspondente a si mesmo; 2) ter consciência uniforme à intencionalidade de natureza; 3) ter univocidade de percepções, 4) ser capaz de mudar a realidade em vantagem própria a cada desafio ou situação problema, e por fim, 5) ser um sujeito não só destituído de dificuldades somáticas ou neurológicas, mas também que evidencia o desaparecimento de sintomas e erros, e obtém resultados práticos de sucesso em sua atividade profissional e em todas as dimensões de sua vida. Ao se ter estes critérios de modo simultâneo, é possível conferir exatidão à pessoa do médico.

2.4 RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE LONGITUDINAL E LEALDADE NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

A construção de uma relação médico paciente terapêutica eficaz, é o coração e a arte da medicina e os benefícios de longo prazo são conhecidos como os melhores diagnósticos, a redução do abandono do paciente e de internação e de custos (SUKI, 2011; STARFIELD, 1998).

O conceito de longitudinalidade significa a relação pessoal entre médico e o paciente (STARFIELD, 1998), além de ser uma relação duradoura é caracterizada por confiança e responsabilidade e, para Oliver (1999) a lealdade é um profundo compromisso de recompra

um produto/serviço preferido consistentemente no futuro, causando repetitivas compras do mesmo tipo, apesar de influências esforços de *marketing*.

Torres, Vasquez-Parraga, Barra (2009) e Suki Norazah (2011) pesquisaram a relação de lealdade dos pacientes com médicos. Segundo esses autores os pacientes tornam-se fiéis aos seus médicos por meio de um processo longo, e que confiança, satisfação e compromisso dos clientes são condições fundamentais.

Analisando a relação médico–paciente duradoura, logo pensamos em outras formas de díade, já que o homem colhe sempre a relação segundo aspecto de memória e não segundo pelo qual a ação da vida põe naquele momento, assim o indivíduo convive com outro que lhe repita o mesmo estilo de díade aprendido com a mãe, troca a pequena família pela grande sociedade e nesta, o indivíduo encontra os pontos de apoio seja no amigo, médico, instituição, sempre fazendo sempre escolhas baseadas em repetir a díade matriz, ou seja, faz seleção temática e esse constitui o problema fundamental do homem (MENEGETTI, 2008).

São quatro os tipos de díade segundo mesmo autor; no primeiro tipo destaca a díade tanática-regressiva onde o eu do filho converte unicamente em direção da mãe, reduzindo o filho à dependência do seu eu, excluindo o mesmo do nascimento do próprio eu. Este tipo é redutivo para os dois polos.

O segundo tipo de díade chama-se repetitiva–obsessiva, onde a criança não tem a possibilidade de crescimento, mas simplesmente repete sem ganho mental mantendo-se em ciclo biológico.

A díade evolutiva, ao contrário da primeira, é provocatória e estimulante do nascimento do eu, um dos polos é a garantia de crescimento ao outro, por sua vez pode distinguir dois subtipos: como díade provisória atuante e díade metafísica, quando o polo mais forte coligado à vida fazendo a função de mediador funcional dela.

Dessa forma o modo da díade na relação médico paciente pode substituir qualquer um dos modelos anteriores.

Partindo do princípio de que a saúde é sempre um critério de boa conduta com a grande lei da vida, diante de um indivíduo doente logo pensamos nas escolhas em que esse indivíduo fez contra si, enquanto que o cliente que procura o médico com atitude de prevenção e cuidado pode ter outro tipo de díade.

A satisfação do paciente pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDER-PELZ, 1982). Estas avaliações expressariam uma “atitude”, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (SITZIA; WOOD, 1997).

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à “satisfação do paciente” para aumentar adesão do mesmo ao tratamento. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1988) permitiu avançar no sentido de incorporar os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento.

A avaliação dos serviços, segundo Donabedian (1978), comporta contemporaneamente duas dimensões que devem ser consideradas: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos mesmos. Para o autor, o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo ao entender o cuidado médico, apesar de não poder ser um indicador direto ou indireto, mas apenas aproximado, da qualidade do cuidado à saúde. A insatisfação do paciente e muitas das reclamações são devido a avaria na relação médico paciente (HÁ; ANAT; LONGNECKER 2010).

Existem vários modelos e instrumentos de pesquisa que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos (LINDER-PELZ, 1982; KLOETZEL et al., 1998; URDAN, 2001).

Uma das críticas mais frequentes às pesquisas de satisfação recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico (SITZIA; WOOD, 1997). O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência.

Outra crítica é a ausência de consequências práticas dessas avaliações: elas produzem efetivamente uma melhoria na qualidade dos serviços? Basta dizer que alguns estudos apontam que as avaliações longitudinais muitas vezes mostram resultados decrescentes, já que a visão e postura crítica dos entrevistados tende a aumentar com o passar do tempo, de modo geral.

No ano de 2000 a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao

de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. As pesquisas sobre responsividade consideram dois elementos: 1) o primeiro é medir o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde, o que implica coletar dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde; 2) o segundo é medir como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam o que acontece.

Trata-se, portanto, de dois procedimentos distintos quanto ao desempenho do sistema de saúde. Uma coisa é medir o que acontece, e outra é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece, uma vez que as pessoas podem ter uma percepção negativa – ou positiva – sobre o sistema de saúde, mesmo que indicadores sobre o que acontece apontem o contrário (OMS, 2000).

Mesmo assim o foco é o cliente, de acordo com a pesquisa desenvolvida por Graminignano (2009). Praticamente em todos os setores e todos os níveis da instituição que está sendo avaliada por meio de uma pesquisa de satisfação passou-se de uma lógica de venda do produto à venda de serviços, sendo o *marketing*, nesta interrelação, a capacidade de criar uma relação cliente-empresa (cliente-instituição) que seja satisfatória para ambos.

Bernabei (2009) sustenta que em uma atividade de serviço desenvolvida a favor do cliente, deve estar satisfeito em 100%. Para isso, deve ser definido o nível de qualidade a atingir no serviço prestado, tendo presente o paciente em todas as suas necessidades primárias e secundárias naquele ramo.

A percepção do mundo de um sujeito pode ser definida em termos físicos, biológicos e fisiológicos. Neste âmbito, a percepção inicia-se através dos sistemas sensoriais, os quais começam a operar quando um estímulo é detectado por um neurônio sensitivo. Este converte a expressão física do estímulo (luz, som, calor, pressão, paladar, cheiro) em potenciais de ação, que o transformam em sinais elétricos conduzidos a uma área de processamento primário, na qual se elaboram as características iniciais da informação (cor, forma, distância, tonalidade, etc.) de acordo com a natureza do estímulo original. A informação já elaborada é transmitida aos centros de processamento secundário do tálamo nos quais se incorporam à informação outras, de origem límbica ou cortical, relacionadas com experiências passadas similares. Finalmente, bem mais alterada, a informação é enviada ao seu centro cortical específico, onde a natureza e a importância do que foi detectado são determinados por um processo de identificação consciente, denominado percepção (OLIVEIRA, 2007). Por fim, o autor afirma que a nossa percepção não identifica o mundo exterior como ele é na realidade, e sim como as transformações, efetuadas pelos nossos órgãos dos sentidos, nos permitem reconhecê-lo. Sendo assim, por mais que duas pessoas tenham a mesma arquitetura biológica e genética,

possivelmente elas percebem uma cor ou um cheiro de maneira diferente, pois isto também depende de como elas se relacionam com o mundo externo, suas experiências anteriores, etc. Dessa forma, pode-se dizer que nos encontros interpessoais, a percepção que as pessoas têm é mediada pela subjetividade, ou seja, que está por “trás” do objeto (o que provém de um sujeito enquanto agente individual ou coletivo).

No entanto, a percepção não é apenas um processo físico, biológico e fisiológico. Sob a materialidade física humana a percepção se torna um fenômeno humano, subjetivo e social, uma vez que será perpassada pelas ideias, ideologias, crenças, formas de olhar, cultura, educação, tradições, aspectos psicológicos, entre outras dimensões, consideradas importantes por um sujeito em sua história, que forjam sua percepção.

Segundo Meneghetti (2006), a percepção é a atitude para receber ou captar a ação e mensurar-lhe o valor. A percepção pode ser nativa – própria do organismo - e convencional. Para este autor, a percepção pode se subdividir em três momentos ou níveis: a) *percepção exteroceptiva*: compreende qualquer variação existente interna e externa ao organismo; diz respeito a todas as formas de sensibilidade cutânea (tátil, térmica, dolorosa), orgânica (visão, audição, olfato, paladar) e visceral ou neurovegetativa (todas as variações das funções vitais, viscerotônicas, neuromusculares e que se referem aos sistemas nervoso cérebro-espinhal e neurovegetativo, e o sistema parassimpático enquanto ainda setorial; b) *percepção proprioceptiva*: é a percepção específica, a realidade do próprio sujeito, qualquer estimulação sensorial que se torna informática única para o organismo, isto é, cada setor do organismo é informado. Este conhecimento pode estar baseado no córtex cerebral ou no rinencéfalo, passando pela formação reticular, que faz sinapses a todo o organismo e que possui importância para a percepção orgânica. E, por fim, c) a *percepção egoceptiva*: quando selecionadas pelos dois níveis precedentes e reportados ao Eu consciente voluntário e operativo, estas informações chegam alteradas e específicas segundo a função do sujeito que a metaboliza.

2.5 PARTICULARIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NA ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA

A dermatologia se ocupa não só de prevenção tratamento de doenças de pele, mas também de cuidados com a pele, cabelos e unhas em termos estéticos, prevenção de envelhecimento assim como tratamento do envelhecimento assim como a sua forma intrínseca.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) é uma sociedade centenária pois foi fundada em 5 de fevereiro de 1912 e a segunda maior sociedade de dermatologia do mundo,

com 6300 associados, presente em 23 estados brasileiros por intermédio de suas regionais, bem como em 73 hospitais universitários credenciados à instituição e doze departamentos especializados, cada um com um coordenador responsável. A sede nacional fica na cidade do Rio de Janeiro.

A SDB (2006) realiza há 13 anos campanhas contra o câncer da pele e já recebeu do *Guinness World Records*, maior e mais respeitado órgão do segmento, a certificação por ter organizado, no dia 5 de dezembro de 2009, a maior campanha médica do mundo realizada em um único dia e a maior campanha de prevenção mundial ao câncer de pele, com mais de 34 mil atendimentos em 176 lugares em todo o Brasil.

Dentre as revistas publicadas pela SDB está os Anais Brasileiros de Dermatologia, editado desde 1925, bimestralmente, e destina-se à divulgação de trabalhos técnico-científicos, recentemente foi indexada na base Pub Med Central (PMC). Outra revista *Surgical & Cosmetic Dermatology*, editada em 2009, constitui publicação trimestral destinada a difundir a experiência brasileira nas áreas de Cirurgia Dermatológica e Cosmiatria. E, por fim, a revista da SDB, *Sensatez*, uma revista ética, séria e diversificada criada para que trouxesse o reflexo do compromisso da SDB de fazer a medicina voltada para o bem comum de todos. Outras publicações são o jornal da SDB, Atlas e o seu Boletim Eletrônico.

O processo de reconhecimento pela SDB de um dermatologista através de um título de especialista é longo, porque cumpridos os 6 anos da graduação, o médico que escolhe esta especialidade necessita submeter-se a rigorosos concursos para obtenção de uma vaga em uma das residências médicas mais disputada do país. A formação do Dermatologista consta de três anos, em período integral, nos hospitais autorizados e abrange um conteúdo extenso que vai desde as alergias cutâneas, doenças das unhas e dos cabelos, acne, infecções de pele e sexualmente transmissíveis, tumores e pintas, manchas, doenças de mucosas; até os modernos e avançados tratamentos estéticos e cirúrgicos como *peelings*, preenchimentos, aplicação de toxina botulínica, laser, etc. Após o fim do 3º ano, o residente presta outro rigoroso concurso, desta vez para obtenção do seu Título de Especialista em Dermatologia - TED, concedido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e pela Associação Médica Brasileira.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia promoveu um estudo inédito no país - O Censo Dermatológico da SDB, que apontou as doenças mais prevalentes da especialidade.

O Censo Dermatológico da SDB foi desenvolvido na semana de 22 a 26 de maio de 2006, com a participação de 916 associados da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Desses, 636 em consultórios médicos e 377 em hospitais públicos credenciados à instituição. Cerca de

10% atendiam em ambos os setores. Foram analisados os dados de 54.519 pacientes, cerca de 66% foram mulheres, 34% homens, a maioria deles brancos (78%).

A causa mais frequente de atendimento encontrada foi a acne, em 14% dos pacientes; seguida pelas micoses superficiais (8,8%) e transtornos na pigmentação (8,4%). Ressalta-se as elevadas posições da ceratose actínica (4º lugar), do carcinoma baso celular (13º) e a hanseníase em 20º; isso em geral, mas houve diferenças de acordo com a região, tipo de pele e a idade.

Quanto aos setores público e privado, dos pacientes com diagnóstico de hanseníase, 89% têm assistência médica no setor público. E, dentre os pacientes que se tratam de alopecias não-cicatriciais ou androgenética, 85% têm assistência médica no setor privado (SBD, 2006).

Segundo França Katlein (2012) na pesquisa de campo realizada no ambulatório de dermatologia da Fundação Técnico Educacional Souza Marques, em parceria com Instituto BWS, na cidade São Paulo, com 307 pacientes, o perfil dos pacientes foi 63,5% do sexo feminino e 60% variou entre 21 e 60 anos de idade, 69% não tinha preferência quanto ao sexo do médico ou sua idade. Quanto ao uso de aparelhos durante o exame 57,64% acha importante assim como a palpação das lesões. A maioria acha mais importante tratar corretamente o problema do que explicar com detalhes o problema. Quanto às características do médico foi mais importante ser detalhista e criterioso, depois sério e experiente e por fim simpático e atencioso. Por fim, a autora afirma no seu livro *Dermatologia e o relacionamento médico-paciente*, que não existem dados na literatura brasileira sobre este tema quando se trata da área da dermatologia. Isso indica a importância desta pesquisa e a necessidade de realização de pesquisas que investigam esta problemática.

3 PROGRAMA E MÉTODOS DA PESQUISA

3.1 CAMPO PROBLEMÁTICO DA PESQUISA

Atuando como médica dermatóloga desde o ano de 1997, na capital do Brasil, Brasília, a autora viu como possibilidade para o trabalho de conclusão da especialização da Universidade de São Petersburgo, verificar o perfil psicológico dos pacientes e comparar este perfil com a fidelização ao atendimento do seu médico. Empiricamente, em sua experiência, observa que os clientes de dermatologia se dividem em dois grupos: primeiro o clássico da medicina em que o paciente está em momento de fragilidade e procura a resolução do seu problema, e outro grupo mais ativo, busca pela beleza e bem estar, tem perfil diferenciado e apresenta outras exigências, como a novidade e o modismo, levando influências na relação entre o paciente e o médico.

A relação entre o médico e o paciente é de prestação de serviço, em muitos casos o médico coloca todo o poder de decisão no paciente e assume o papel de repassador de informações e executor das ações propostas pelo paciente, em outros casos o médico preserva a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. O processo ocorre em um clima de efetiva troca de informações efetivando a tomada de alguma decisão. O paciente de estética pode ser caracterizado geralmente por estabelecer relação passageira movida pela curiosidade, pela novidade, influências de pessoas formadoras de opiniões e das mídias.

Outro aspecto que rege esta relação é o custo do serviço, um dos pontos mais relevantes para decisão do cliente, dessa forma, também se dividem em dois grandes grupos: aquele que se limita a questão de preços, sem fazer questão de saber o porquê disso, o da formação do profissional do médico executor, muitas vezes se entregando para profissionais não médicos. Para outro grupo, a escolha do prestador de serviço, ou seja do médico, leva em consideração os valores profissionais, independentemente do preço.

Diante disso colocamos o **problema de pesquisa**: existe correlação entre o perfil psicológico entre médicos e clientes em relação à fidelização ao atendimento? Se existem, quais são as particularidades psicológicas que caracterizam a relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia?

3.2 ESCOPO E TAREFAS DA PESQUISA

3.2.1 Escopo da pesquisa

- Identificar os traços de personalidade de pacientes de consultórios na especialidade de dermatologia e de seus respectivos médicos; comparar as semelhanças e divergências entre os traços de personalidade dos pacientes e seus respectivos médicos;

- Estabelecer as correlações entre os traços de personalidade dos pacientes e médicos dermatologistas e a preferência ou fidelização dos pacientes.

- Traçar perfil biográfico de médicos dermatologistas em Brasília e comparar com perfil de médicos neurologistas italianos

3.2.2 Tarefas da pesquisa

- Individualizar o locus de controle dos grupos de clientes e de médicos;

- Caracterizar a estrutura da personalidade dos dois grupos em relação aos cinco grandes fatores: extroversão, autoconsciência, colaboração, estabilidade emocional; recursos pessoais;

- Comparar as visões do Eu do médico e do médico ideal na percepção dos médicos dos clientes;

- Descrever as principais características da relação médico e paciente que determinam a fidelização no atendimento clínico.

3.3 HIPÓTESE E OBJETO DA PESQUISA

3.3.1 Hipótese da pesquisa

H1 = a relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia são determinadas pela conciliação de alguns traços psicológicos de ambos.

H2 = a relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia não são determinadas pela compatibilidade entre as particularidades psicológicas de ambos.

3.3.2 Objeto da pesquisa

Características psicológicas da relação de fidelização entre pacientes e médicos dermatólogos.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa se dividem em dois grupos. O primeiro grupo constituído por 26 médicos, a maioria do sexo feminino 76,9% e 23,1% do sexo masculino, a idade variou de 36 a 65 anos, com a média de 46 anos, os casados somam a maioria da amostra (69,1%) e seguida por divorciados formando 15%, pouco menos do que a metade (42%) são brasilienses e 58% procedente de outras cidades do país.

Os profissionais são especialistas em dermatologia, entre eles 20% mestres e 7% doutores, 27% tem formação em outras especialidades e pós-graduações como clínica médica e nutrologia. Dos entrevistados 57,7% atuam em clínicas privadas no centro da cidade de Brasília e 26,9% trabalham em serviços públicos como especialistas em área de dermatologia e 15% ocupam cargos administrativos.

Faz parte dos serviços médicos o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Hospital Regional da Asa Norte, considerado hospital da Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS), e serviço médico da câmara dos deputados. A maioria com experiência clínica entre 10 a 25 anos, quanto a posição profissional atual não tinha variação em relação a tempos de atuação clínica, e por isso foi ignorada.

O segundo grupo é composto de 20 pacientes indicados por seus respectivos médicos, cada subgrupo de 5 pacientes foi escolhido por um médico, os quais se caracterizam por ter uma relação longitudinal duradoura (de três consultas referentes a um problema crônico ou diferentes problemas diferentes durante 5 anos).

3.5 MÉTODOS E PROGRAMA DA PESQUISA

Esta pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa teve como instrumentos de investigação testes padronizados, um teste biográfico e um questionário complementar elaborado pelo autor. Após a pesquisa ter a sua aprovação no Comitê de Ética, os sujeitos livremente concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e responderam questionários diferentes para cada grupo.

Os testes estandarizados como Escala de Diferencial Semântico, Big Five, Teste Locus de Controle foram os mesmos para os dois grupos.

Para os grupos dos médicos foi solicitado o teste SF 36 e teste biográfico, o questionário elaborado pelo autor foi específico para cada grupo.

3.5.1 Escalas de Diferencial Semântico

O diferencial semântico ou prova de diferencial semântico é uma ferramenta de avaliação psicológica criada por Charles Osgood, Suci e George Percy Tannenbaum em 1957 (PASQUALI, 2010) para avaliar a afetividade e as qualidades de um conceito, e as formas de quantificar o significado afetivo das atitudes, opiniões, percepções, imagem social, personalidade, preferências e interesses das pessoas e/ou pacientes frente a conteúdos voltados à sua saúde, tratamento e doença, que não são diretamente mensuráveis (LOPES et al., 2011).

Nesta técnica, o conceito a ser avaliado é colocado na parte superior de uma folha e, abaixo, são colocadas as escalas a serem julgadas e, classificadas pelos sujeitos, para caracterizar três grandes fatores: o processo apresenta um aspecto avaliatório (emocional), um de potência e um de atividade, ou seja, o significado do conceito para o sujeito varia em função desse três fatores (PASQUALI, 2010).

Os pesquisados mostram a posição de suas atitudes ou sentimentos em relação ao objeto da pesquisa em uma escala de sete pontos, as extremidades do contínuo são ancoradas por um par de adjetivos polarizados ou declarações adjetivas, com a alternativa 'neutro' no centro. O escore de cada pesquisado é realizado pela soma dos escores em todas as escalas para esse conceito (LOPES et al., 2011).

Nessa pesquisa foi usada a escala de diferencial semântico nos participantes médicos para indicar como compreendem que deve ser a atitude do médico com o paciente. As questões relativas a essa escala fizeram parte do questionário biográfico. No grupo dos pacientes essa escala foi utilizada para avaliar a compreensão dos pacientes acerca da atitude do seu médico e depois como seria a atitude do médico ideal, expondo os seguintes pares de objetos: aberto/fechado, emocional/neutro, acessível/distante, flexível/rígido, informal/formal, caloroso/frio, alegre/sóbrio.

3.5.2 Teste Big Five

Os traços de personalidade podem ser usados para resumir, prever e explicar a conduta de um indivíduo, de forma a indicar que a explicação para o comportamento da pessoa será encontrada nela, e não na situação, sugerindo, assim, algum tipo de processo ou mecanismo interno que produza o comportamento. Um dos modelos mais difundidos para descrever a estrutura da personalidade dentro da teoria dos traços é o modelo dos Cinco Grandes Fatores da personalidade, também conhecido como Big Five e se dá em razão da grande evidência de sua universalidade e aplicabilidade em diferentes contextos.

O teste foi elaborado pelo psicólogo norte americano Goldberg usado para caracterizar cinco domínios amplos que continham e resumiam a maioria dos traços de personalidade conhecidos e representavam a estrutura básica por trás de todos os demais traços de personalidade, os cinco fatores básicos desse modelo têm sido chamados no Brasil de Extroversão, Neuroticismo, Socialização, Realização e Abertura à experiência (IZABELLA, 2011).

O modelo dos cinco grandes fatores (CGF) teve suas origens na análise da linguagem utilizada para descrever pessoas. O uso de descritores de traços (geralmente adjetivos) da linguagem natural tem sido defendido como a melhor estratégia para identificar fatores que permitam entender melhor características de personalidade (BRIGGS, 1992). Esse posicionamento decorre de uma hipótese léxica que afirma que “as diferenças individuais mais significativas nas interações diárias das pessoas são codificadas na linguagem” (HUTZ et al., 1998).

Aplicado por meio de questionário com 30 adjetivos, o sujeito da pesquisa assinala em escala de sete (7) em que grau de certa características disse a respeito, depois utiliza análise fatorial como método estatístico para investigar esses traços. Este questionário foi aplicado para os dois grupos, tanto dos médicos quanto dos pacientes na tentativa de achar semelhanças ou não entre eles.

3.5.3 Teste Locus de Controle (internalidade X externalidade)

Rotter, psicólogo norte americano menciona que grau em que um indivíduo crê que sua vida se encontra sob seu próprio controle ou sob o controle dos outros (LA ROSA; DÍAZ; ANDRADE, 1986) e foi o pioneiro na investigação sobre a crença das pessoas de que sua vida está controlada por elas próprias ou pela sociedade e pelos outros (MADDI, 1980).

A pessoa que acredita ser responsável por seu destino, possui locus de controle interno (L.C.I), enquanto que a pessoa que crê que o bom e o ruim que lhe aconteça está determinado

pelo acaso, a sorte ou o poder dos demais, está orientada por um *locus* de controle externo (L.C.E).

Investigações mostram que possuir o L.C.I. relaciona-se com alguns aspectos positivos da personalidade do indivíduo, essas pessoas se inclinam a solucionar problemas para reduzir o estresse (ANDERSON, 1977); tratam de melhorar sua vida, são mais persistentes, têm elevado autoconceito e sensações de domínio do ambiente; valorizam mais o êxito e rechaçam mais o fracasso, quando os atribuem a si mesmos e têm maior necessidade de êxito (ANDRADE & REYES, 1996).

Lefcourt (1991) relata que os indivíduos com L.C.I. estão mais dependentes da informação relacionada com sua conduta futura; objetivam aumentar suas condições ambientais; atendem mais às habilidades e destrezas de êxito; estão mais preocupados por seus fracassos ou erros; resistem mais às manipulações exteriores, têm aprendizagem mais intencional, alto grau de funcionamento acadêmico e atividades mais positivas de êxito.

Os indivíduos com inclinação de L.C.E estão menos satisfeitos, faltam mais, se envolvem menos com seu trabalho, percebem-se com pouco controle sobre os resultados organizacionais importantes. Ademais, são mais condescendentes e dispostos a seguir instruções. Assim, tudo relacionado com o L.C.E tem efeitos sobre a motivação já que a expectativa de que uma consequência seja independente do comportamento diminui a motivação para controlar a consequência, a cognição interferindo na aprendizagem de conduta que poderá controlar a consequência e por fim, a emoção quando a consequência é traumática, produz temor, devido a percepção de falta de controle das consequências, o que, por sua vez, produz depressão (SELIGMAN, 1977).

Outro problema diz respeito à dificuldade em criar relações adequadas, uma vez que não acreditam que a informação interpessoal tenha um papel importante nas relações com os outros, veem a sorte, a oportunidade, o destino, a fatalidade e o poder de outros como determinantes de seus resultados (NOWICKI; Di GIROLAMO, 1989).

Os estudos sobre a externalidade-internidade têm-se entendido sobre inúmeras áreas de aplicação. Um exemplo disso são os trabalhos sobre a relação entre *locus* de controle saudável e a execução das condutas relacionadas com a saúde (BENETT et al., 1997) e parte destas investigações tem refletido uma relação positiva entre as pontuações da dimensão interna e as condutas promotoras de saúde e/ou uma relação negativa entre as pontuações da dimensão sorte e as condutas saudáveis, um estudo mostrou que diabéticos tem predominância de *locus* de controle externo (ZANETTI, 1993).

Também a psicologia do consumidor tem investigado a orientação de controle que os sujeitos têm, mostrando que os consumidores com orientação interna confiam em seu próprio conhecimento para avaliar novos produtos. Os consumidores com orientação externa dependem do conselho de pessoas externas para que lhes guiem na escolha de algum produto (SHIFFMAN; KANUK, 1997).

Considerando a importância do estilo de personalidade, estabeleceu-se como um dos objetivos desse trabalho realizar comparações inter e intra-grupo com pacientes na área de dermatologia ao procurar tratamento de doenças ou estético, este instrumento foi incluído na pesquisa realizada para os dois grupos nas esferas de saúde, dos fracassos e das relações interpessoais profissionais.

3.5.3 SF 36

O SF-36 foi validado para o português por Ciconelli e cols (NOGUEIRA, 2010). É um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de zero a 100 (obtido por meio de cálculo do *RawScale*), onde o *zero* corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor. É um questionário bem desenhado e suas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações, já foram bastante demonstradas em diversos trabalhos.

O cálculo do escore foi feito de acordo com as instruções da associação brasileira de self healing, conforme orientações obtidas no site ABSH (2014).

Este instrumento foi aplicado ao grupo dos médicos para avaliar o estado de saúde física e mental dos mesmos para comparar com o grupo italiano.

3.5.4 Questionário demográfico e biográfico

O questionário demográfico e biográfico, aqui utilizado no grupo dos médicos, foi o mesmo teste usado em pesquisa italiana que tratou de identificar a satisfação e bem estar de médicos na Itália com escopo de fazer comparação entre as duas amostras.

Este teste representa uma forma modificada de um modelo já utilizado e elaborado pelo Departamento de Ontopsicologia da Universidade Estatal de São Petersburgo, sobre a direção

da professora N.V. Grishina. De acordo com o objeto de estudo e os objetivos, por meio de perguntas abertas e fechadas, esse questionário foi adaptado para a avaliação dos aspectos relativos ao trabalho da amostra em estudo (horas de trabalho semanais, tipo de profissão, anos de emprego, aspectos positivos e negativos da atividade, nível de formação profissional) e foi solicitado aos sujeitos, para dar uma avaliação global de seu próprio estado de saúde psicofísica. Também, os sujeitos foram convidados a expor as razões que os levaram a fazer a escolha profissional e a indicar o que pensam dos seus pacientes e como acham mais apropriado comunicar-se com eles. Foi, finalmente, solicitada, utilizando o método de diferencial semântico, a indicação de qual deveria ser a atitude do médico para com o paciente, expondo pares de objetos: aberto/fechado, emocional/neutro, acessível/distante, acomodado/rígido, informal/formal, quente/frio, alegre/discreto. Estão presentes, obviamente, perguntas relativas à idade, sexo, estado civil, cidade em que nasceu, estado da família de origem e genitora.

Em geral, o questionário demográfico e biográfico recolhe, além de dados demográficos de base, 35 itens, dos quais 14 são perguntas abertas, 20 são perguntas fechadas e um item é formulado sobre forma de diferencial semântico.

3.5.5 Questionário do autor

Foram elaboradas treze perguntas abertas e fechadas incluídas no questionário biográfico para auxiliar a identificar a atitude do médico em seu trabalho, na sua rotina diária e identificar algumas características da vida provisória de trabalho e, por fim, a sua concepção de como pode colaborar para uma relação mais duradoura.

O questionário destinado aos pacientes procurou identificar o perfil, se foi portador de doença crônica, se procura assistência para se cuidar e prevenir, quais os aspectos e características de maior importância durante uma consulta. Os pacientes foram questionados a responder em número de grau de satisfação quanto ao atendimento do seu médico, e dos outros profissionais da clínica, além de outros fatores envolvidos que podem contribuir para alcançar a satisfação e para uma relação mais duradoura como ambiente, facilidade de acesso, equipamentos, preço entre outros. Por meio de perguntas fechadas com múltiplos itens e por meio de perguntas abertas para expressar qual é o papel do médico e do paciente nessa relação, além disso, mostrar alguns dados demográficos como idade, sexo e grau de instrução.

Os dados desses questionários possibilitam fazer confronto dos pontos de vista entre os grupos dos médicos e dos pacientes no que diz respeito a vários aspectos desta relação.

3.6 MÉTODOS DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DE ELABORAÇÃO DE DADOS

Para elaborar os dados obtidos pela pesquisa, nos baseamos na abordagem qualitativa-quantitativa. Os dados foram tabulados e elaborados utilizando o programa de computador Excel.

Foram utilizados os seguintes métodos de análise quantitativa:

- Estatísticas descritivas básicas (médias) e análise de frequência
- Análise comparativa por sexo (para identificar diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dimensionais usando o critério Mann-Whitney)
- Análise de correlação com afinidade de individuar as correlações entre as variáveis. Vale ressaltar que neste trabalho, para se fazer processamento matemático e estatístico dos dados, foi preciso recodificar as escalas padrão do diferencial pessoal 3 2 1 0 2 1 3 para 1 a 7, onde número -1- corresponde ao pólo direito da escala, e número -7- pólo esquerdo.

Outras mudanças necessárias feitas em relação às questões q37-q39 – onde o critério foi invertido (a escala do mais importante para menos importante para escala do menos importante para mais importante), e por fim, foram adicionados indicadores por questionário SF36 - Physical Health, Mental Health.

Para a análise qualitativa das informações coletadas por meio das questões abertas foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo, que de acordo com Bardin (1977) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Tem como objeto de estudo a linguagem e é utilizada como instrumento de análise em pesquisas para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto dos depoimentos dos sujeitos de pesquisa.

4 RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados da pesquisa são apresentados em uma análise de conteúdo, limitada a algumas perguntas abertas. A análise qualitativa dos resultados, baseada no processamento estatístico dos dados, foi dividida em quatro tópicos. No primeiro tópico, estão os resultados referentes aos aspectos psicológicos dos profissionais, subdividida em avaliação do bem estar psicofísico, a relação com a profissão, a interação com os pacientes e as características psicológicas dos médicos. No segundo tópico, é apresentada a análise comparativa entre gêneros e outros aspectos dos profissionais, além da comparação dos dados obtidos no presente estudo com os médicos italianos. O terceiro tópico contém as correlações entre os dados da pesquisa e, finalmente, o quarto tópico refere-se aos dados dos pacientes.

4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Entre os aspectos positivos da profissão, os dermatologistas destacaram dinamismo e a autonomia, o que de certa forma é esperado já que a maioria da amostra se dedica ao trabalho autônomo em clínicas próprias.

Outro aspecto positivo apontado refere-se ao perfil do paciente da dermatologia que, cada vez mais, apresenta interesse voltado para o cuidado, a prevenção e a estética; como é relatado por M1, em que há “o contato com os indivíduos mais diversos, seja em faixa etária, personalidade, formação e valores”. Portanto são pessoas ativas e apreciam a novidade, contribuindo para relação de troca e uma instigação para atualização continuada do médico. Este último foi apontado como aspecto positivo por um profissional (M18): “É uma profissão dinâmica, de aprendizado constante, repleta de novidades; e a parte de trabalharmos não só com a doença, mas também com a estética. É a associação da arte com a medicina.”

O retorno financeiro foi apontado como aspecto positivo por alguns, mas negativo por outros. Esse aspecto foi citado diretamente por M9, que se queixou da “baixa remuneração dos convênios”, e foi comentado indiretamente por outros profissionais que destacam a sobrecarga de trabalho e o volume de atendimento por período, como apresentado a seguir:

“Sobrecarga de trabalho, exigência, dedicação profissional em detrimento da vida pessoal” (M10);

“Gostaria de trabalhar menos em volume de atendimento por período” (M17);

“O fato de ter mais de um emprego para ter estabilidade financeira” (M24).

A velocidade da informação e a conseqüente necessidade de atualização constante foram consideradas por alguns como pontos positivos e para outros como negativos.

O grupo foi questionado sobre o pensamento de Balint, expresso na frase “O médico em si é a primeira droga a ser administrada, no entanto qual é a dosagem e a forma de apresentação ideal para cura do paciente?”. Vinte e um médicos entrevistados foram de acordo com a frase. Aqueles que foram de acordo acreditam que o primeiro contato é o momento de abertura e estabelecimento da relação entre o médico e o paciente e, assim, há a possibilidade de cura, como observado em algumas falas dos médicos:

M5: “A atitude do médico no primeiro contato vai estabelecer confiança ou não por parte do paciente.”;

M13: “Porque acho que tudo começa quando o paciente acredita que o médico pode tratá-lo.”;

M19: “Importância da relação médico- paciente.”

Dos cinco médicos que não concordaram, três não se justificaram, um não entendeu a frase e um não acha o médico responsável pela cura do paciente, conforme relato de M21: “Não. Não sou responsável pela cura do paciente.”

Das diferentes maneiras que o paciente pode ser leal ao seu médico, nos relatos tanto dos médicos quanto dos pacientes, foram destacados a honestidade no contato e na informação, e no seguimento das orientações:

"Sinceridade no relato/Seguir as orientações" (M2);

"Cumprindo o tratamento proposto" e "mostrando confiança e respeito à pessoa do médico". (P.7.3);

"A lealdade se estabelece por meio da confiança e sucesso nos resultados. A principal razão da lealdade é a confiança no seu trabalho." (M5);

"Fidelidade e Confiança" (P.20.1)

Quanto ao papel do paciente na relação de lealdade, além dos aspectos relatados acima, houve destaque do papel ativo que o paciente desempenha:

“Papel fundamental, já que o paciente vai seguir ou não o tratamento prescrito e retornar ou não ao médico” (M24)

“Total” (P.7.3)

O papel do médico na relação de lealdade com seu paciente, do ponto de vista dos médicos, foi de proporcionar as melhores possibilidades de tratamento e de ser honesto e coerente. Já do ponto de vista dos pacientes, o médico deve passar confiança, como observado nos seguintes exemplos:

“Fazer o melhor tratamento possível com honestidade, bom senso e coerência.”

(M13)

“Valorizar e ser honesto quanto as suas possibilidades e limitações” (M1)

“Passar confiança no atendimento” (P.20.1)

“Esclarecimento, confiança e resolução” (P.25.1)

Em resumo, para se construir uma relação duradoura entre o médico e o paciente, se percebe a importância de estabelecer uma boa interação entre eles. No entanto, isso implica em um estilo de comportamento e cooperação de ambos.

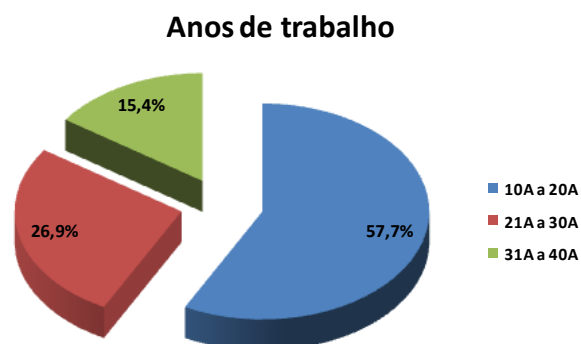
4.2 RESULTADOS DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DOS MÉDICOS

4.2.1 Bem-estar psicofísico dos médicos

A qualidade de vida dos entrevistados foi avaliada utilizando algumas perguntas voltadas para esse aspecto do questionário biográfico e pela aplicação do *Short Form 36* (SF-36). Foram obtidos os seguintes resultados:

- Os sujeitos da pesquisa são 26 especialistas em dermatologia, com tempo de trabalho de 10 a 20 anos em 57,7%; os demais têm mais tempo de serviço, ninguém teve período de desemprego.

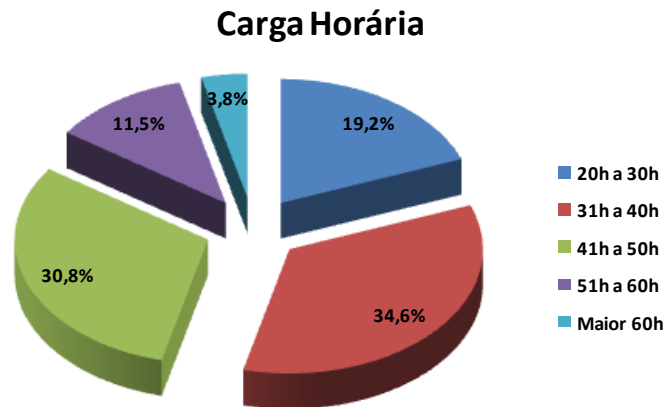
Gráfico 1 – Anos de trabalho



Fonte: autora (2014).

A média das horas trabalhadas por semana variou entre 30 a 40 horas em 34,6% e 30,8% dos entrevistados, respectivamente.

Gráfico 2 – Carga Horária

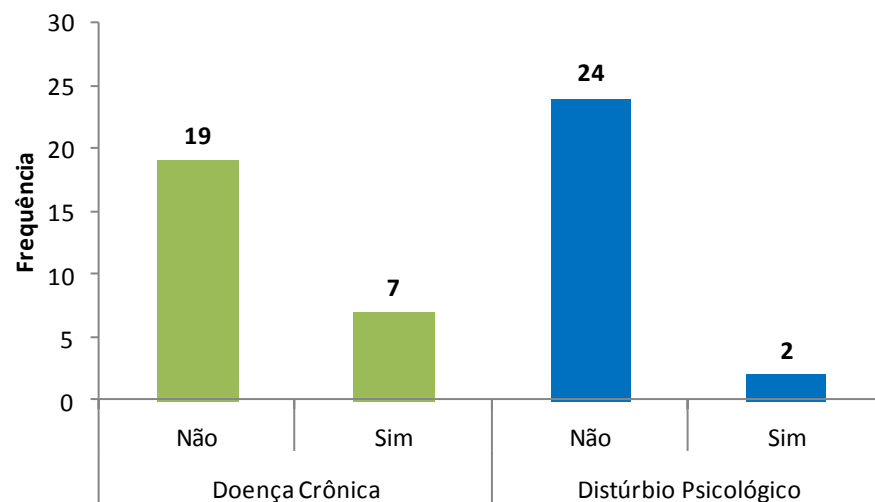


Fonte: autora (2014).

A maioria (86,4%) acha que o seu nível de formação é adequado para a função exercida.

Ao questionar a presença de doença crônica no grupo, 19 médicos (73,1%) negaram serem portadores e sete (26,9%) afirmaram apresentar doença crônica. Sobre ocorrência de distúrbio psicológico que exigiu uma terapia psicológica ou tratamento psicofarmacológico durante o ano passado, 24 (92,3%) médicos não apresentaram tal ocorrência enquanto dois (7,69%) afirmaram ter tido esse problema, necessitando de cuidados terapêuticos.

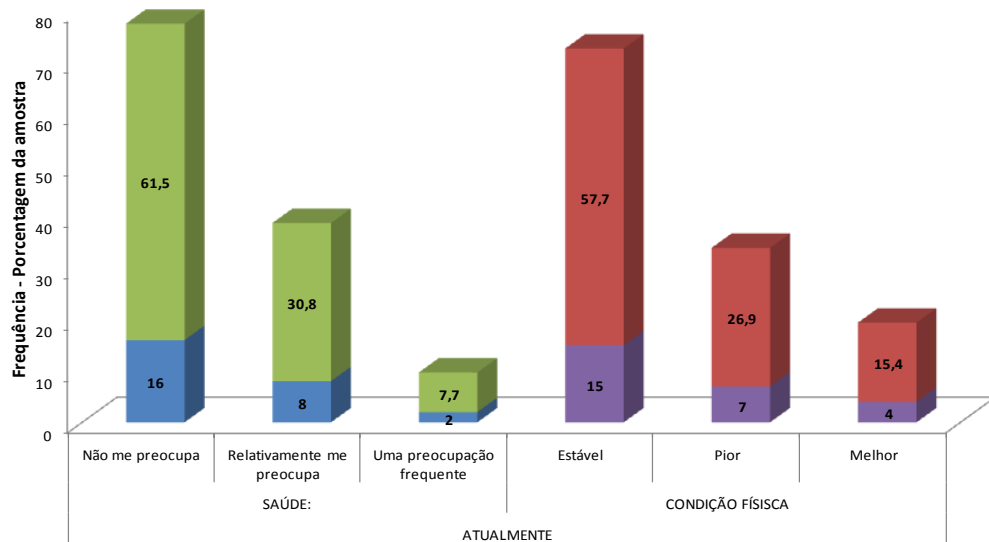
Gráfico 3 – Portador de doença crônica e Distúrbio Psicológico



Fonte: autora (2014).

A auto avaliação da saúde demonstra que atualmente 61,5% dos entrevistados não tem preocupação com a saúde de um modo geral. Quanto a evolução das condições de estado de saúde no tempo, 57,7% estão estáveis, e 15,4% acham que a sua saúde melhorou.

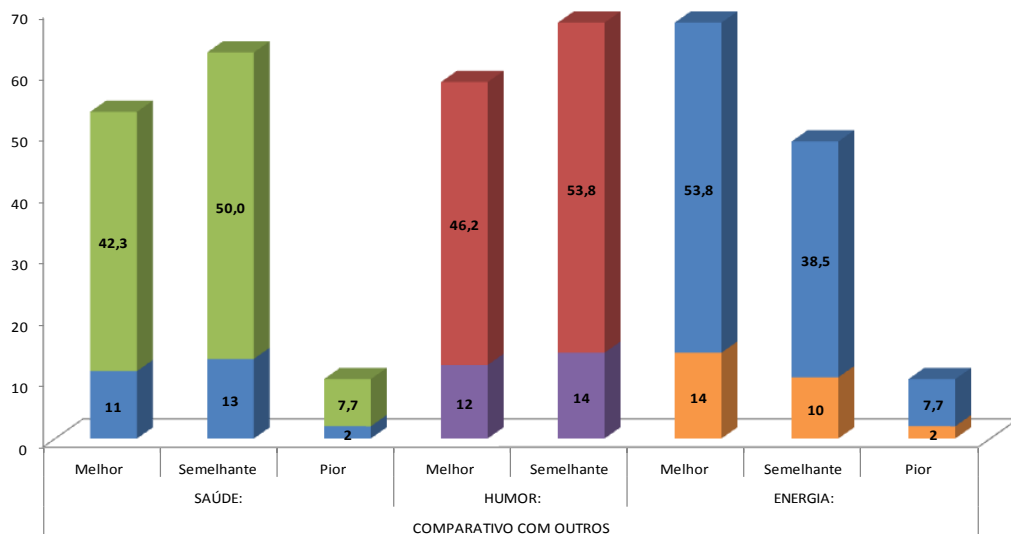
Gráfico 4 – Estado de Saúde



Fonte: autora (2014).

Quando se compara o estado de saúde físico, de ânimo, a atividade e a energia do grupo com as pessoas da mesma idade, 50% do grupo acha que está semelhante, 42,3% entende que está melhor, e apenas 7,7% se sentem pior quanto ao estado físico.

Gráfico 5 – Comparativo com outras pessoas



Fonte: autora (2014).

Os resultados do questionário SF 36 constam na tabela a seguir. São mostrados na primeira e segunda coluna os valores médios da amostra e o desvio padrão por amostra.

Tabela 1 - Teste S-36 dos médicos. Valores médios e desvio-padrão dos resultados.

Domínio	Valor médio	Desvio-padrão
Capacidade funcional	92,5	1,5
Limitação por aspectos físicos	89,4	4,9
Dor	72,8	4,4
Estado geral de saúde	69,3	3,5
Vitalidade	67,5	3,8
Aspectos sociais	87,0	3,4
Limitação por aspectos emocionais	88,5	5,2
Saúde mental	75,4	3,1

Fonte: autora (2014).

A escala do teste vai de 0 a 100, em que zero é o pior estado e cem o melhor. Os valores médios em um estudo com população brasileira, observados em pesquisa com fim normativo por Laguardia e colaboradores em 2011, variaram entre 45 e 58 em todos os domínios, apresentando certa oscilação entre gêneros. Assim, é possível observar que os médicos pesquisados avaliam positivamente o próprio estado físico, a funcionalidade do estado emotivo e a funcionalidade social, com escores acima da média do estudo citado. A avaliação do estado geral da saúde e da vitalidade, também foram acima da média citada, porém com menores valores que os demais domínios.

As escalas do SF-36 avaliam dois componentes da saúde, o componente físico e o componente psicológico. O componente físico é constituído pelas escalas de capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, a avaliação de dor e o estado geral de saúde. O componente psicológico é constituído pelos domínios de saúde mental, limitações decorrentes do estado emotivo, aspectos sociais e vitalidade. Em relação aos entrevistados que participaram da pesquisa, o componente físico da qualidade de vida somou 324,0 pontos, enquanto o componente psicológico da qualidade de vida correspondeu ao total de 318,4 pontos. Assim, observa-se que os valores foram semelhantes, com ligeira vantagem para o componente físico em relação ao psicológico.

4.1.2 Relação com a profissão médica e interação com os pacientes

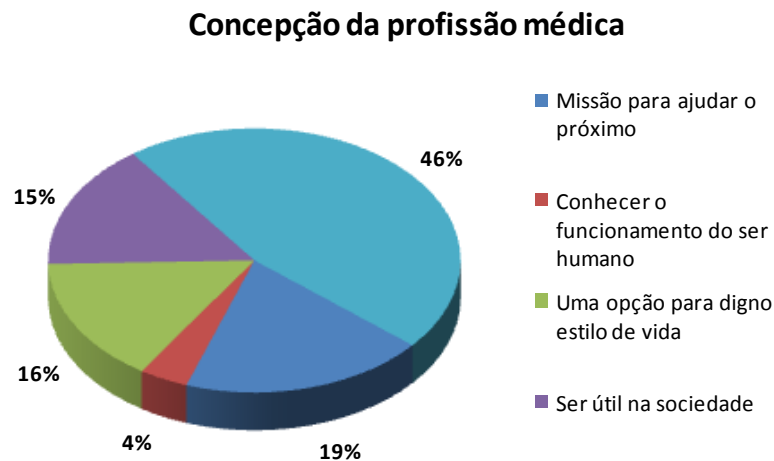
As informações quanto a relação com a profissão e interação com os pacientes foram obtidas por meio de algumas perguntas do questionário biográfico e do questionário do autor,

voltados sobre a prática diária dos entrevistados.

- O perfil da concepção da profissão médica:

Em relação ao perfil da concepção da profissão médica, 12 dos entrevistados (46,15% dos médicos) afirmaram que a medicina é uma das poucas profissões onde você pode realmente ajudar aos outros, uma vez que o médico é capaz de entrar na intimidade da pessoa que sofre; cinco (19,23%) consideraram a profissão como missão para ajudar o próximo; os demais 15% citaram que representa uma opção de trabalho para se levar uma boa vida e de ser útil na sociedade. Os dados são explicitados no gráfico abaixo.

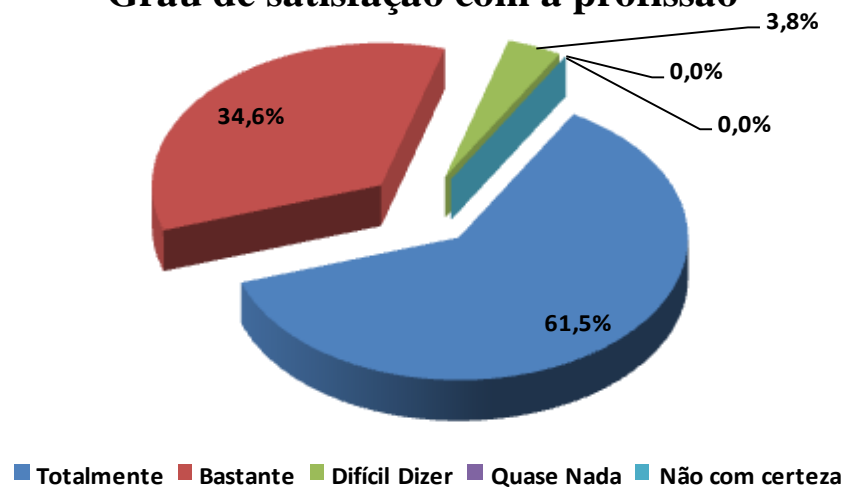
Gráfico 6 – Concepção da profissão médica



Fonte: autora (2014).

Chama atenção a grande satisfação com a escolha profissional, em que 16 (61,53%) médicos estão completamente satisfeitos e nove (34,61%) bastantes satisfeitos. Somente um (3,84%) médico respondeu que foi difícil dizer. Os dados são ilustrados no gráfico abaixo:

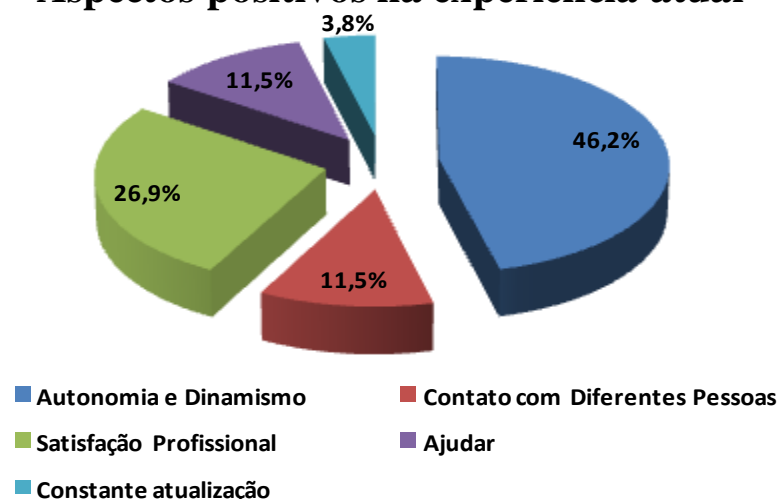
Gráfico 7 – Grau de satisfação com a profissão

Grau de satisfação com a profissão

Fonte: autora (2014).

Sobre os aspectos positivos da profissão na experiência atual de trabalho, citados em respostas de pergunta aberta, constam que doze médicos (46,2%) destacaram autonomia e dinamismo; sete (26,9%) citaram satisfação em ajudar; dos restantes, três (11,5%) consideraram o contato com diferentes pessoas e os outros três a satisfação profissional.

Gráfico 8 – Aspectos positivos na experiência atual

Aspectos positivos na experiência atual

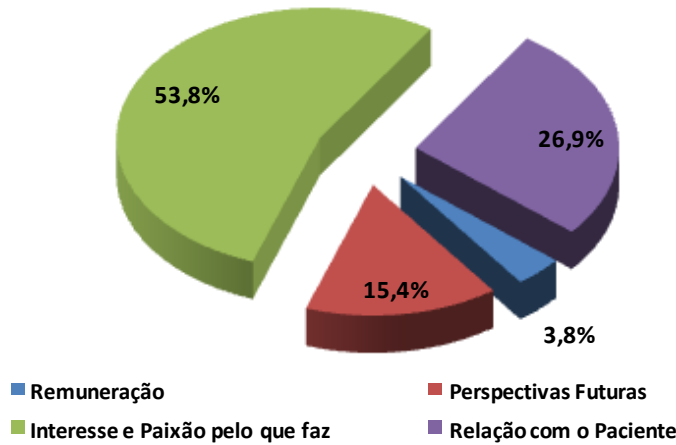
Fonte: autora (2014).

Em pergunta fechada sobre o que mais importa na profissão médica no momento, para 53,8% dos entrevistados destaca-se o interesse e paixão pelo que faz. Para 26,9% foi a relação

com os pacientes e, em seguida, as perspectivas futuras em 15,4%.A remuneração ficou por último, representando somente 3,8% das respostas.

Gráfico 9 – Na profissão médica aprecia

Na profissão médica aprecia

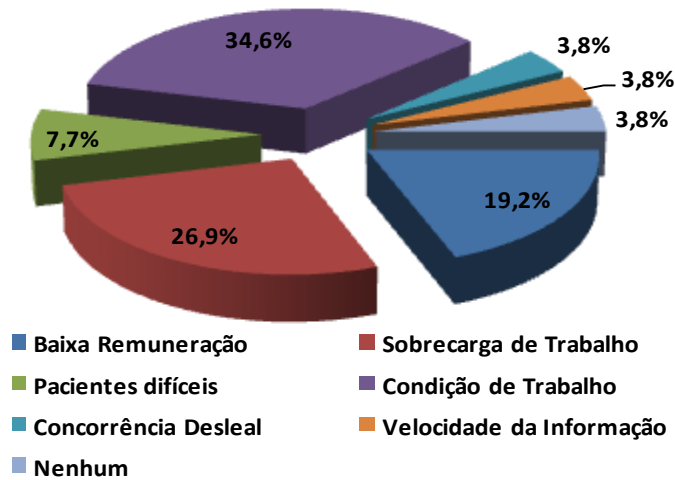


Fonte: autora (2014).

Os pontos negativos na experiência atual dos entrevistados, que foram levantados em pergunta aberta, incluem a baixa renumeração, que foi citada por cinco (19,23%) médicos; a sobrecarga de trabalho citada por sete (26,92%) deles; e nove (34,61%) médicos reclamaram das condições de trabalho. Um (3,84%) reclamou de pacientes difíceis, outro de concorrência desleal e um terceiro de velocidade de informação.

Gráfico 10 – Aspectos negativos na experiência atual

Aspectos negativos na experiência atual



Fonte: autora (2014).

- Percepção do paciente pelos médicos:

Em relação à percepção do paciente pelos médicos, foi observado que 10 dermatologistas (38,5%) veem o paciente como o protagonista responsável, pelo menos parcialmente pelo que lhe aconteceu; sete (26,92%) médicos os veem como vítimas das circunstâncias genéticas, ambientais e psicológicas; e para os outros sete médicos, o paciente é a pessoa para se ajudar. Somente dois dos entrevistados veem o paciente como alguém que precisa atenção de todos.

Gráfico 11 – Percepção dos pacientes pelos médicos

Percepção dos pacientes pelos medicos

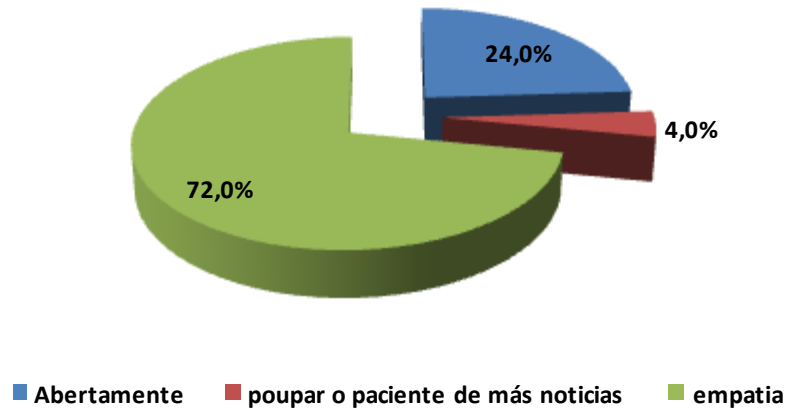


Fonte: autora (2014).

- A comunicação preferencial com o paciente:

A preferência dos médicos em se comunicar com pacientes mostrou-se principalmente de três maneiras, apesar de ter sido oferecidos seis alternativas: 18 médicos apelam para empatia com o paciente; seis preferem o consentimento informado, conforme o conceito médico-legal, dizendo-lhe abertamente tudo sobre o seu estado de saúde, ou seja, ser sincero com o paciente; e somente um acredita que o paciente deva ser poupado das más notícias, conforme ilustrado no gráfico:

Gráfico 12 – preferência de comunicar com paciente

Preferência de se comunicar com o Paciente

Fonte: autora (2014).

- Fatores que cooperam para o sucesso de tratamento:

Para saber se o principal fator para ter sucesso no tratamento depende do médico, do paciente ou da interação entre eles, 96,2% dos médicos entrevistados (25) apontaram para a importância da relação médico paciente. Somente um médico não compartilhou a mesma opinião, correspondendo a 3,8%, e coloca o peso do sucesso em cima da figura do médico. Nenhum médico atribuiu o sucesso do tratamento apenas ao paciente.

- Característica do paciente ideal por parte dos médicos:

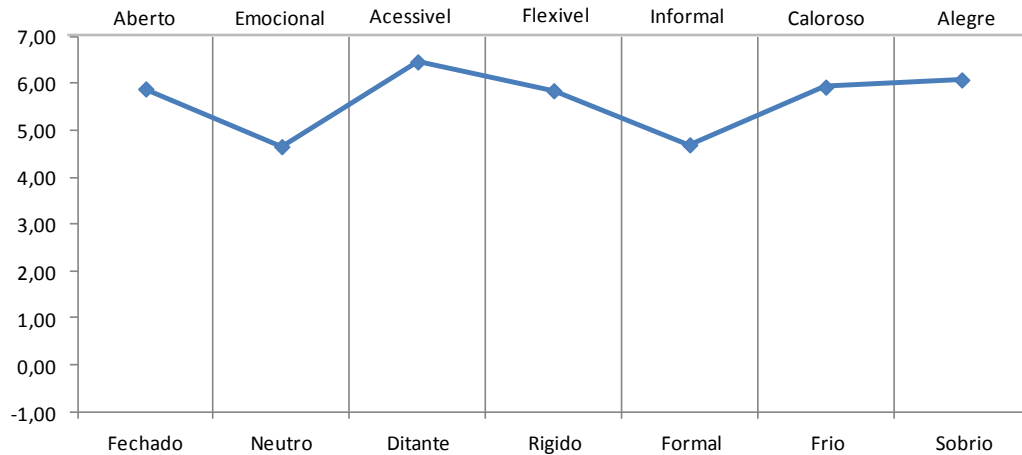
Ao questionar como seria o paciente ideal do ponto de vista dos médicos, foram dadas duas alternativas: a primeira é aquele indivíduo obediente e submisso; a segunda seria o paciente obediente e ativo. Desta forma, 65,4% dos médicos ficaram com a segunda opção, respondendo que o melhor paciente seria aquele que ouve o conselho do médico e que propõe ativamente alterações ou intervenções terapêuticas de acordo com seu estado físico e subjetivo. Já 30,8% dos médicos consideram que o paciente deve ser simplesmente obediente e submisso. Apenas um médico, correspondente a 3,8% da amostra, não respondeu a pergunta.

- Atitude do médico ideal com o paciente:

Analisando o perfil das respostas do teste diferencial pessoal, destacou-se que os entrevistados veem o médico ideal como sendo sincero, cordial e alegre ao comunicar-se com

o paciente, bastante acessível e flexível, e pouco menos emotivo e informal, conforme o gráfico apresentado a seguir.

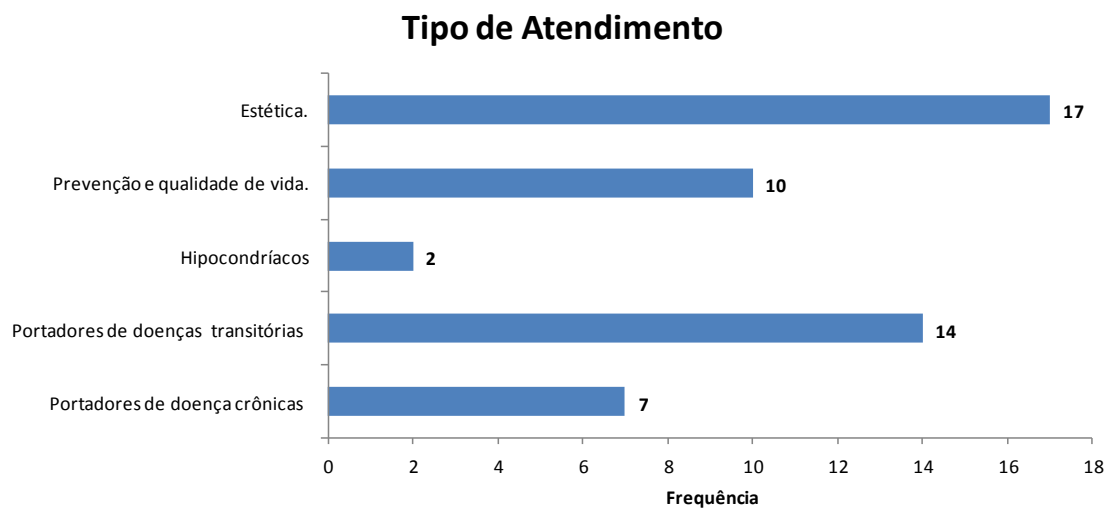
Gráfico 13 – Resultado do teste diferencial pessoal



Fonte: autora (2014).

O perfil dos pacientes atendidos é apresentado no gráfico a seguir. Em ordem decrescente, são aqueles que buscam a estética, os portadores de doença transitória, os que visam à prevenção e qualidade de vida, portadores de doença crônica, e por fim os hipocondríacos.

Gráfico 14 – Tipo de Atendimento



Fonte: autora (2014).

- Componentes mais importantes durante uma consulta:

Foi questionado sobre quais os momentos de maior importância durante uma consulta na prática diária. Foi ressaltado pelo grupo a importância de ouvir o paciente em 32%, de esclarecer e investigar o problema do paciente, 23 e 22%, respectivamente. Formular o plano de tratamento ficou em quarto lugar de importância.

Gráfico 15 – Dedicção na Consulta

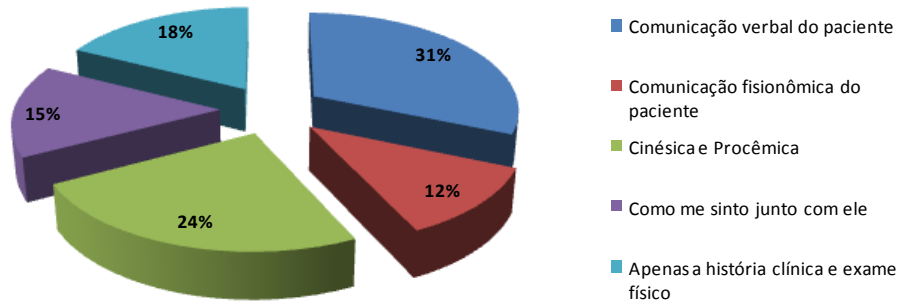


Fonte: autora (2014).

- Atenção à comunicação durante a consulta:

Foi realizado questionamento sobre a atenção dada a cada tipo de comunicação. Conforme mostra o gráfico a seguir, a comunicação verbal representou 32% das opiniões. A comunicação sinésica proxêmica, ou seja, a atitude do paciente durante a consulta foi encontrada em 24%. Prestar atenção nas próprias reações corpóreas na interação com o paciente, ou seja, reação organísmica, foi por último, em 12%. Apenas 18% dos médicos limitam a atenção apenas à história clínica e exame físico.

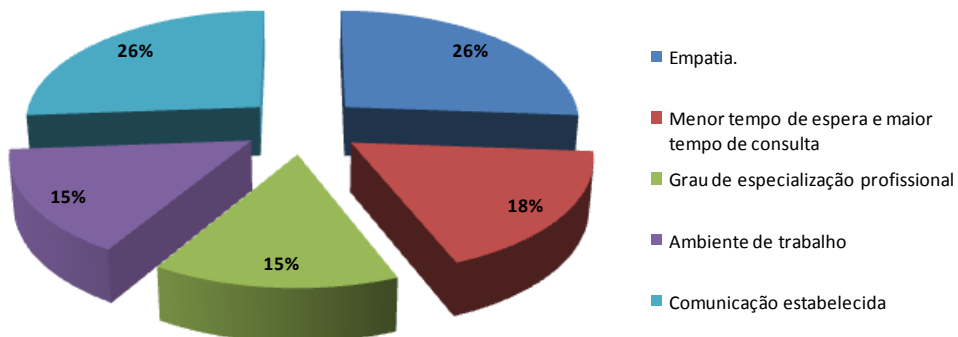
Gráfico 16 – Atenção Durante a Consulta

Atenção Durante a Consulta

Fonte: autora (2014).

Dentre os itens que contribuem para uma boa relação *médico paciente*, chama atenção que nenhum dos aspectos levantados na pergunta foram ignorados, mas o grupo acredita que a empatia e a comunicação estabelecida são os aspectos mais relevantes (ambos representados por 26%). O menor tempo de espera e o maior tempo de consulta (18%), o grau de especialização profissional (15%) e o ambiente de trabalho (15%) foram indicados como menos importantes.

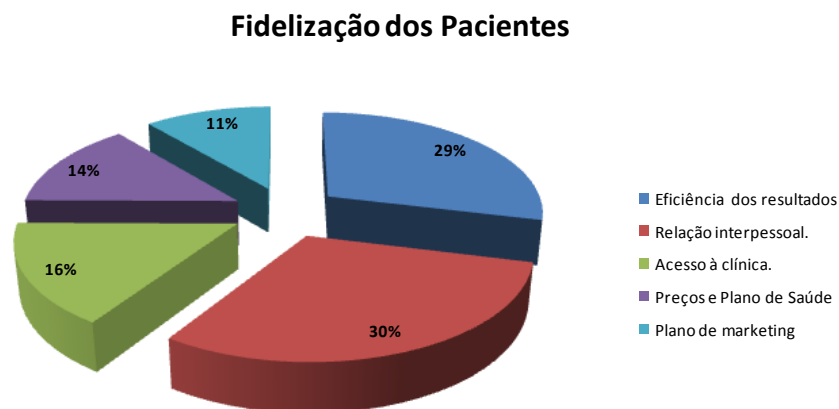
Gráfico 17 – Boa relação médico paciente

Boa Relação Médico-Paciente

Fonte: autora (2014).

Para saber os aspectos de maior importância para fidelizar os pacientes, foram destacados a relação interpessoal em 30%, valor próximo aos 29% da eficiência dos resultados. Outros aspectos como acesso à clínica, os preços praticados e os Planos de Saúde tiveram sua importância, mas em menor grau, representados por 16% e 14%, respectivamente. Apenas 11% consideraram o plano de *marketing* como aspecto de maior importância para fidelização de paciente.

Gráfico 18 – Fidelização dos Pacientes



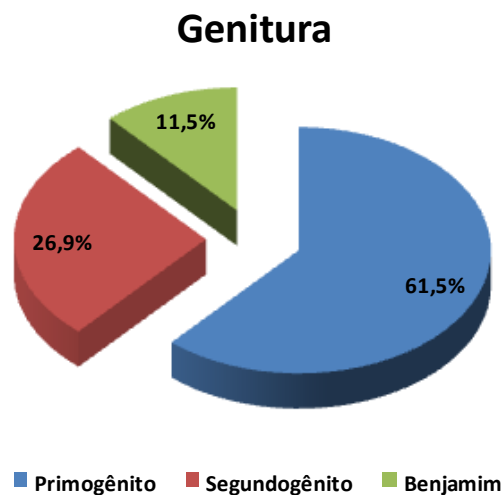
Fonte: autora (2014).

Deste modo, é possível concluir que os entrevistados veem a sua profissão de várias maneiras, sendo que a maioria interpreta como uma forma para ajudar, pelo conhecimento da pessoa que sofre. Muitos acreditam ainda que o interesse e a paixão pelo próprio trabalho são as qualidades mais preciosas na sua profissão. Foi considerado também que os próprios pacientes precisam de ajuda, mas ao mesmo tempo, os responsabilizam, e o resultado da cura depende principalmente da relação entre o médico e o paciente. Os médicos consideram que o paciente deve ser obediente e ativo no processo de tratamento, e recorrem à empatia para se comunicar com ele. As qualidades ideais do médico, para interagir com o paciente, são consideradas a sinceridade, a cordialidade, a alegria; sendo as duas características mais importantes a disponibilidade e flexibilidade. Todos aprovam o termo “paciente” como uma negação de relação comercial e que a boa relação entre o médico e seu paciente são considerados entre vários aspectos, prevalecendo a empatia e, da mesma forma, reconhecem os amplos fatores que envolvem uma relação de fidelização, mas destacam a boa relação interpessoal.

4.2.3 Características psicológicas dos médicos

Nos estudos das características psicológicas foram aplicados testes estandardizados como Locus de Controle e Big Five, assim como algumas perguntas do Teste Biográfico. Estes visaram a descrever alguns aspectos relevantes para este ponto da pesquisa começando pela genitura, isto é, ordem de nascimento na família com relação ao mesmo sexo. Na amostra estudada, a maioria dos pesquisados eram primogênitos (61,5%), em segundo lugar segundogênito (26,9%) e, em último, o Benjamin 11,5%.

Gráfico 19 – Genitura



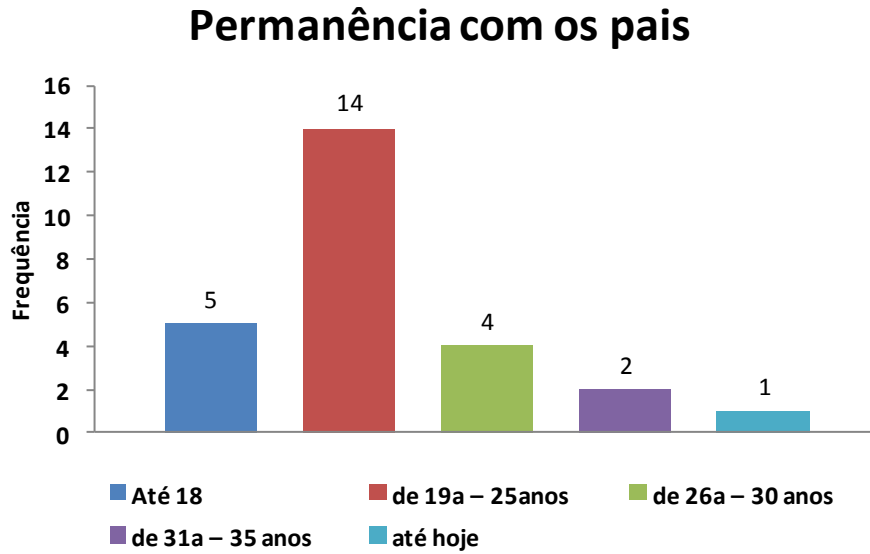
Fonte: autora (2014).

Quanto a situação socioeconômica da família de origem, 34,6% dos entrevistados são procedentes de famílias com poder aquisitivo médio alto, 50% apresentam poder aquisitivo médio e apenas 15,4% são de poder aquisitivo médio-baixo.

-Tempo de moradia com os pais:

A maioria variou entre 18 e 30 anos, sendo o pico entre 19 a 25 anos (54%), ou seja, até completar a formação do curso superior; seguido por até 18 anos (19%), quando pode ter saído para ingressar nos estudos na universidade em outra cidade e depois entre 26 e 30 anos de idade (15%).

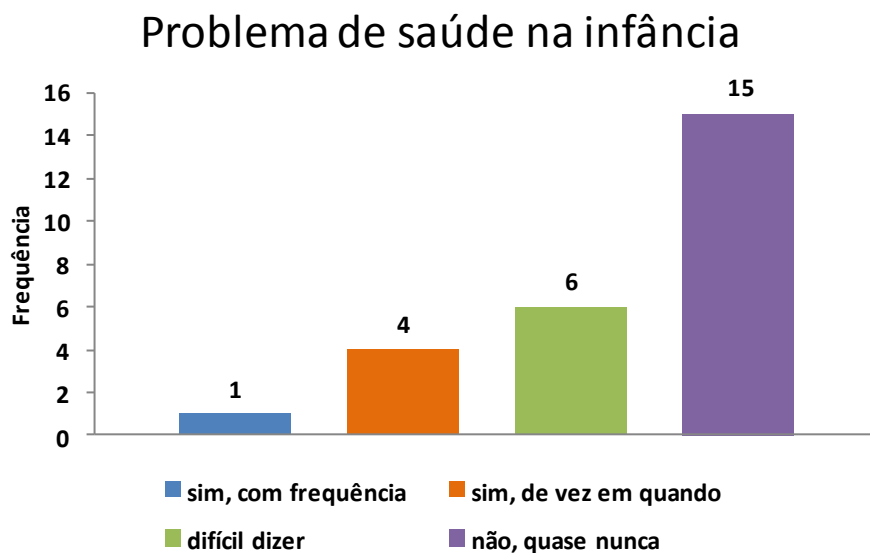
Gráfico 20 – Permanência com os pais



Fonte: autora (2014).

Em relação ao estado de saúde na infância, foi constatado que apenas um (3,8%) sofria frequentemente de doenças. Quinze (58%) eram crianças que nunca adoeciam, 4 (15%) deles tinham alguma doença de modo esporádico e 6 (23%) acharam difícil relatar sobre isso.

Gráfico 21 – Problema de saúde na infância

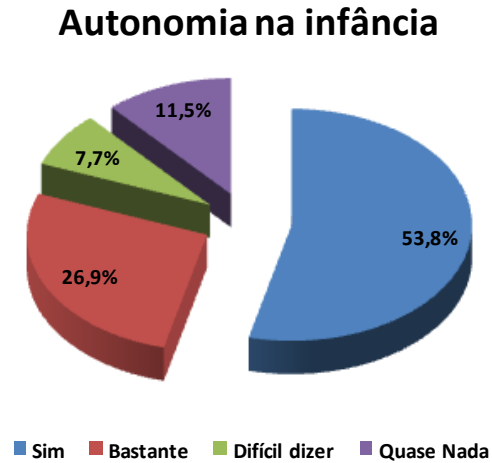


Fonte: autora (2014).

Acerca da pedagogia recebida no âmbito familiar e desejo dos pais sobre o futuro, na percepção do grupo, evidenciou que a maioria foi criada como crianças independentes, exceto

11,5%. Dos 57,7% que lembravam de uma pessoa como ídolo, 42,5% era como modelo de realização.

Gráfico 22– Autonomia na infância



Fonte: autora (2014).

A escolha da profissão médica foi influenciada em metade dos entrevistados, sendo a maioria por familiares. Quanto a satisfação com a profissão, 95,1% estão completamente ou bastante satisfeitos.

Na percepção dos sujeitos, os maiores desejos dos pais sobre o futuro dos mesmos era de ser uma pessoa independente, autônoma. Em seguida alcançar o sucesso na esfera do trabalho e, por último, a questão financeira.

Gráfico 23– Desejo dos pais

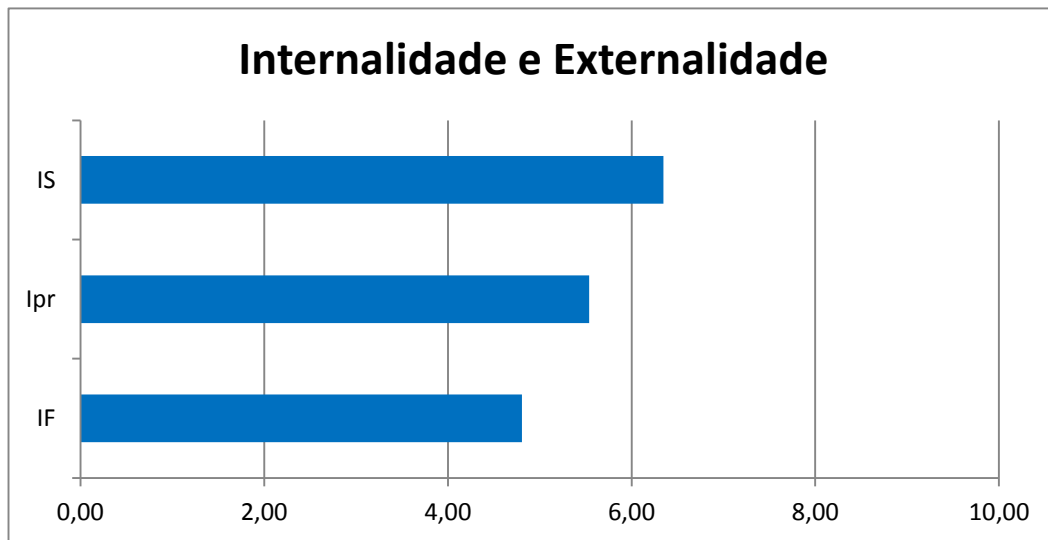


Fonte: autora (2014).

O teste Locus de controle foi aplicado nas esferas dos fracassos, das relações profissionais e na área de saúde. Os níveis de referência variam de uma dez, o quanto a pessoa acredita de ter responsabilidade total e o controle de todos os campos da sua vida. Na pesquisa, os sujeitos mostraram nível médio (4,86%) quanto a internalidade na esfera dos fracassos (IF) e na esfera das relações profissionais (IPr). O nível do grupo foi pouco acima da média nas relações profissionais (5,84%), ou seja, o grupo pesquisado tende a não se responsabilizar totalmente pelos acontecimentos negativos nas suas vidas, assim como assume uma responsabilidade parcial pela organização da própria atividade profissional, ou acredita que poderia influenciar, em parte, as relações com dirigentes.

O nível do grupo aumenta acima da média quando se trata de internalidade aplicada à esfera da saúde, alcançando 6,35%, ou seja, os médicos, ao pensar em estado da sua saúde, percebem as influências e causalidade dos estilos de vida do comportamento. Esse leve aumento pode ser justificado pela própria formação, apresentado pelo gráfico seguinte:

Gráfico 24– Teste Locus de controle



If= internalidade na esfera dos fracassos **IPr** = Internalidade na esfera de relações de trabalho
IS= Internalidade na esfera de saúde

Fonte: autora (2014).

- O inventário dos cinco grandes fatores de personalidade:

Os resultados de cada característica, conforme mostra o gráfico, e a escala para este teste são os seguintes:

(1) A extroversão mede a amplitude de contatos, necessidade de estímulo externo e uma prontidão de responder. O nosso resultado mostrou uma frequência abaixo da média, de 20%, indicando características de pessoas reservadas, e ponderadas;

(2) Conscienciosidade, ou seja, autoconsciência e organização, agrupa traços que levam a responsabilidade. No outro extremo, há a negligência e irresponsabilidade. Alguns estudos têm mostrado que este fator se correlaciona com desempenho acadêmico e o comportamento organizado e dirigido, no qual o grupo ficou em escala abaixo da média em 20%, mostrando ser mais espontâneo;

(3) Amabilidade, ou seja, prontidão de concordar e colaborar: o grupo ficou na escala média de 30%, indicando uma tendência a ser socialmente agradável, caloroso e dócil, valorizando uma boa relação com os outros;

(4) Neuroticismo ou estabilidade emocional são as características de personalidade envolvendo afeto positivo e negativo, ansiedade. Os valores obtidos na amostra foram em 20% abaixo da média, indicando que o grupo pesquisado mostra ser composto por pessoas com tendência a serem calmos, emocionalmente estáveis e livres de sentimentos negativos persistentes;

(5) Abertura diz respeito à percepção que a pessoa tem de sua própria inteligência ou capacidade e engloba características como flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação, abertura para novas experiências e interesses culturais. Para esta característica o grupo ficou em média de 30% conforme ilustrado no gráfico:

Gráfico 25– Resultado do teste Big Five



Descrição	Muito Baixos 5%	Baixos 10%	abaixo da média 20%	médios 30%	acima da média 20%	altos 10%	Muito altos 5%
Escala	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: autora (2014).

Podemos concluir que o grupo estudado era de pessoas com infância saudável, precedentes de famílias com nível sócioeconômico médio e médio-alto e que receberam um modelo de educação voltado para autonomia e realização. Dentre as características psicológicas estudadas, o grupo ficou pouco abaixo da médianos testes de internalidade na esfera dos fracasso e também no Big Five na característica de Conscienciosidade. Houve maior frequência, ficando na média, no que diz respeito às características de amabilidade e abertura, e acima da média quando se trata da responsabilidade sobre sua própria saúde.

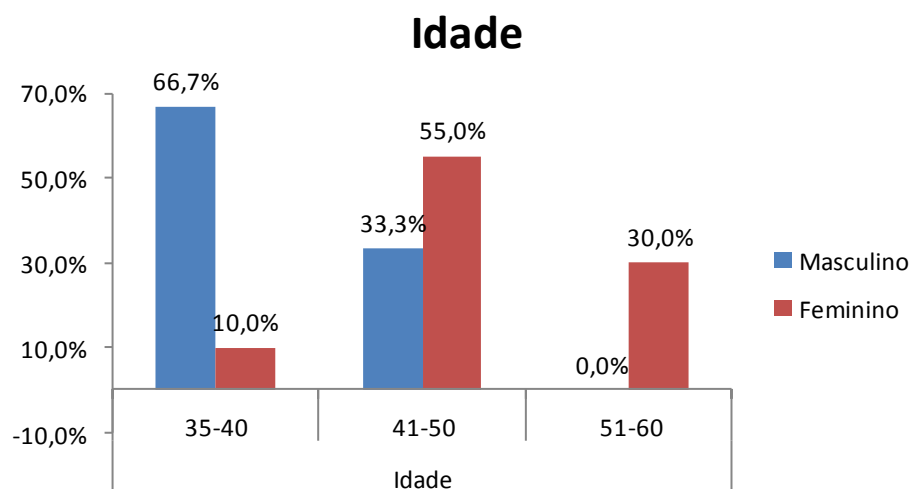
4.3 OS RESULTADOS DA ANÁLISE COMPARATIVA

Para obter os dados da análise comparativa entre gêneros, foram aplicados *crosstabs*, critério das diferenças dos significados, testes Qui-quadrado e Mann-Whitney, assim como foram utilizados os dados de amostra italiana obtidos no trabalho de Floriana de Angelis, 2013.

4.3.1 Diferenças de gênero dos médicos

A faixa etária foi diferente entre os gêneros. O grupo dos homens mostrou-se mais jovem do que o grupo das mulheres, sendo que 66% estão entre 35 a 40 anos, enquanto no grupo das mulheres 55% estão na faixa de 41 a 50 anos e 30% entre 51 a 60 anos conforme o gráfico:

Gráfico 26– Idade x Sexo*

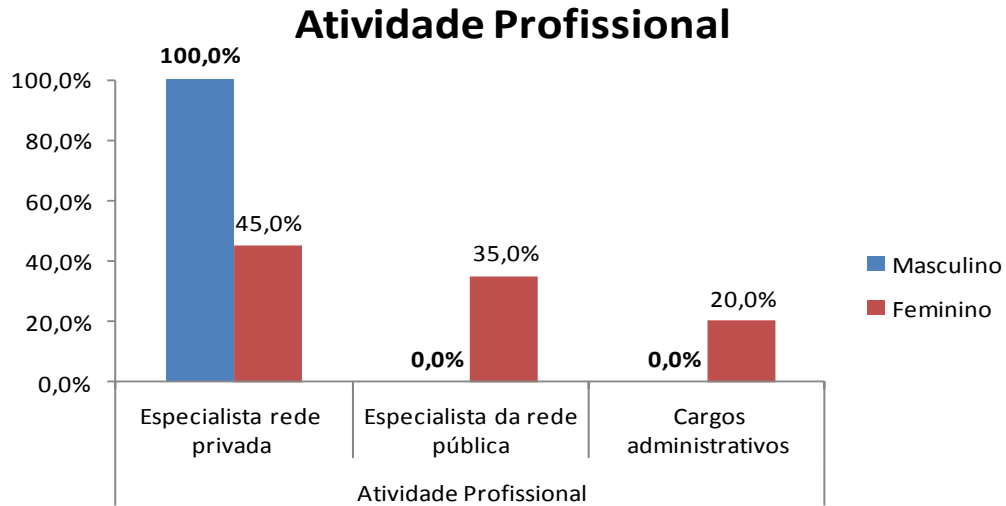


Fonte: autora (2014).

*No teste do Qui-quadrado de Pearson a relação sexo e idade para na amostra foi significativa obtendo o valor de 8,956^a e 0,30 de sigma assintético para os dois lados.

Houve diferença em relação à posição profissional atual. Todos os médicos homens trabalham como especialistas na rede privada, enquanto as mulheres se dividiram entre especialistas do serviço público (35%) e privado (45%).

Gráfico 27– Atividade profissional x sexo*



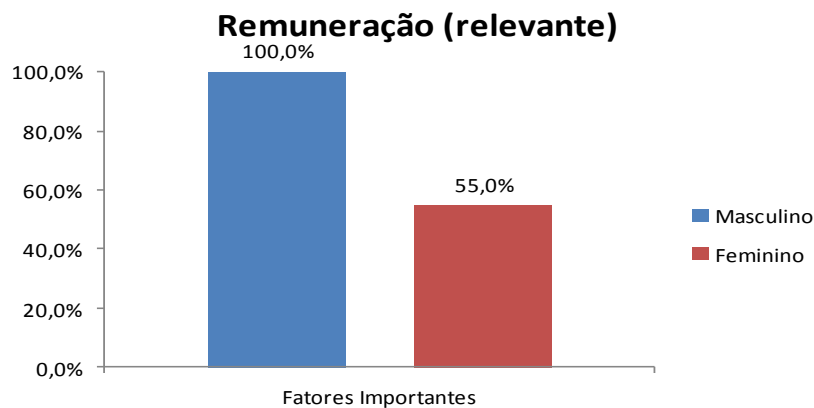
Fonte: autora (2014).

*No teste do Qui-quadrado de Pearson a relação sexo e atividade profissional para na amostra foi significativa obtendo o valor de 5,720^a e 0,57 de sigma assintótico para os dois lados.

- Fatores mais importantes no trabalho em relação ao sexo:

Os médicos consideram que o aspecto de remuneração é um dos aspectos mais importante, enquanto só 55% das mulheres compartilham a mesma opinião, conforme o gráfico:

Gráfico 28– Fatores importante no trabalho x sexo*



Fonte: autora (2014).

*No teste do Qui-quadrado de Pearson a relação sexo e fatores importante no trabalho para na amostra foi significativa obtendo o valor de 4,129^a e 0,42 de sigma assintótico para os dois lados.

- A satisfação com a escolha profissional:

Setenta e cinco por cento das médicas e 16,7% dos médicos estão totalmente satisfeitos com a profissão. 83,3% dos médicos estão bastante satisfeitos (gráfico 29).

Gráfico 29 – Satisfação na escolha profissional x Sexo*



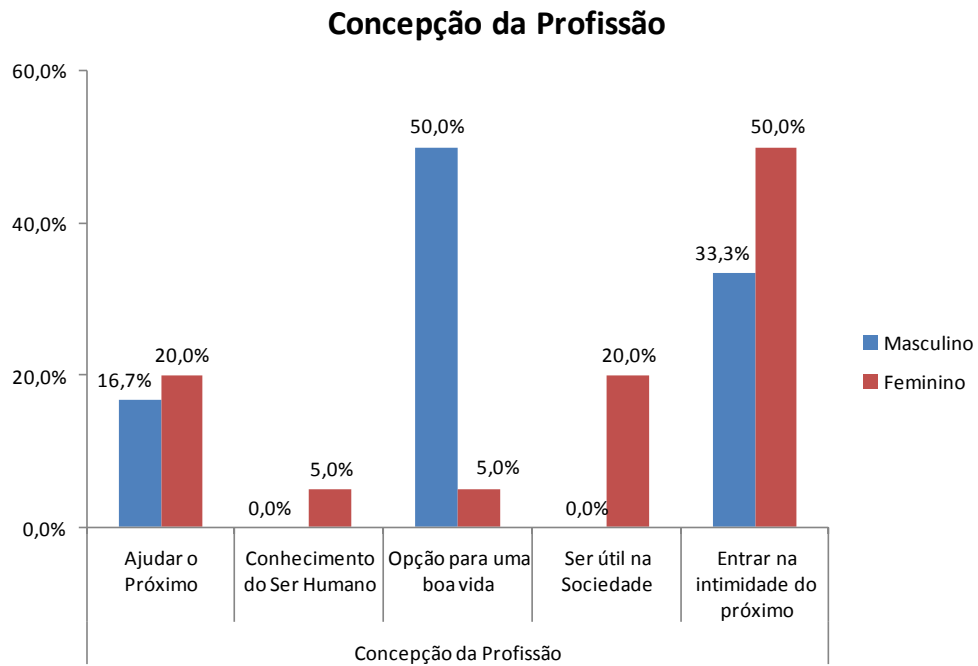
Fonte: autora (2014).

*No teste do Qui-quadrado de Pearson a relação sexo e satisfação na escolha profissional para na amostra foi significativa obtendo o valor de 8,200^a e 0,17 de sigma assintético para os dois lados.

- A concepção sobre a própria profissão:

Foi observada diferença entre gêneros em relação à concepção da própria profissão, pois 50% dos médicos veem a profissão como mais uma opção de muitos trabalhos, que poderia optar por fazer para levar uma boa vida, enquanto 50% das médicas enxergam a profissão como uma das poucas profissões onde realmente poderia ajudar aos outros, uma vez que o médico é capaz de entrar na intimidade da pessoa que sofre.

Gráfico 30– Concepção da profissão x Sexo*

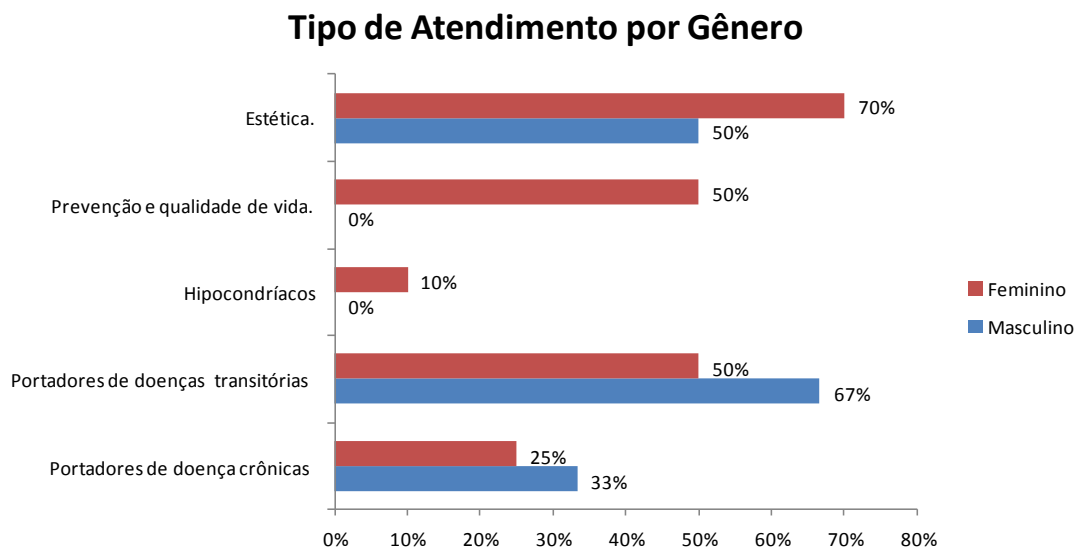


Fonte: autora (2014).

*No teste do Qui-quadrado de Pearson a relação sexo e concepção da profissão para na amostra foi significativa obtendo o valor de 7,879^a e 0,96 de sigma assintótico para os dois lados.

O tipo do paciente atendido mostrou diferença entre os gêneros, conforme mostrado no gráfico seguinte. As mulheres relataram que atendem mais pessoas buscando o cuidado e a prevenção.

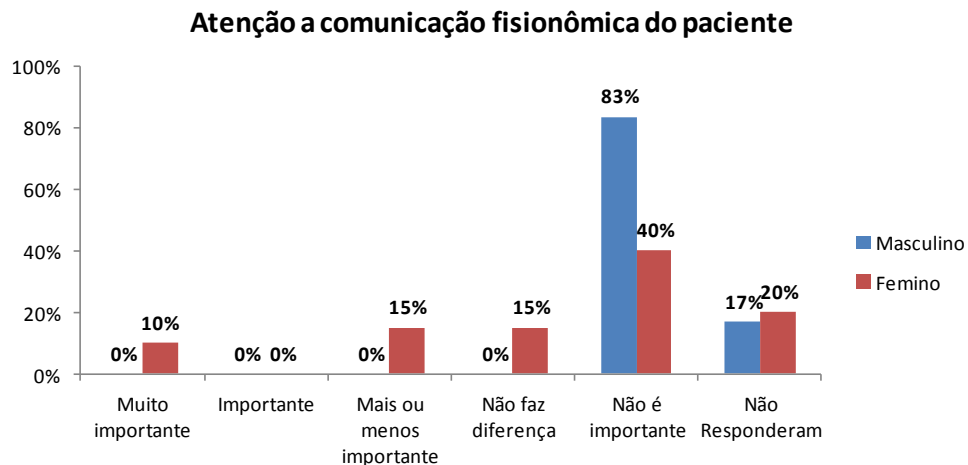
Gráfico 31– Tipo de atendimento por Gênero*



Fonte: autora (2014).

A atenção prestada durante uma consulta foi diferente, no sentido que os homens costumam prestar menos atenção à aparência física e o modo de vestir do paciente, ou seja, a questão fisionômica. Nos demais aspectos se mostravam iguais conforme o gráfico.

Gráfico 32– Atenção a comunicação fisionômica do paciente * sexo



Fonte: autora (2014).

Em geral, a fim de analisar as diferenças estatisticamente significativas entre os médicos homens e mulheres, observa-se que o perfil do grupo dos homens é de um grupo mais jovem; que se vê como autônomo e que embora satisfeito com a escolha profissional, esta satisfação não é completa; vê a profissão médica como uma opção de tantas outras; tem na remuneração um aspecto importante do trabalho; atendem pacientes mais comumente portadores de doenças; e, por fim, prestam pouca atenção à fisionomia do paciente.

4.3.2 Diferenças das relações com profissão e bem-estar psicofísico dos médicos brasileiros e italianos

Para analisar estes dados, foram feitas comparações entre os dados da pesquisa atual com os dados do trabalho de conclusão do curso de especialização nesta mesma Universidade, realizado com grupo de médicos italianos por Floriana de Angelis em 2013, com o objetivo de pesquisar o grau de bem-estar psicofísico de médicos e a sua satisfação em âmbito corporativo em grupo com idade média de 40 a 62 anos, sendo 14 do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Esses haviam terminado um curso de formação especializada ou de estudo (PhD e

mestre).Pode-se afirmar que, nas duas pesquisas participaram médicos munidos de um suficiente nível de profissionalismo e que dedicam a sua profissão a maior parte da vida deles.

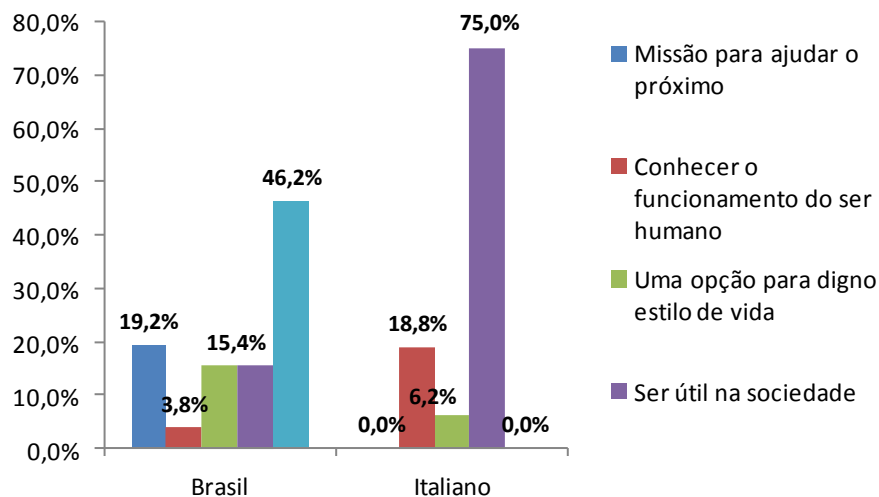
A possibilidade de comparação decorreu do uso de dois questionários semelhantes, como SF36 e o questionário biográfico, que foi elaborado pelo Departamento de Ontopsicologia da Universidade Estatal de São Petersburgo, sobre a direção da professora N.V. Grishina

Foram analisados os aspectos que se referem às relações com profissão e bem-estar psicofísico dos médicos.

- Concepção da profissão médica

Neste aspecto, no presente estudo prevalece ramas concepções que a profissão visava a ajudar a pessoa que sofre,ao conhecer a sua intimidade (46,2% dos entrevistados) e missão para ajudar o próximo (19%). Os outros 30% se dividem entre "um dos muitos trabalhos que poderia se optar por garantir uma boa vida" e "ser útil na sociedade". Os médicos italianos, por sua vez, percebem a profissão médica como útil ao próximo e à sociedade em 75%, e conhecimento da pessoa em 18,8%.

Gráfico 33– Concepção da profissão médica*Nacionalidade

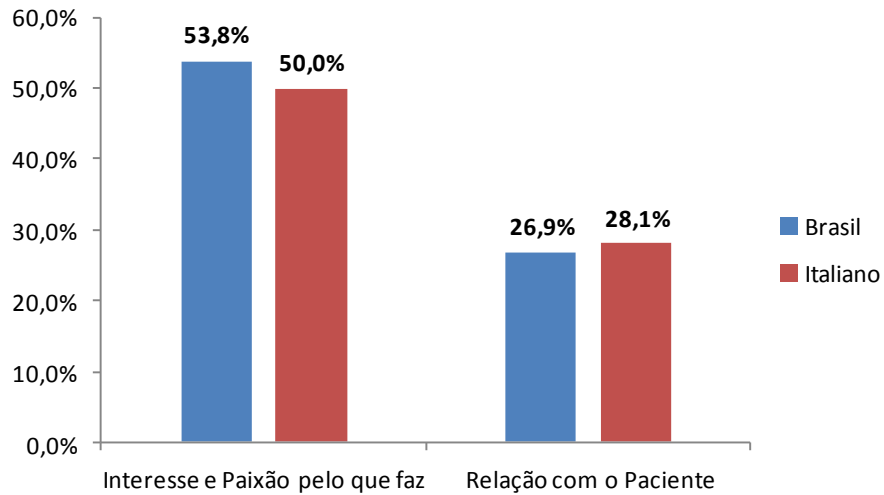


Fonte: autora (2014).

- O que aprecia na profissão

Houve semelhança entre os profissionais brasileiros e italianos em relação às qualidades mais preciosas, que foram cerca da metade dos entrevistados o interesse e a paixão em relação ao próprio trabalho, seguida de pouco mais de 1/4 das respostas as relações com os pacientes.

Gráfico 34– O que aprecia na profissão*Nacionalidade



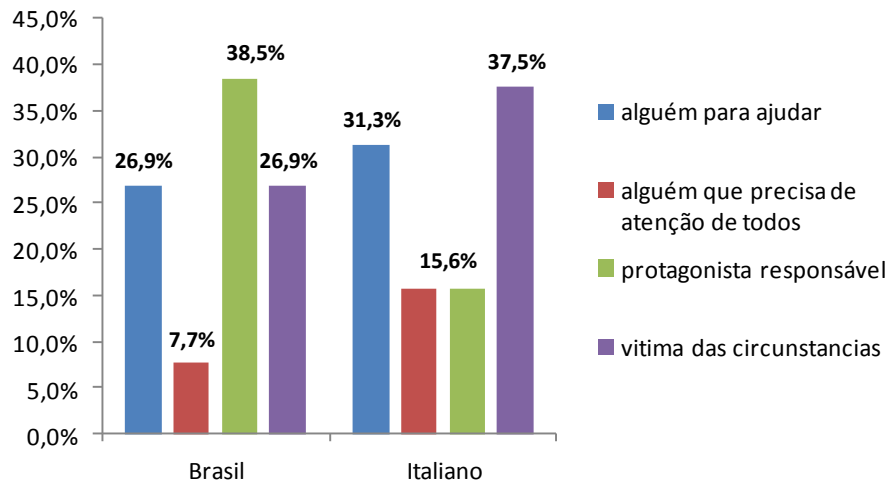
Fonte: autora (2014).

Sobre o fator principal para se ter sucesso no tratamento, os dois grupos assinalam a relação médico paciente como primordial (96,2% dos entrevistados brasileiros e 93,8% dos italianos).

- Percepção do paciente pelos médicos:

A visão do médico em relação ao paciente como alguém que precisa de ajuda foi semelhante nas duas pesquisas. Enquanto 38,5% dos dermatologistas brasileiros veem o paciente como um protagonista responsável do que lhe aconteceu pelo menos em partes, 26% os veem como vítima das circunstâncias que levaram à doença. Já os médicos italianos foram representados em 15,6% e 37,5%, respectivamente, em relação aos itens citados.

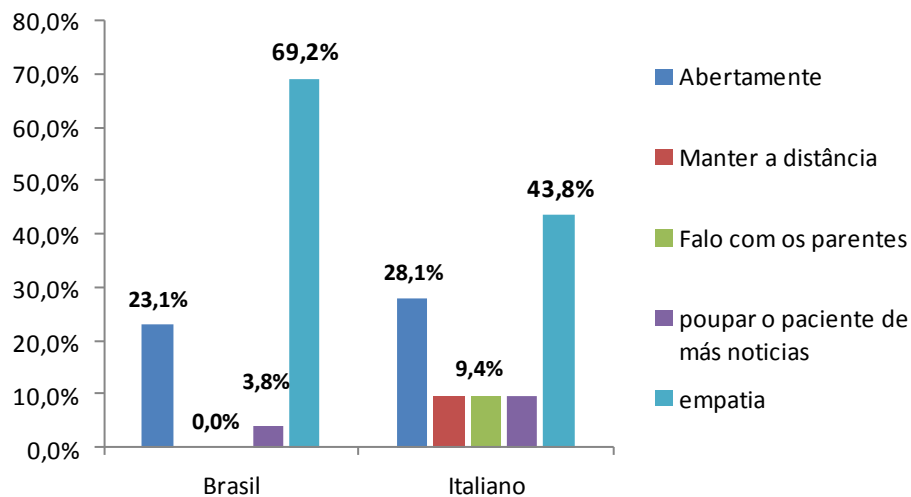
Gráfico 35– Percepção do Paciente pelo Médico*Nacionalidade



Fonte: autora (2014).

Em relação à preferência para se comunicar com o paciente, 43,8% dos médicos italianos e 69% dos brasileiros recorrem para empatia, seguida por dizer a verdade aos pacientes sobre as suas condições em 28% e 23,1%, respectivamente.

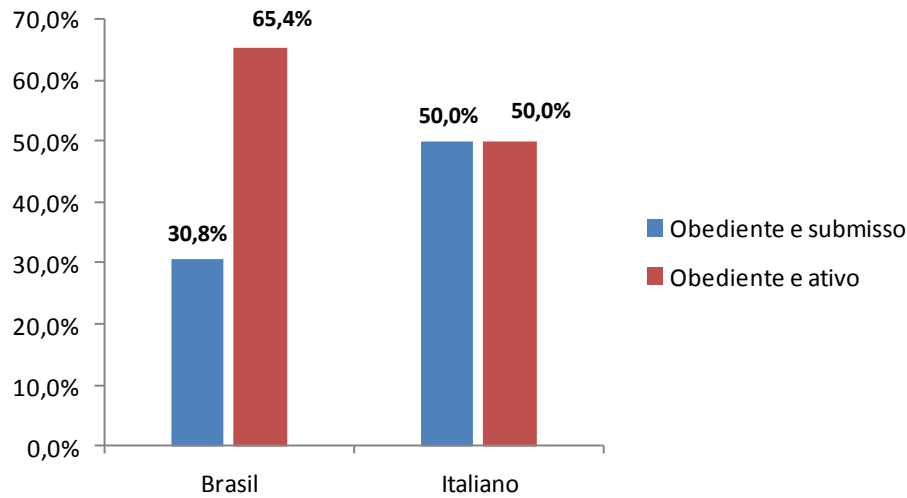
Gráfico 36– A preferência em comunicar com o paciente*Nacionalidade



Fonte: autora (2014).

Metade dos médicos italianos veem o paciente ideal como obediente e submisso e a outra metade dos médicos acredita que o ideal é um paciente obediente e ativo, diferentemente dos médicos brasileiros que os consideram em 30,8% e 65,4%, respectivamente.

Gráfico 37 – O paciente ideal*Nacionalidade



Fonte: autora (2014).

- Avaliação de como deve ser a atitude do médico com o paciente:

O médico ideal para os dois grupos deve ser sincero ao comunicar-se com o paciente e bastante acessível. Diferenças foram notadas na emotividade e informalidade brasileira e neutralidade e formalidade italiana.

- Questionário SF-36

Quanto à saúde dos sujeitos, avaliada pelo SF-36, conforme mostrado na tabela 2, devem ser destacadas as diferenças observadas quanto a dor e o estado geral de saúde, onde a média brasileira foi mais baixa do que a média italiana (72,72% x 81,81% e 69,31% x 81,1%). O aspecto social na média brasileira foi mais alto (87,2% x 55,7%) e os demais resultados foram semelhantes.

O componente físico da qualidade de vida foi igual a 324 e 345,21 pontos, enquanto o componente psicológico da qualidade de vida foi de 318 e 284,4 pontos, para os médicos brasileiros e italianos respectivamente.

Tabela 2 - Teste S-36 dos médicos brasileiros e italianos.

Domínio	Escore médicos brasileiros	Escore médicos italianos
Capacidade funcional	92,5	93,9
Limitação por aspectos físicos	89,4	93,7
Dor	72,8	81,8
Estado geral de saúde	69,3	81,1
Vitalidade	67,5	55,7
Aspectos sociais	87,0	55,7
Limitação por aspectos emocionais	88,5	85,3
Saúde mental	75,4	69,2
Total saúde física	324,0	345,2
Total saúde mental	318,4	284,4

Fonte: autora (2014).

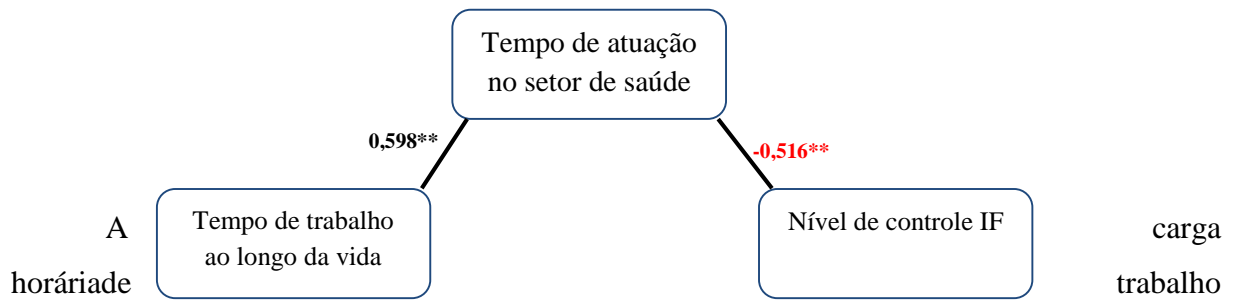
Deste modo, conclui-se que os médicos das duas pesquisas diferem em alguns aspectos como na concepção da profissão médica e o modo de perceber o paciente. Compartilham outros aspectos como a paixão pelo que faz, qualidade mais preciosa da profissão, empatia e sinceridade para se comunicar com paciente e acreditar que a relação entre médico e o paciente seja o fator principal que leva ao sucesso do tratamento.

3.4 OS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

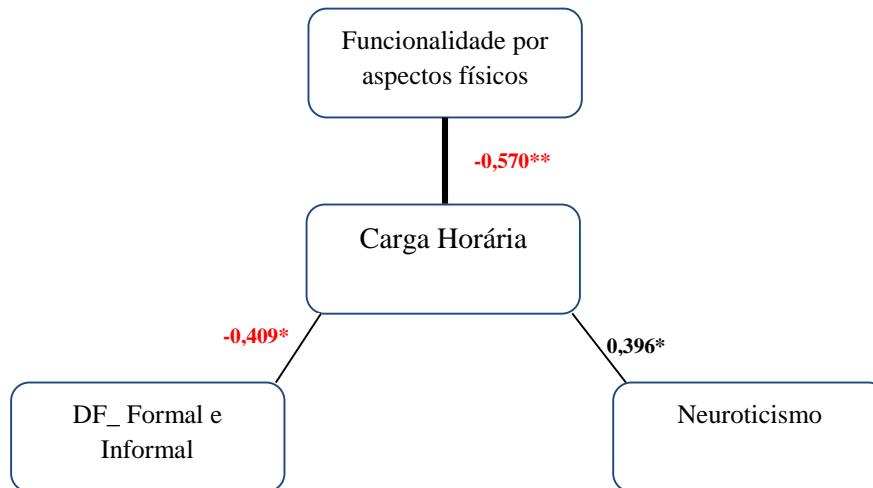
Foi realizado teste de correlação de Spearman entre as diferentes variáveis estudadas, sendo consideradas estatisticamente significativas as correlações com $p < 0,05$. Nas figuras a seguir, são apresentados os dados relacionados e o índice de correlação "r".

- Tempo de serviço, carga horária e correlações:

O tempo de atuação no setor de saúde apresentou correlação positiva com o tempo de trabalho ao longo da vida e relação inversa com internalidade na esfera dos fracassos. Ou seja, os médicos da pesquisa trabalharam a maior parte do tempo na área de saúde e, à medida que aumenta o tempo de trabalho, o indivíduo assume menor responsabilidade dos próprios fracassos.

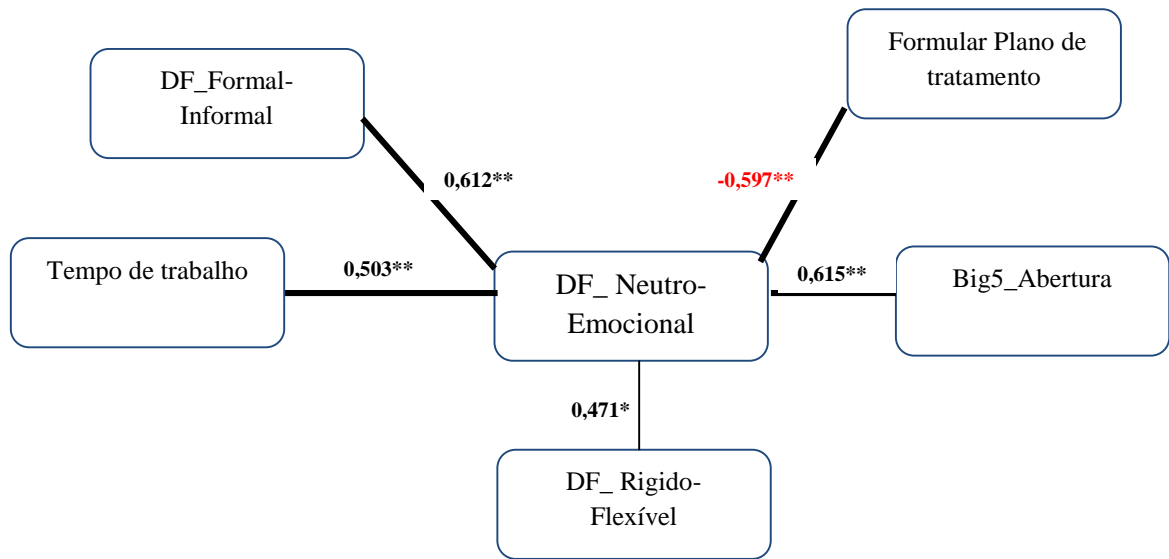


A carga horária apresenta correlação negativa com a funcionalidade por aspectos físicos e com as características da formalidade e informalidade. Houve entretanto, correlação positiva com neuroticismo. Assim, entendemos que cargas de trabalho elevadas limitam a capacidade funcional relacionada aos aspectos físicos e a pessoa tende a ser mais formal e instável emocionalmente.



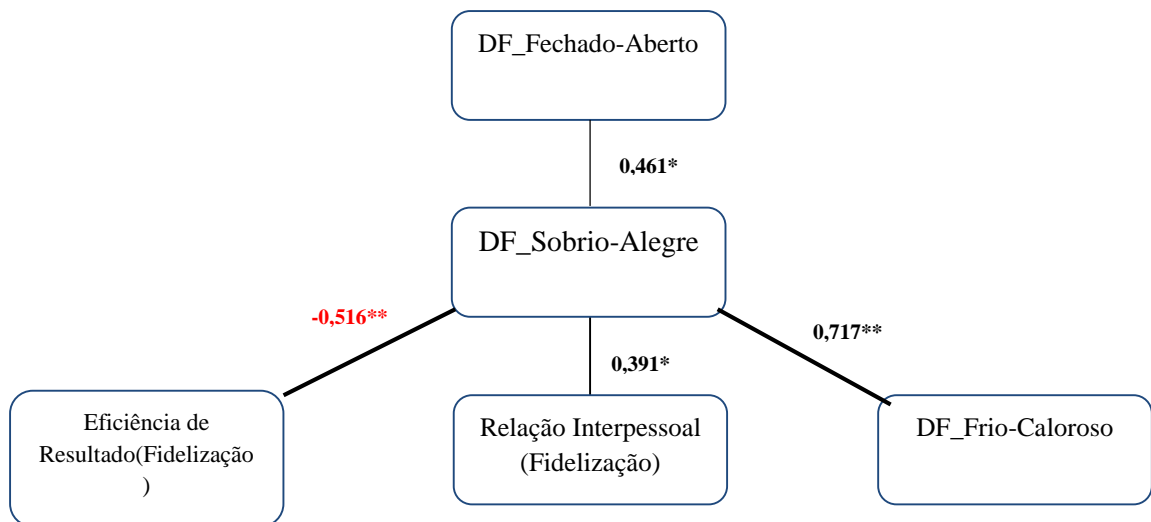
- Teste diferencial pessoal

Houve correlações entre as características estudadas no teste diferencial pessoal com alguns dados do Big Five, assim como com algumas condutas práticas, como mostrado a seguir:

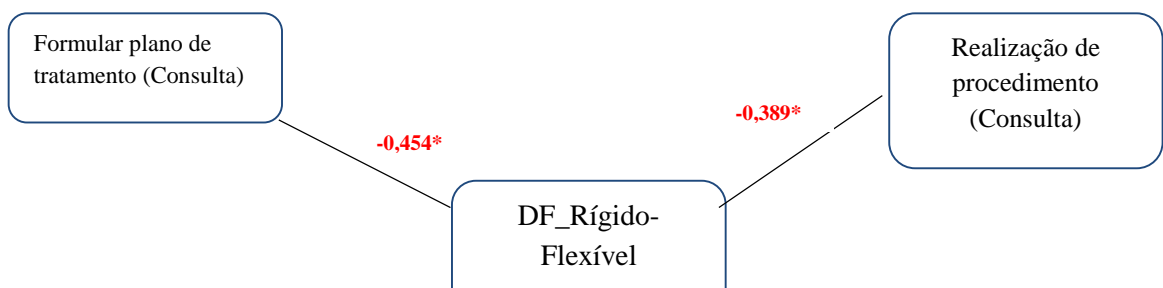


A característica "neuro-emocional" tende a intensificar com o tempo. O médico emotivo é inclinado a ser informal e flexível nos seus atendimentos, é aberto para experiência e durante a consulta dá menos atenção à formulação de plano de tratamento.

Médicos alegres são cordiais assim como abertos. Dão maior importância para as relações interpessoais e não à eficiência dos resultados no processo de fidelização dos pacientes.



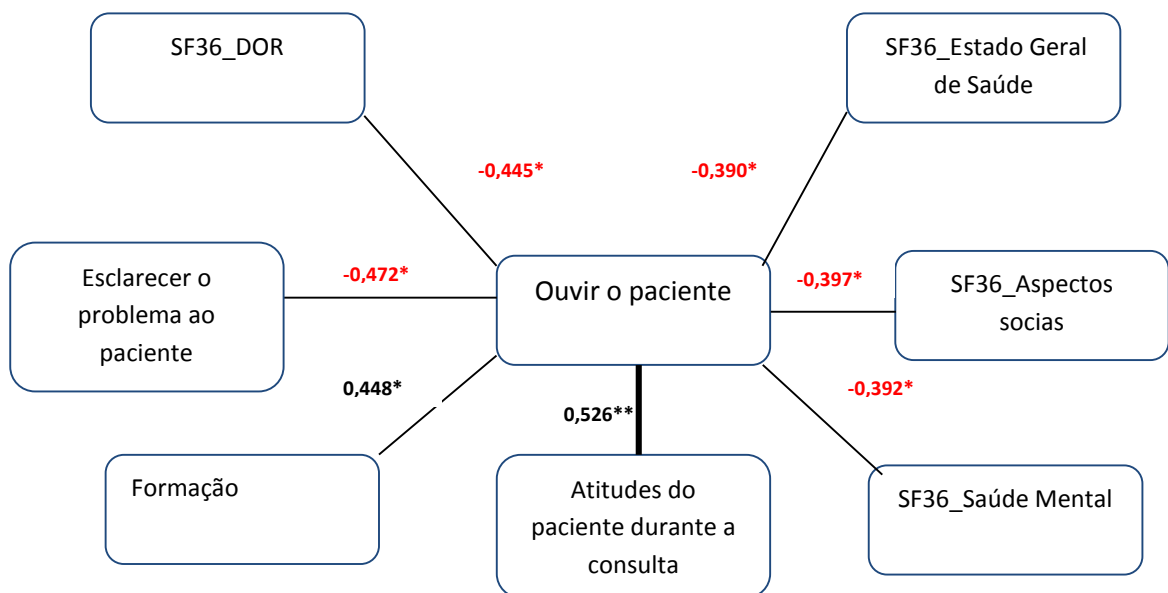
Quanto mais os médicos são flexíveis, eles são inclinados a ser mais emotivos e apresentam pior estado geral de saúde. Dedicam-se menos a formular planos de tratamento e a realizar exames durante a consulta. No processo de fidelização dão menos importância à eficiência dos resultados.



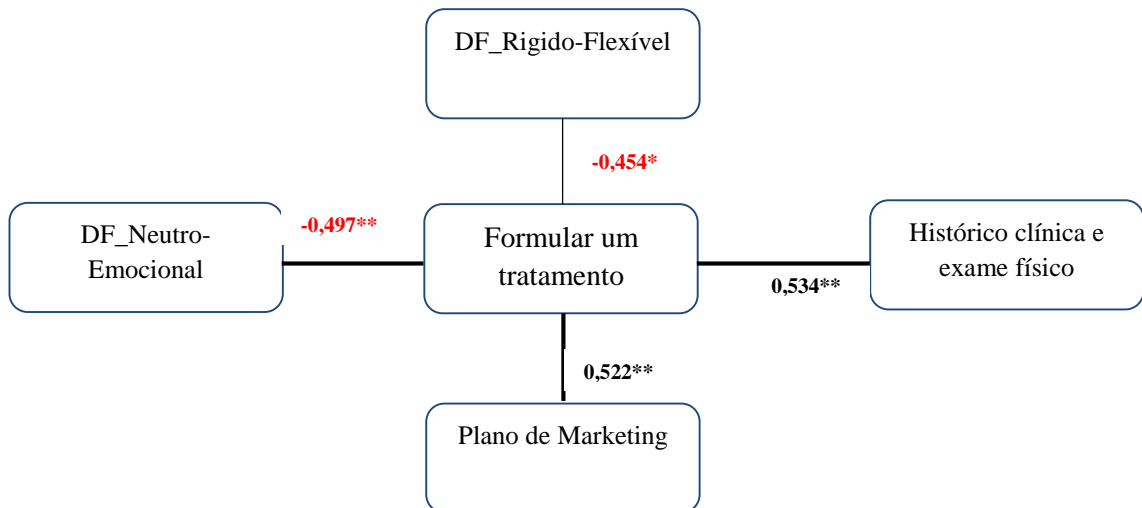
Os médicos considerados acessíveis tiveram sua confirmação pela característica de amabilidade do Big Five, ou seja, realmente são socialmente agradáveis e apresentam prontidão em colaborar com o grupo.

- Aspectos da consulta e correlações

Houve correlação positiva entre ouvir mais os pacientes durante a consulta e a formação do médico. Os profissionais que ouvem mais os pacientes tendem a prestar mais atenção às atitudes dos mesmos. Por outro lado, esses profissionais declinam a ter pior estado de saúde geral, pior aspectos sociais e mentais de qualidade de vida, pior escore de dor no SF-36 e, de certa forma paradoxalmente, tendem a esclarecer menos os problemas ao paciente.

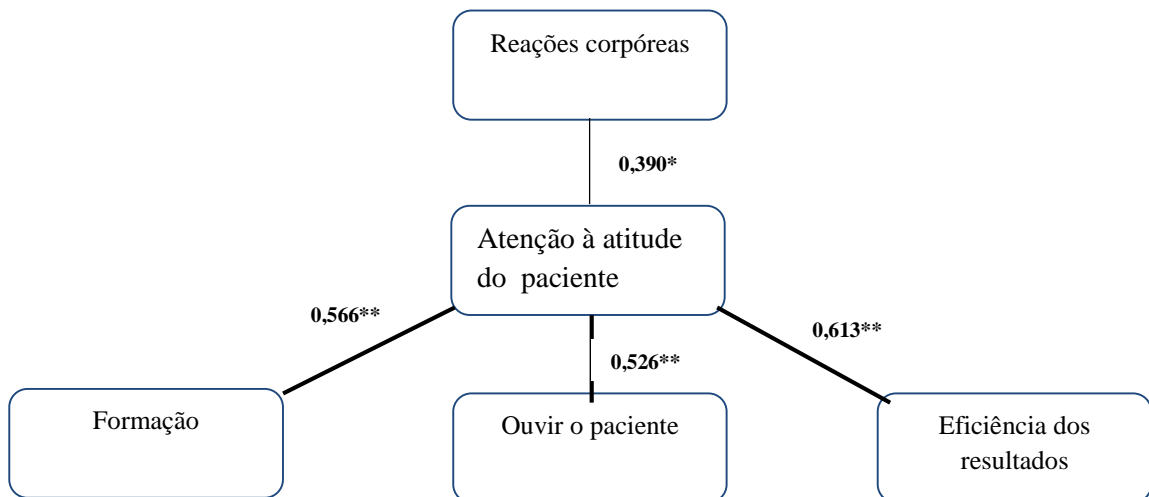


Com relação aos médicos que se dedicam a formular plano de tratamento durante uma consulta, há associação positiva com a valorização de planos de marketing para fidelização de pacientes e com a comunicação baseada apenas na história clínica e exame físico. Há tendência desses profissionais de serem neutros emocionalmente e menos flexíveis.



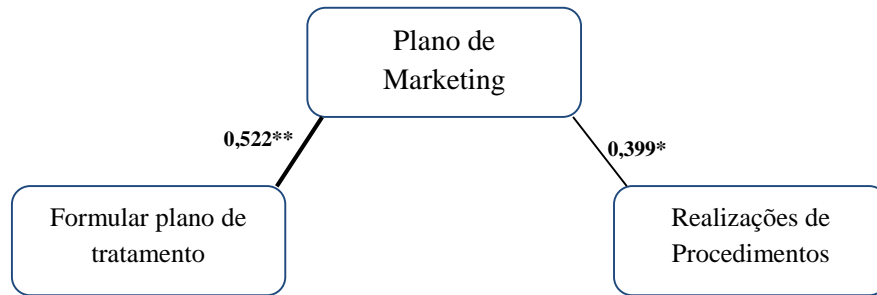
- Atenção ao tipo de comunicação

Os profissionais que prestam mais atenção às atitudes do paciente durante a consulta tem relação positiva com a formação recebida. O médico com essa inclinação tende a prestar atenção na fala do paciente e em suas reações corpóreas, ou seja, tende a ser mais atento à comunicação não verbal do paciente. Houve correlação entre esse perfil com a crença de que o que o aspecto mais importante para fidelizar os pacientes é a eficiência do resultado.

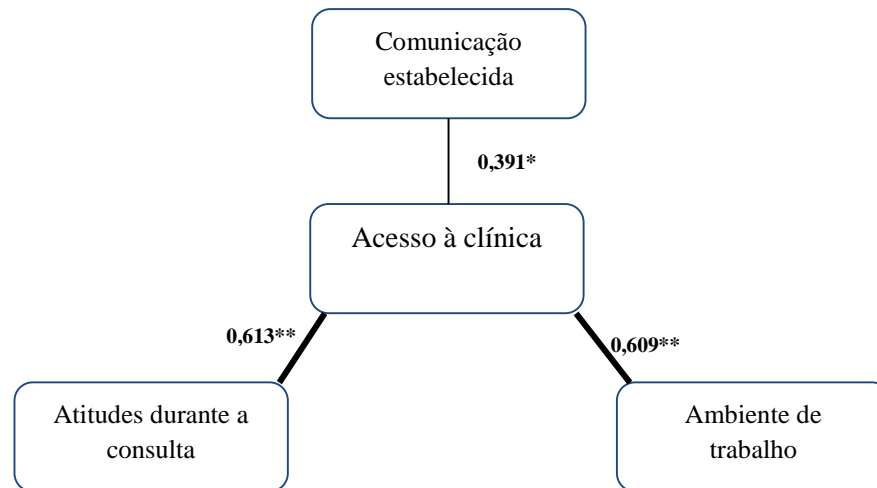


- Aspectos de fidelização e correlações:

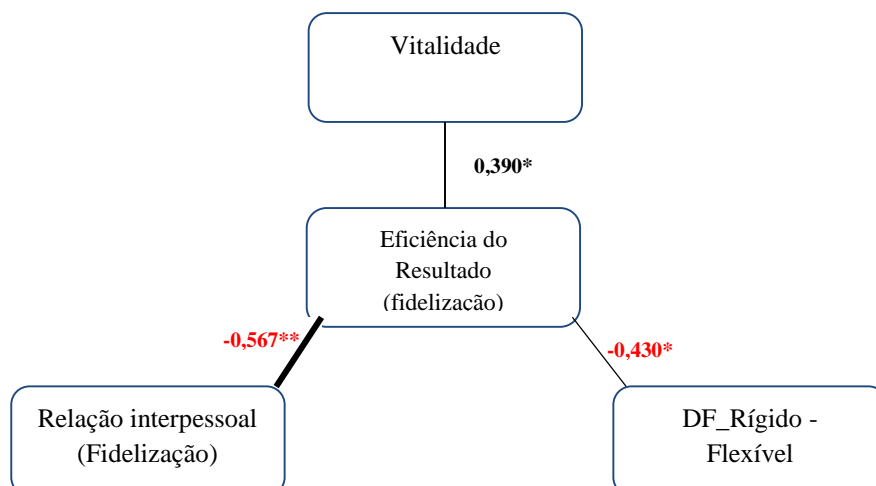
Houve correlação positiva entre considerar o plano de marketing um meio importante para fidelizar pacientes com a dedicação em formular o plano de tratamento e à realização de procedimentos durante a consulta.



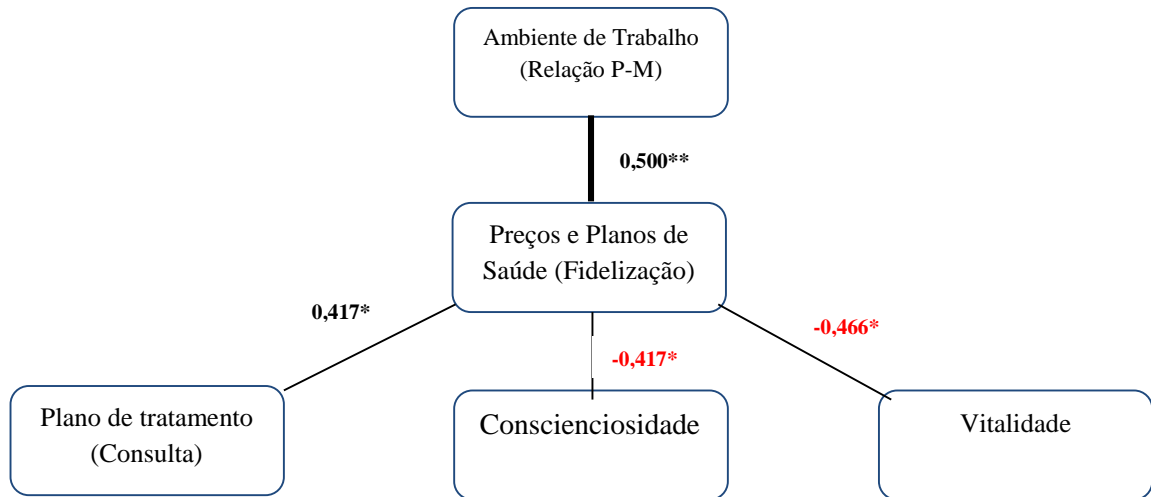
Quem tem o acesso da clínica como importante aspecto de fidelização, tende a prestar mais atenção nas atitudes do paciente durante a consulta e considera o ambiente de trabalho importante fator para construir boa relação médico paciente, assim como a comunicação estabelecida entre os sujeitos.



Dentro do processo de fidelização, houve correlação inversa entre as alternativas de "eficiência dos resultados terapêuticos" e a "relação interpessoal". Os médicos que acreditam na eficiência, tendem a ser mais rígidos e a ter mais vitalidade.



Os médicos que dão valor aos preços e planos de saúde para fidelizar os pacientes tendem a se dedicar mais em suas práticas a formular plano de tratamento e levantam a importância do ambiente do trabalho para boa relação médico paciente. Há tendência para baixa autodisciplina e menor vitalidade.

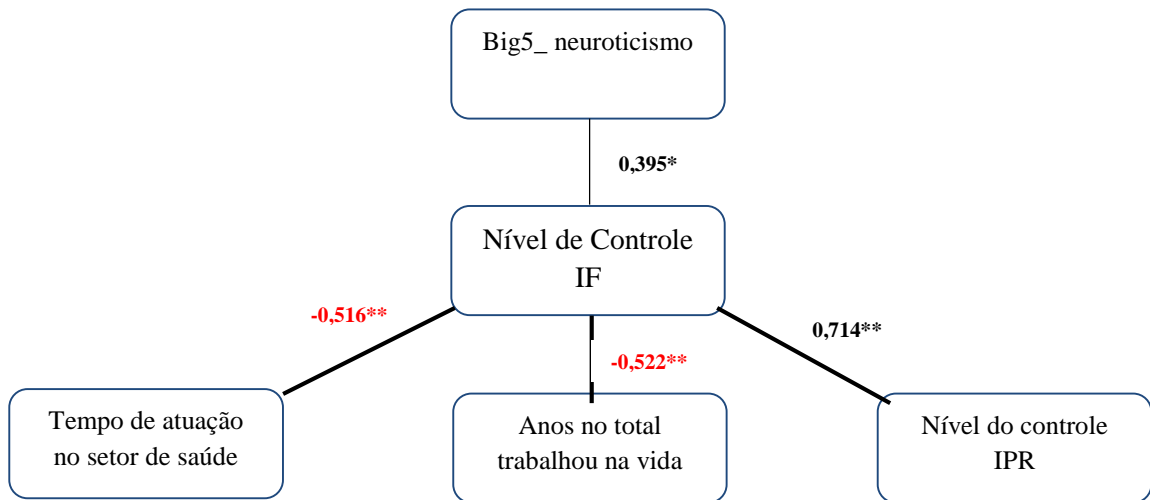


- Fatores importantes para boa relação médico paciente

Houve correlação entre a escolha dos fatores importantes para se construir uma boa relação médico paciente, o tipo de atenção dada na consulta e o processo de fidelização. Os médicos que acreditam que a boa relação depende em primeiro lugar da empatia, tendem a prestar mais atenção às atitudes dos paciente e neles mesmos, como se sentem junto a eles e nas próprias reações corporais na interação, ou seja, reação organísmica. Enquanto os outros que dão a importância ao tempo de espera pequeno e o tempo de consulta grande como requisito para construir a boa relação, tendem a prestar mais atenção à fisionomia do paciente e ao modo de se vestir.

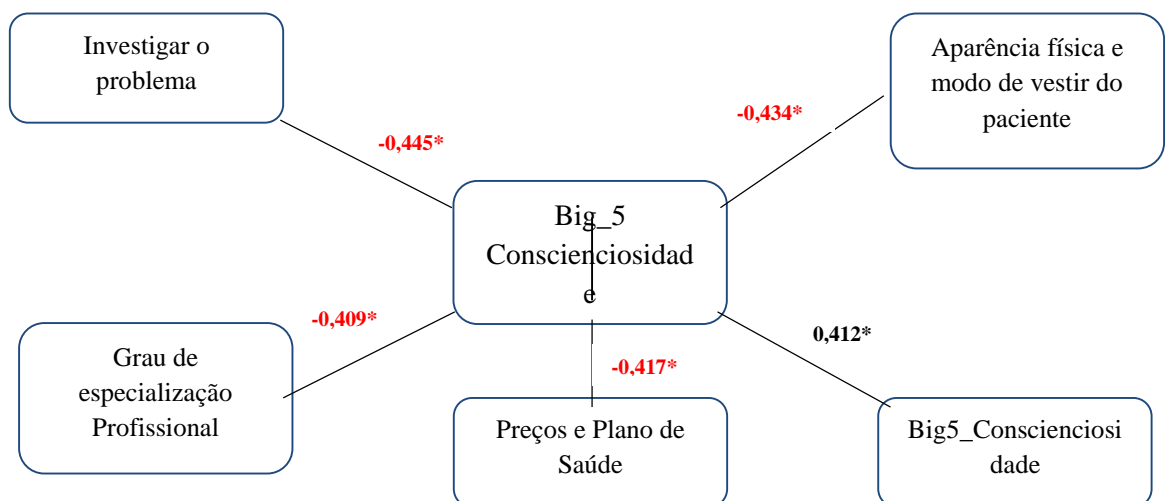
- Locus de controle e suas correlações

Foi encontrada correlação positiva entre "IF" e "IRP" e em menor grau com autocontrole. O nível de controle "IF" correlaciona-se negativamente com tempo de serviço.

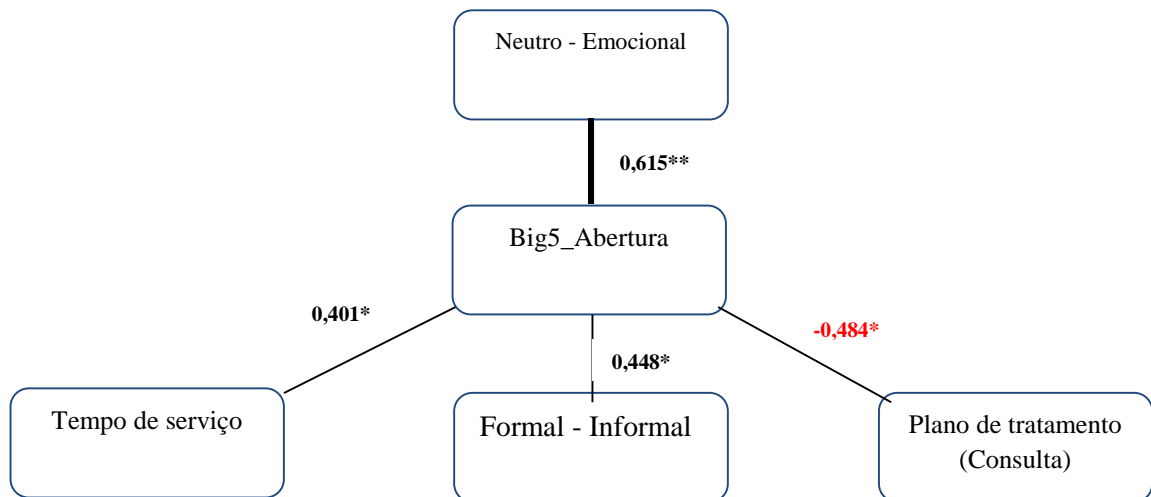


- Os cinco grandes fatores de personalidade e suas correlações

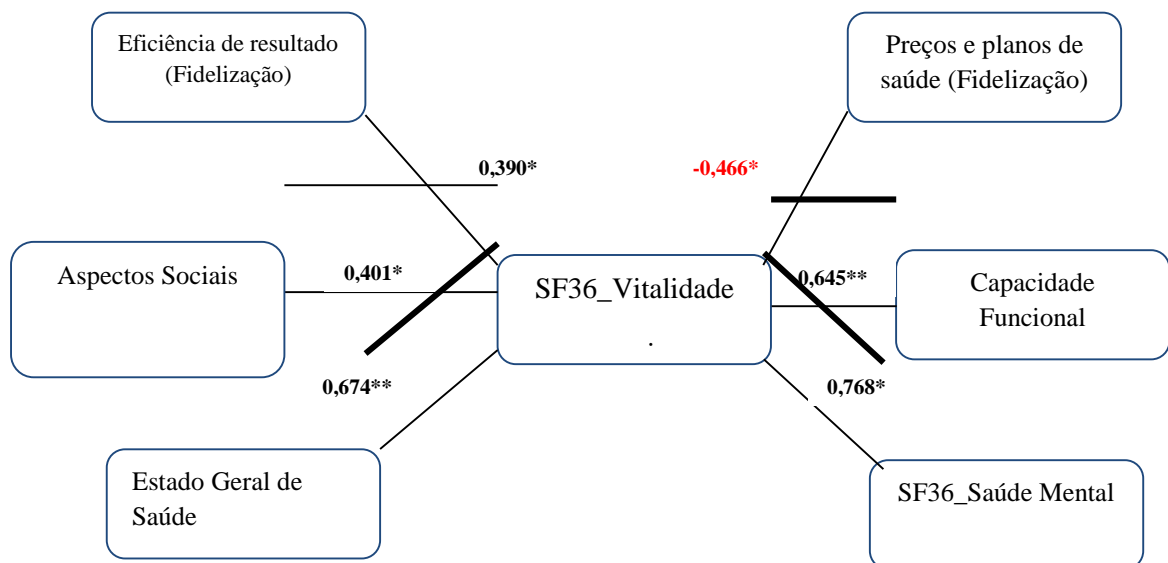
Observou-se que a conscienciosidade, característica do médico que tem autodisciplina e orientação para alcançar seus objetivos, correlacionou-se com a menor atenção fisionômica do paciente e à investigação dos problemas. Esse profissional tende a acreditar que a boa relação médico-paciente não depende do grau de especialização e para ele fidelizar o paciente não depende dos preços ou planos de saúde.



Quanto aos médicos que apresentam abertura para experiência, tal traço aumenta com tempo de serviço. Eles se mostram emocionais e informais e em suas práticas dedicam-se pouco à formulação de planos de tratamento.



Entre os domínios do SF- 36, a vitalidade mostra forte correlação positiva com a capacidade funcional, saúde mental e estado geral de saúde e em menor grau com a capacidade funcional e aspectos sociais. Os sujeitos com vitalidade elevada dão mais crédito à eficiência dos resultados para processo de fidelização e não ao plano de saúde e preços.



Diante do exposto, algumas conclusões são destacadas a seguir:

(1) Observou-se correlações entre as características estudadas no teste diferencial pessoal como a prática dos médicos e com o que eles acreditam ser importante para processo de fidelização:

- Médicos emotivos tendem a ser flexíveis, informais e abertos a novas experiências; em suas práticas tendem a se importar menos com a formulação de planos de tratamentos;

- Médicos flexíveis tendem a ser emotivos, em suas práticas importam-se menos com a formulação de planos de tratamentos, realização de procedimentos, acreditam menos nos resultados como importante fator de fidelização;
- Os alegres são abertos e cordiais; tendem a acreditar mais na relação médico paciente assim como na eficiência dos resultados como importantes fatores na fidelização.

(2) No teste de internalidade e externalidade nas esferas de fracassos, relações interpessoais de trabalho e na saúde não mostraram correlação na prática dos médicos ou no processo de fidelização;

(3) As seguintes correlações foram encontradas com os resultados do *Big Five*.

- Médicos com pouca autodisciplina, orientação para os deveres e para atingir os objetivos nas respectivas práticas dedicam-se a investigar os problemas, prestam atenção na aparência dos pacientes e reconhecem os preços e planos de saúde como ferramenta de fidelizar os pacientes;
- Médicos estáveis tendem a assumir a responsabilidade pelos seus fracassos. Nas suas práticas dão menos atenção à fala dos pacientes, assim como tendem a realizar menos procedimentos.
- Os médicos abertos para experiências são mais neutros e formais. Dão menos importância ao plano de tratamento. Esse perfil correlacionou-se positivamente também com o tempo de trabalho.

4.5 RESULTADOS DOS PACIENTES

Foram avaliados um total de vinte indivíduos, acompanhados por quatro médicos distintos (cinco pacientes por médico). Em relação ao gênero, 60% eram mulheres. Doze dos vinte (60%) eram casados e 60% tinham entre 18 e 50 anos de idade. A maioria (85%) tinha grau de instrução superior, com graduação ou pós-graduação. O quadro 1 apresenta os dados demográficos dos pacientes, notando-se que há distribuição irregular das características dos mesmos entre os grupos em relação à idade e gênero (valor p do teste χ^2 de Pearson apresentado no quadro 1).

Quadro 1 -Dados demográficos dos pacientes, distribuídos em grupos conforme o médico que faz o acompanhamento.

GÊNERO	Masculino	Feminino	Total				
Grupo 1	0	5	5				
Grupo 2	2	3	5				
Grupo 3	5	0	5				
Grupo 4	1	4	5				
Total	8 (40%)	12 (60%)	20 (100%)				
			p = 0,009				
IDADE (anos)	18-35	35-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total
Grupo 1	4	1	0	0	0	0	5
Grupo 2	0	0	2	1	2	0	5
Grupo 3	0	2	0	1	1	1	5
Grupo 4	0	2	1	2	0	0	5
Total	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)	3 (15%)	1 (5%)	20 (100%)
							p = 0,03
ESTADO CIVIL	Solteiro	Casado	Separado	Total			
Grupo 1	3	2	0	5			
Grupo 2	0	5	0	5			
Grupo 3	0	2	3	5			
Grupo 4	0	3	2	5			
Total	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)	20 (100%)			
				p = 0,12			
INSTRUÇÃO	Médio	Graduação	Especializ.	MSc/PhD	Total		
Grupo 1	1	3	1	0	5		
Grupo 2	0	3	2	0	5		
Grupo 3	0	2	2	1	5		
Grupo 4	2	0	1	2	5		
Total	3 (15%)	8 (40%)	6 (30%)	3 (15%)	20		
					p = 0,3		

Fonte: autora (2014).

Os pacientes foram questionados em relação às motivações para o tratamento com o dermatologista e poderiam citar uma ou mais opções. As duas respostas mais comuns foram doenças cutâneas eventuais (citada por dez pacientes) e rotina ou prevenção (citada por dez pacientes). Estética estava entre as motivações de seis pacientes e doenças crônicas em apenas dois dos vinte. A tabela 3 mostra as respostas dos pacientes agrupados de acordo com o médico assistente, observando-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos, embora haja tendência à distribuição desigual ($p=0,07$) em relação às respostas, doença eventual (igual a zero no grupo 1) e rotina/prevenção (igual a zero no grupo 3).

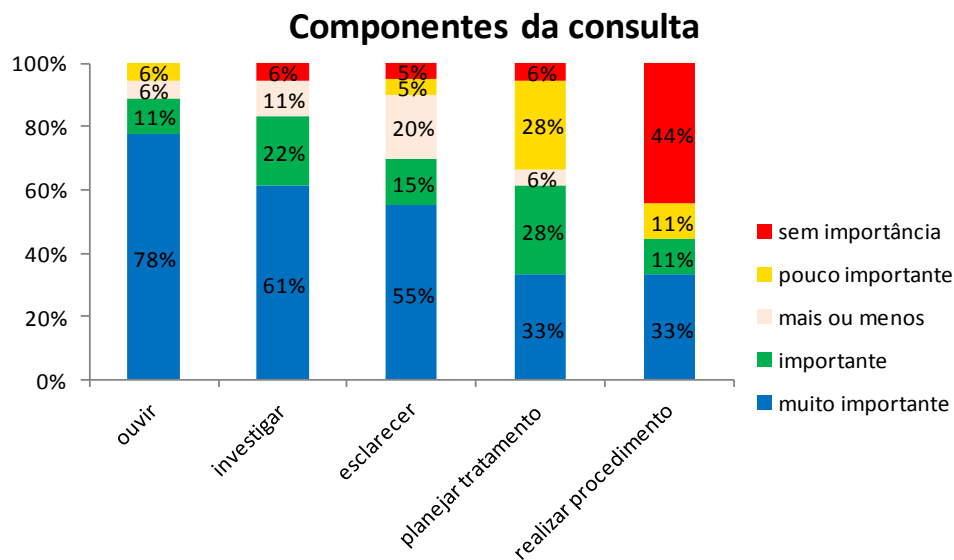
Tabela 3 - Motivações citadas pelos pacientes para o tratamento dermatológico, estratificadas de acordo médico assistente do grupo de pacientes.

GRUPO	Doença eventual	Rotina / prevenção	Estética	Doença crônica
1	0	3	2	0
2	3	4	2	0
3	4	0	0	1
4	3	3	2	1
Total	10	10	6	2
teste χ^2 de Pearson	p=0,07	p=0,07	p=0,4	p=0,5

Fonte: autora (2014).

Entre os componentes da consulta médica considerados mais importantes pelos pacientes estão "ser ouvido" e "ter os seus problemas investigados". Serem ouvidos foi considerado muito importante ou importante (escores 5 e 4, respectivamente) por um total de 16 pacientes (89% das respostas para esse item). Por outro lado, a realização de um procedimento foi citada como muito importante ou importante apenas 8 vezes e classificada como pouco importante ou sem importância 10 vezes (55% das respostas para esse item).

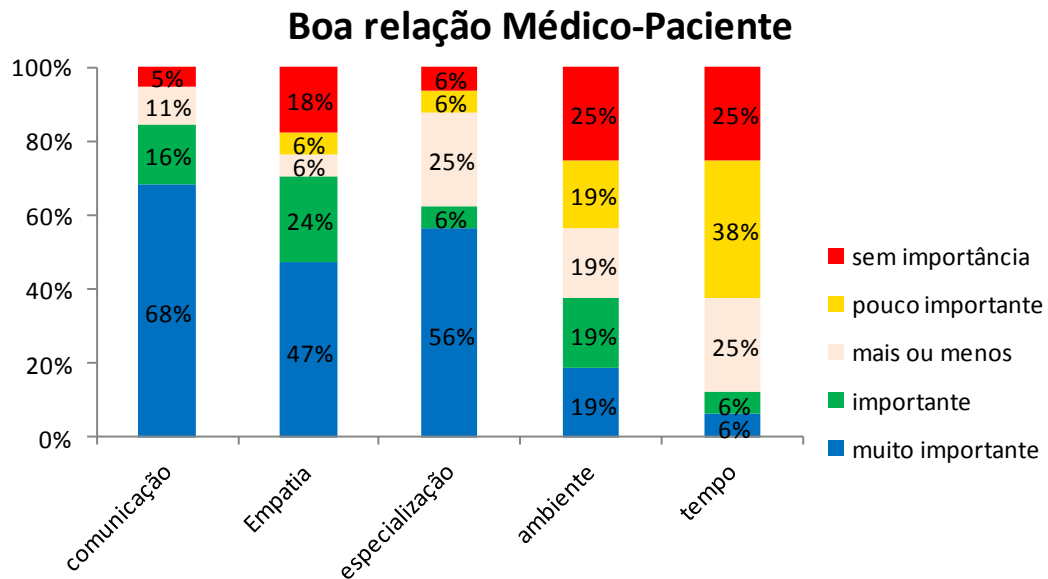
Gráfico 38 – Componentes da consulta*em termos de importância



Fonte: autora (2014).

Na opinião dos pacientes, a boa relação médico paciente depende primordialmente de uma comunicação eficiente, considerada muito importante por 13 pacientes (68% das respostas desse item). Em seguida, vem o grau de especialização do profissional e a empatia. O tempo de espera para a consulta, assim como a duração da mesma foi considerado pela maioria pouco importante ou sem importância (38% e 25% das respostas, respectivamente).

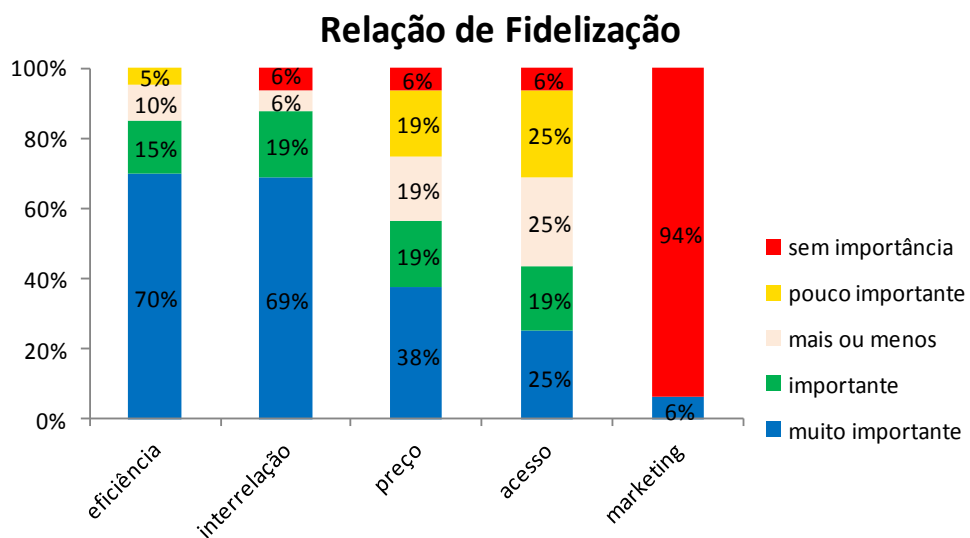
Gráfico 39 – Boa relação médico paciente*em termos de importância



Fonte: autora (2014).

Para construir uma relação de fidelização, os pacientes acham que a eficiência dos resultados e a relação com o médico são muito importantes (14 dos 20 pacientes e 11 dos 20, respectivamente). O plano de marketing foi considerado sem importância pela maioria maciça (94% das respostas).

Gráfico 40 – Relação de Fidelização*em termos de importância



Fonte: autora (2014).

Quanto as expectativas do paciente em uma consulta em ordem decrescente de importância foram: ser ouvido, ter seu problema compreendido, ter plano de tratamento e sair aliviado. Ninguém citou a expectativa de ser acolhido, como pode ser observado no gráfico seguinte.

Gráfico 41 - Expectativa do paciente em uma consulta

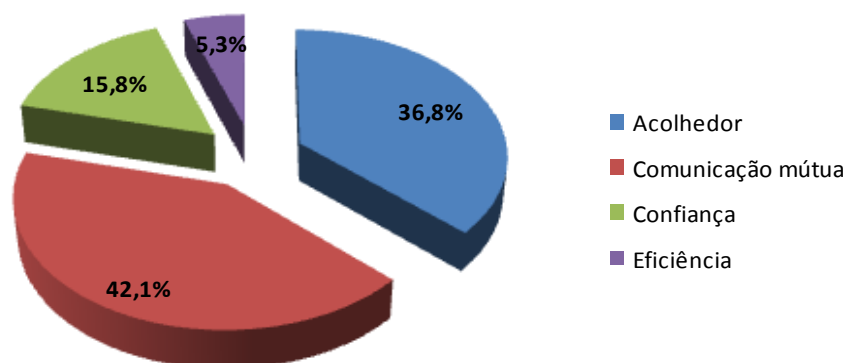


Fonte: autora (2014).

O modo de vínculo médico paciente com mais chance de sucesso, definido como resultado clínico e a solução do problema, foi considerado a comunicação mútua, escolhida por 42% dos pacientes. O menos relevante foi a eficiência dos resultados.

Gráfico 42 – Modo do vínculo relação médico paciente

Modo do vínculo relação médico-paciente

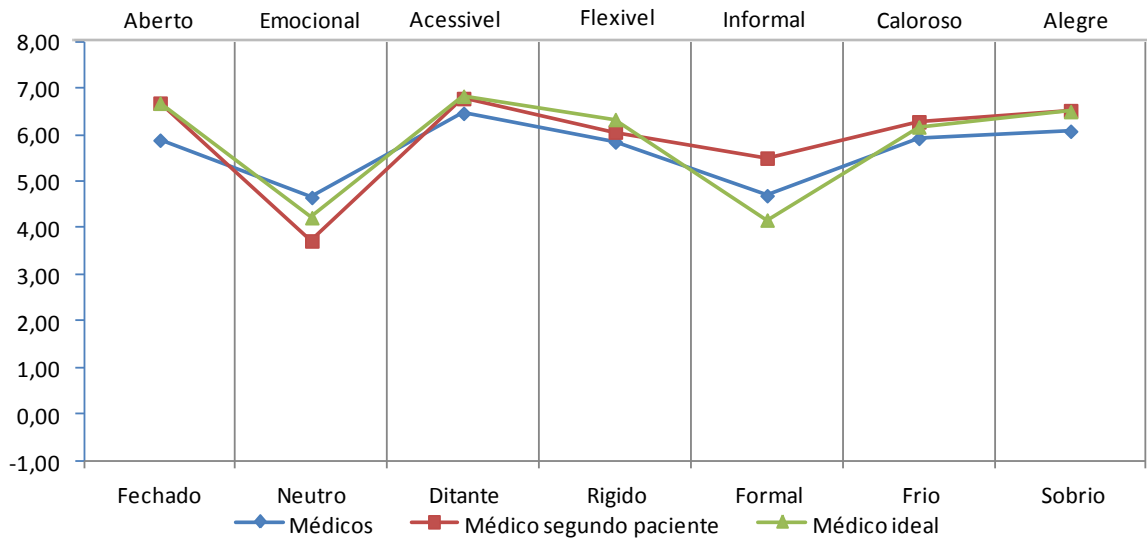


Fonte: autora (2014).

O Gráfico 43 apresenta os resultados do teste diferencial pessoal acerca de como deve ser a atitude do médico com o paciente. São apresentados o ponto de vista dos médicos, o resultado dos pacientes em relação aos seus próprios médicos e o que eles julgaram ser o médico

ideal. Observa-se que os valores são semelhantes, embora os pacientes tenham indicado um pouco mais de neutralidade e formalidade que o autojulgamento dos médicos.

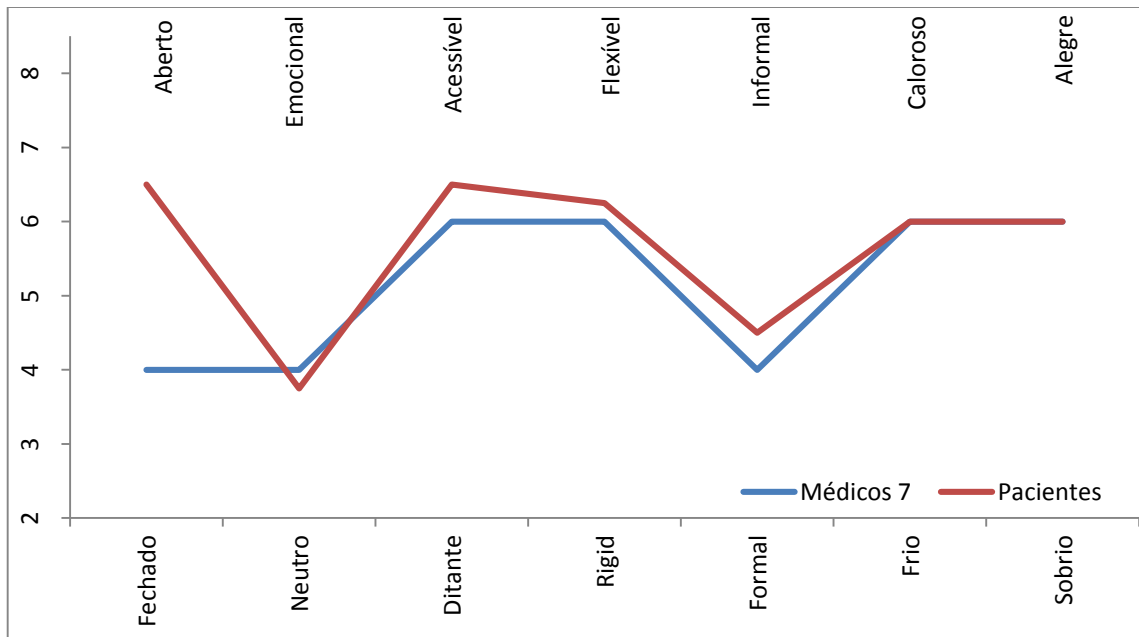
Gráfico 43 – Resultado do teste de diferencial pessoal



Fonte: autora (2014).

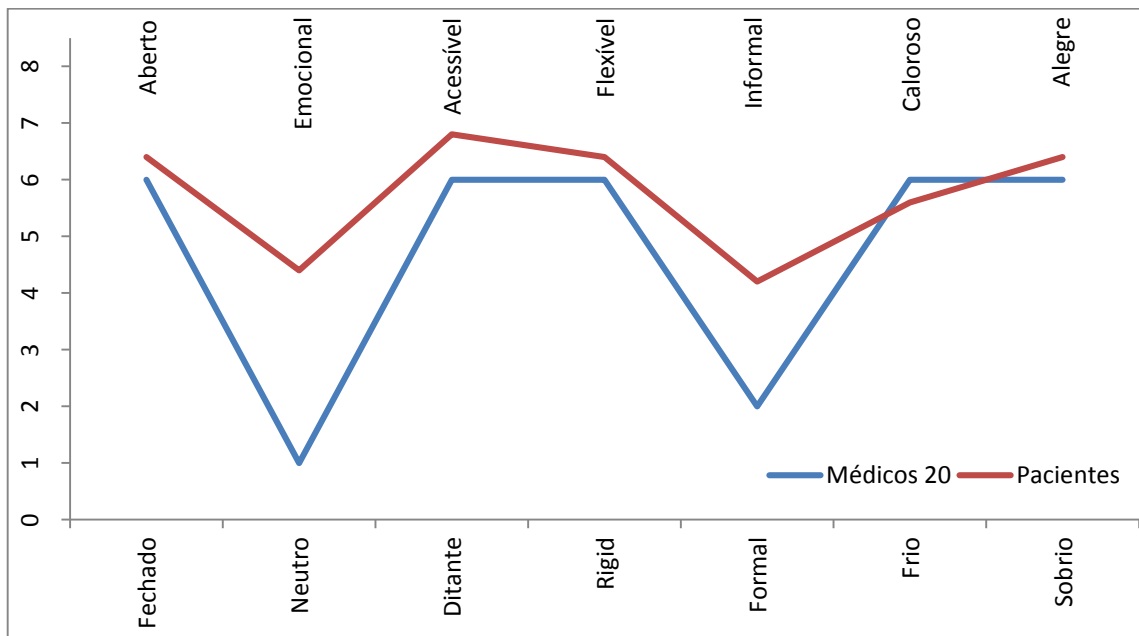
A diferença entre a auto avaliação dos médicos e a opinião dos pacientes torna-se um pouco mais evidente quando se compara os subgrupos, ou seja, o que os pacientes de um mesmo médico julgaram desse profissional. Embora o número de pacientes por médico tenha sido pequeno (cinco por dermatologista) e, portanto, seja insuficiente para conclusões significativas, os dados encontrados apontam para uma possível discordância entre a auto avaliação do médico e o julgamento do paciente. Adicionalmente, observa-se que em cada profissional avaliado os pontos de discordância diferem, como pode ser observado nos gráficos 44 a 47. Por exemplo, a divergência no médico 7 foi no eixo fechado-aberto; com o médico 20, os pacientes o avaliaram mais emocional e informal; o médico 24 se julga mais informal que seus pacientes e, finalmente, os pacientes do médico 25 o julgaram mais neutro que ele próprio.

Gráfico 44 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 7 e de seus pacientes.



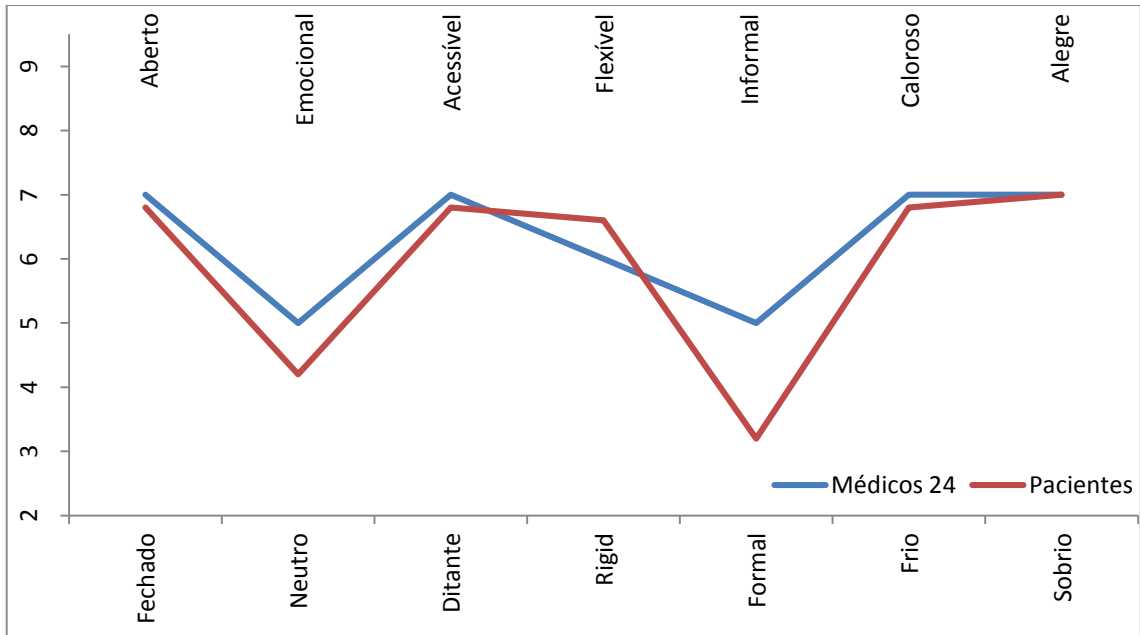
Fonte: autora (2014).

Gráfico 45 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 20 e de seus pacientes.



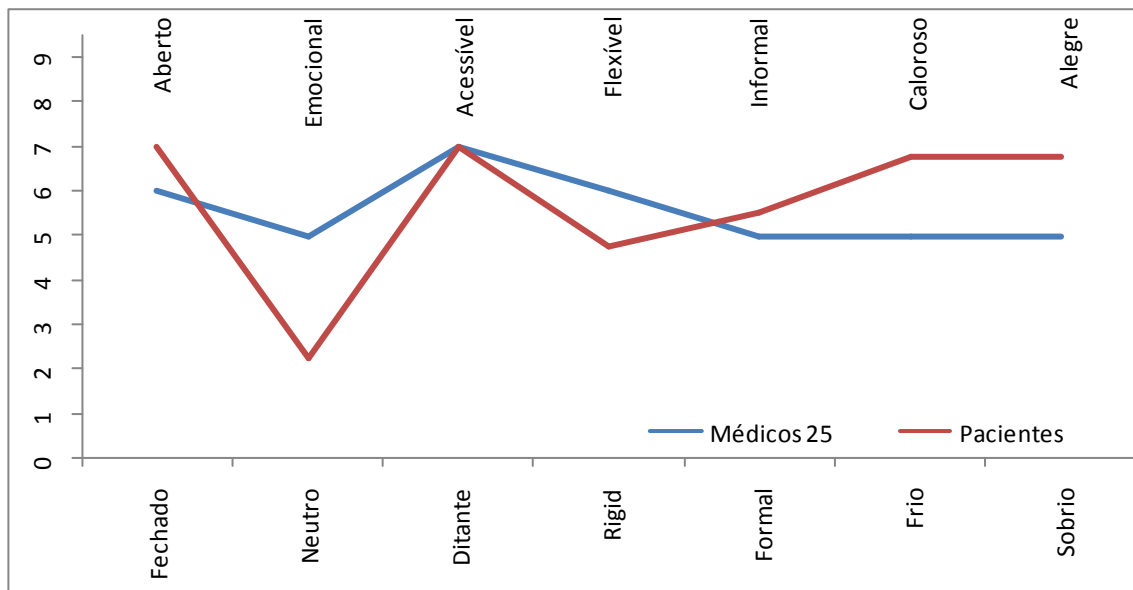
Fonte: autora (2014).

Gráfico 46 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 24 e de seus pacientes.



Fonte: autora (2014).

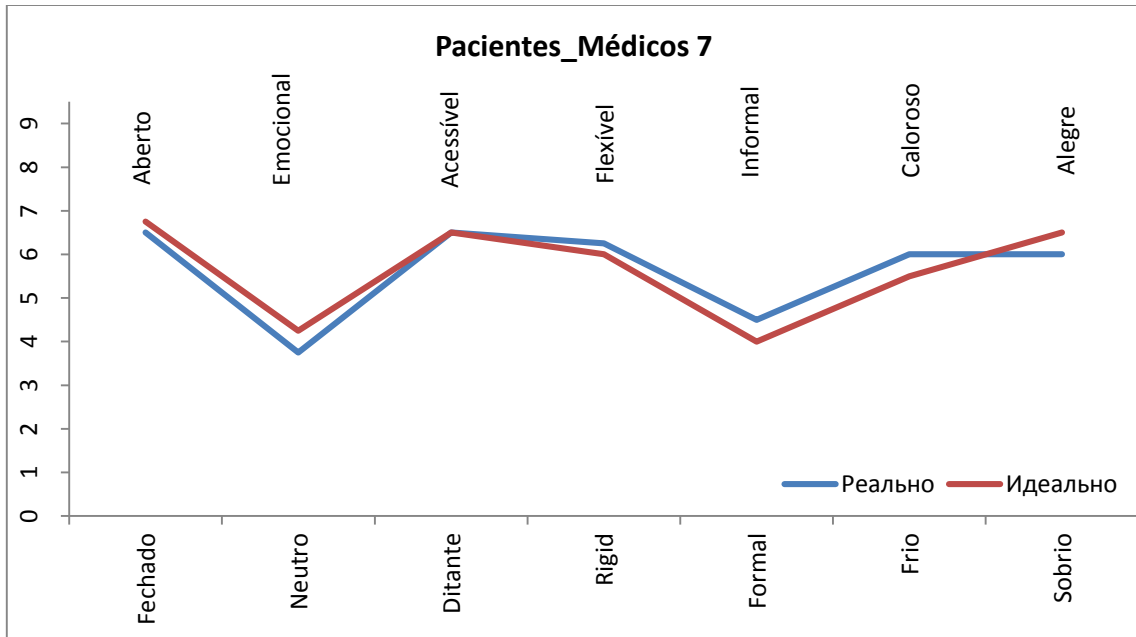
Gráfico 47 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 25 e de seus pacientes.



Fonte: autora (2014).

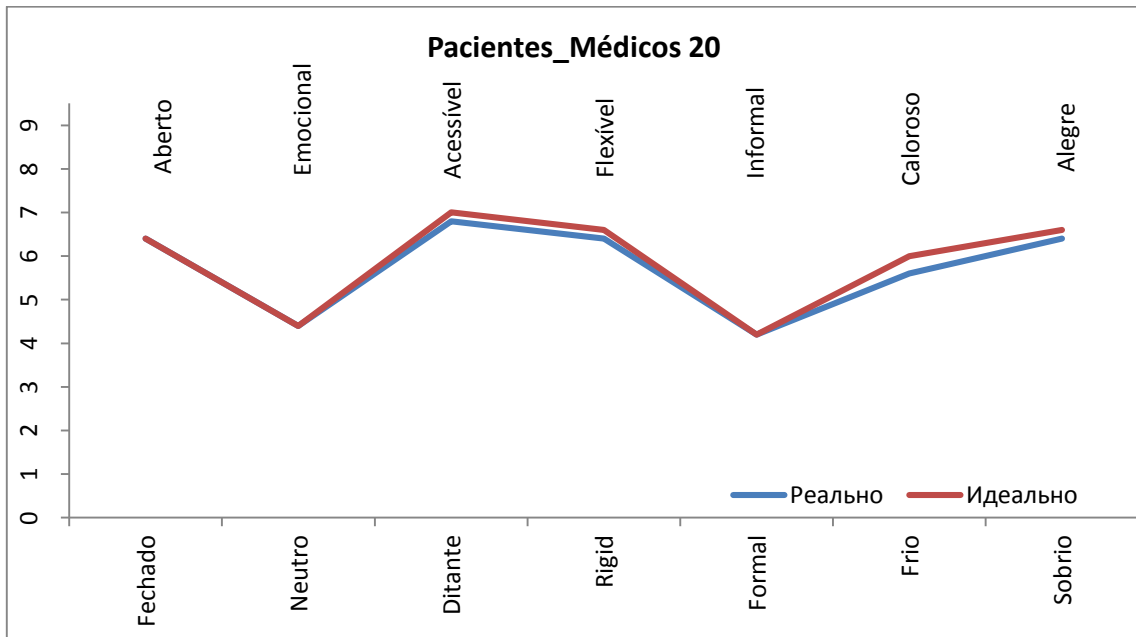
A análise dos resultados contidos nos gráficos que comparam a avaliação feita do médico pelo grupo dos seus pacientes e aquilo que acham que devia ser o médico ideal, percebe-se que a semelhança entre os dois resultados para três deles, exceto o médico 25 mostra que os pacientes o avaliam muito mais emocional e flexível do que deveria ser e ao contrário pouco menos cordial do que ele costuma ser, como mostram os gráficos seguintes.

Gráfico 48 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 7* medico ideal.



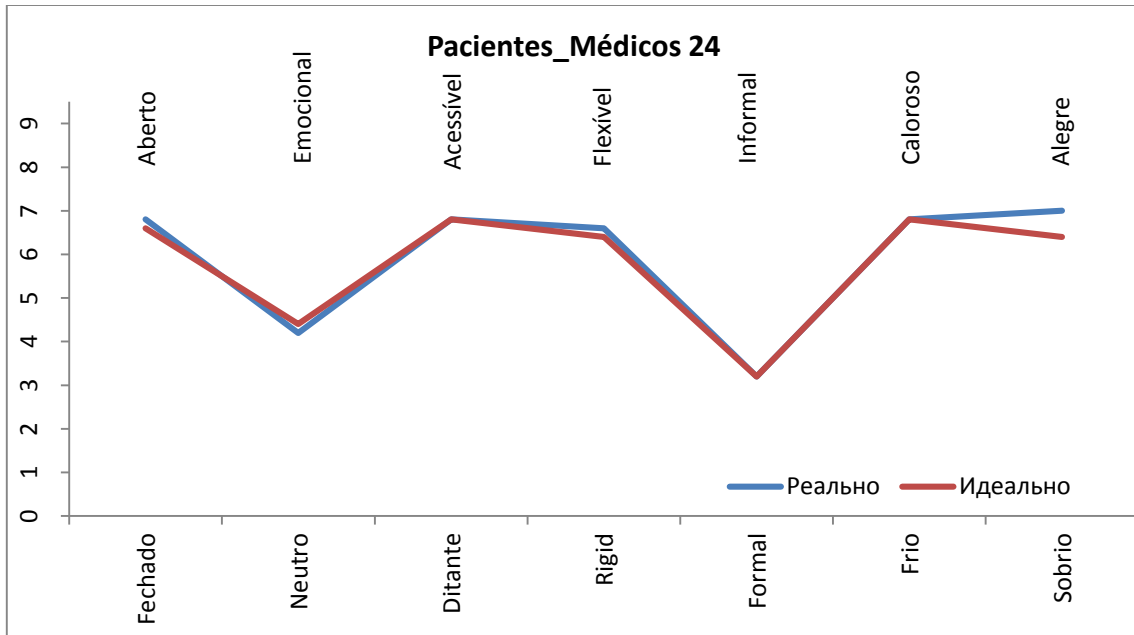
Fonte: autora (2014).

Gráfico 49 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 20* medico ideal.



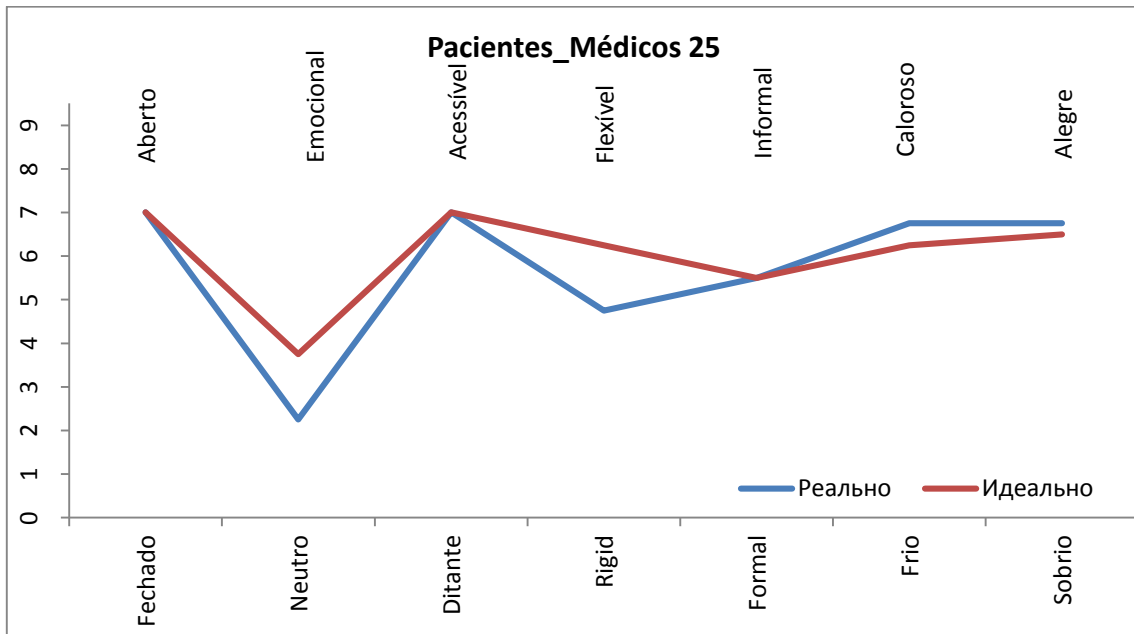
Fonte: autora (2014).

Gráfico 50 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 24* medico ideal.



Fonte: autora (2014).

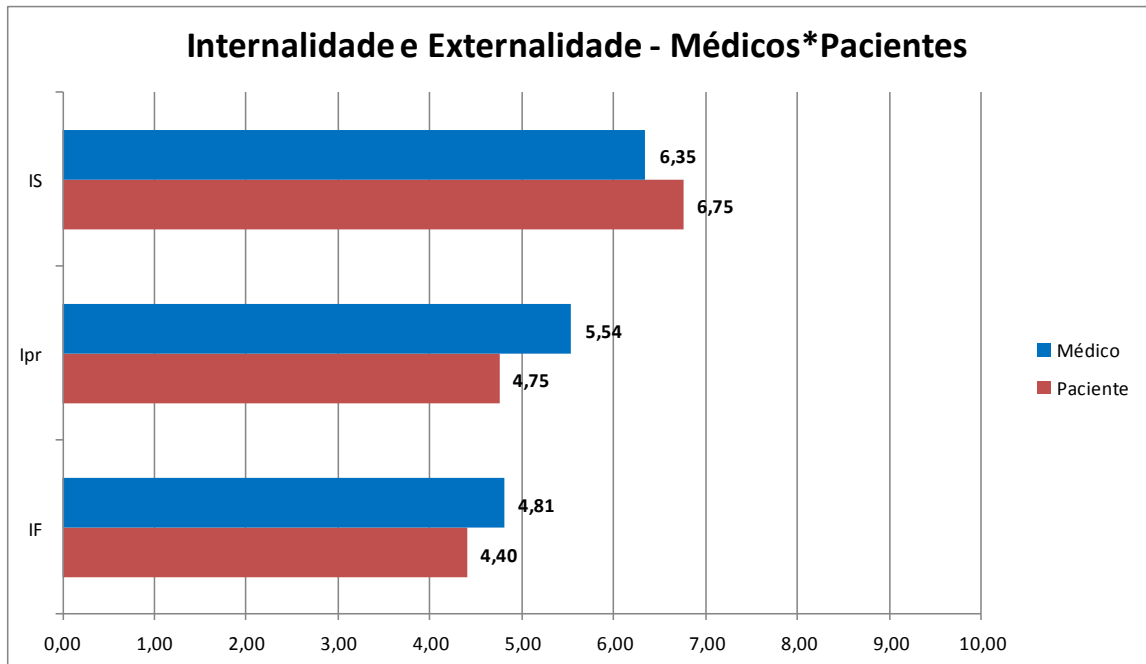
Gráfico 51 – Resultado do teste de diferencial pessoal do médico 25* medico ideal.



Fonte: autora (2014).

A comparação dos resultados do teste de locus de controle aplicado nas esferas de fracassos, relações interpessoais no trabalho e na esfera de saúde, mostrou resultados semelhantes tanto para médico quanto para os pacientes.

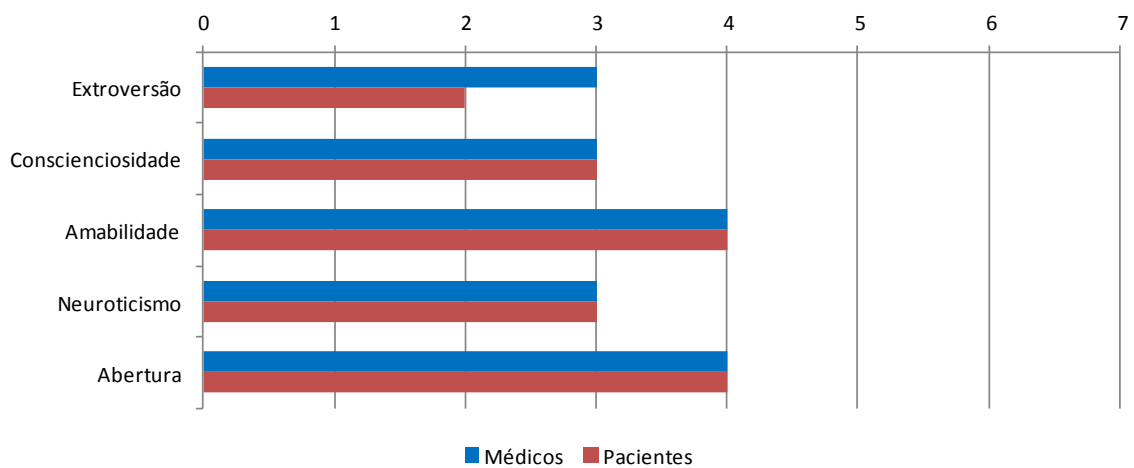
Gráfico 52 – Resultados do teste Locus de controle



Fonte: autora (2014).

Os resultado do teste Big Five dos pacientes e dos médicos evidencia diferença somente no que se refere à característica de extroversão, onde os pacientes mostram ser pouco menos extrovertidos.

Gráfico 53 – Resultados do teste Big5



Descrição	Muito Baixos 5%	Baixos 10%	abaixo da média 20%	médios 30%	acima da média 20%	altos 10%	Muito altos 5%
Escala	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: autora (2014).

Conforme exposto nos resultados acima, tanto dos pacientes quanto dos médicos, podemos concluir que:

- Ambos os grupos acham que em uma consulta os aspectos mais importantes são os pacientes serem ouvidos e ter seus problemas investigados e esclarecidos;

- A boa relação depende da comunicação eficiente da empatia entre eles. Cabe salientar que os médicos dão um pouco mais de importância em relação ao tempo de espera e o ambiente, em comparação com a opinião dos pacientes;

- Em relação aos fatores importantes para uma relação de fidelização entre eles, os dois grupos apostam em eficiência dos resultados e a relação interpessoal.

6 CONCLUSÃO

O problema da pesquisa foi saber se existe correlação entre o perfil psicológico entre médicos e clientes, em relação à fidelização do acompanhamento. Considerou a relação de fidelização entre pacientes e médicos especialistas em dermatologia determinadas pela conciliação de alguns traços psicológicas de ambos.

- Os traços de personalidade dos médicos; foram pouco abaixo ou na média em todos os fatores, os três que tiveram relações diretas com as práticas e na fidelização foram Conscienciosidade, neuroticismo e abertura para experiência como já foi mostrado. Quanto as IF,IRP e IS os grupos ficaram na média e pouco acima, não mostrando implicações direta ,

- Os resultados obtidos relacionados aos traços características dos pacientes foram semelhantes aos médicos nos testes de locus de controle. No Big Five observou-se diferença somente ao que refere à extroversão.

-O modo de como deve ser a atitude do médico com os pacientes pesquisado pelo teste DF, mostrou padrão semelhante nas três avaliações feitas sob o ponto de vista dos médicos, pacientes avaliando o próprio médico e o médico ideal, dando destaque às características da alegria, cordialidade e acessibilidade e em grau menor a sinceridade e flexibilidade. No entanto os pacientes indicaram pouco mais da neutralidade nas emoções.

Os pares dos adjetivos estudados que mostraram influências nas práticas, foram as duplas de sóbrio-alegre, formal-informal, neutro e emocional.Em resumo, os resultados da pesquisa mostram a influência de traços de personalidade e características dos médicos na prática clínica, assim como semelhança significativa entre o perfil psicológico dos médicos e dos pacientes. Dessa forma, pode-se inferir que esses aspectos influem na fidelização dos pacientes e, portanto, assegura a hipótese levantada. Recomendam-se novos estudos longitudinais e comparativos.

REFERÊNCIAS

- ABSH - Associação Brasileira de Self-Healing. Disponível em:
<http://www.absh.org.br/pesquisas/index/23/Calculo_do_Escore_do_Questionario_SF_36>.
Acesso em: 10 set. 2014.
- AMARAL, E; DOMINGUES, R. C. L.; ZEFERINO, A. M. B. Avaliando Competência Clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2007.
- ANDERSON, C.R. Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. **Journal of Applied Psychology**, v. 62, n. 4, p. 446-451, 1977.
- ANDRADE, P. P.; REYES, L. I. Locus de control y orientación al logro en hombres y mujeres. **Revista de Psicología Social y Personalidad**, v. 12, n. 1-2, 75-84, 1996.
- ANTUNES, Douglas Eulálio et al. Risk factors for leprosy reactions. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 108, n. 7, nov., 2013.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a sua doença**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.
- BENNETT, P. et al. Health locus of control and value for health in smokers and nonsmokers. **Health Psychology**, v. 16, n. 2, p. 179-182, 1997.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Inter Ação Psy.**, ano 1, n. 1- p. 4-11, ago. 2003.
- BERNARBEI, P. **Psicologia da Organização**. 2. ed. São Paulo: FOIL, 2009.
- BITTI, R. **Comportamento non verbale e comunicazione**. Mulino: S. Corteesi, 1997.
- BRIGGS, S. R. Assessing the Five-Factor Model of personality description. **Journal of Personality**, v. 60, p. 253-293, 1992.
- CAPRA, F. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2004.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 1999a.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência da Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, 1999b.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do maslach burnout inventory (mbi) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, set./dez. 2004.

CERVO, L. A.; BERVIAN, A. P. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORRÊA, L. H.; GIANESI, I. G. M. Qualidade e melhoria dos sistemas de serviços. In: CORRÊA, L. H.; GIANESI, I. G. M. **Administração Estratégica de Serviço**. São Paulo: Atlas, 1994.

CURTI, M. C. M. et al. Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar Americana. **Ver Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 30, n. 1, p. 63-68, 2009.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DIXON, M.; SWEENEY, K. **The humaneffect in medicine: theory, research and practice**. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. How can be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 43, n. 2, p. 365-72, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 10 set. 2014.

GRAMINGNANO, E. Marketing para pequenas medias empresas. **Psicologia da Organização**. São Paulo: FOIL, 2009. p. 27-36.

HÁ, J. F.; ANAT, D. S.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: A review. **Ochsner J**. v. 10, n. 1, p. 38-43, 2010.

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Roma: Bombiani, 1986.

HUTZ, Cláudio S. et al. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998 .

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. 2. ed. São Paulo: MG Editores, 2002.

JASPERS, K. **Il medico nell'etàdellatecnica**. Milão: Raffaello Cortina Editore, 1991.

KATLEIN França. **Dermatologia e o relacionamento medico- paciente: aspectos psicossociais e bioéticos**. Curitiba: Ed Juruá, 2012.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 263-268, 1998.

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. **Elementos de Psicologia**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 1973.

LA ROSA, J.; DÍAZ, L. R.; ANDRADE, P. P. Escalas de lócus de control: problemas y contribuciones. **Revista Mexicana de Psicología**, v. 3, n. 2, p. 150-153, 1986.

LAGUARDIA, J. et al. **Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households**: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brazil, 2008. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/9/1/61>>. Acesso em: 10 set. 2014.

LEFCOURT, H. M. Locus de control. In: ROBINSON, J. P.; SHAVER, P. R.; WRIGHTSMAN, L. S. (Orgs.), **Measures of personality and social psychological attitudes**. California: Academic Press, 1991. p. 413-493.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, n. 16, p. 577-582, 1982.

LOPES, J. L. et al. Escala de diferencial semântico para avaliação da percepção de pacientes hospitalizados frente ao banho. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 6, p. 815-820, 2011.

MADDI, S.R. **Personality theories**: A comparative analysis. Illinois: Dorsey Press, 1980.

MEIRA, A. R. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, 2004.

MENEGHETTI, A. **Aprendiz líder**. São Paulo: FOIL, 2009.

MENEGHETTI, A. **Dicionário de Ontopsicologia**. 2. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2008a.

MENEGHETTI, A. **Manual de Ontopsicologia**. 4. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2010.

MENEGHETTI, A. **Nova Fronda Virescit**. Introdução à Ontopsicologia para Jovens. v. 1. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2006.

MENEGHETTI, A. **Psicologia do Líder**. 4. ed. Recanto Maestro: Ontopsicologica Ed., 2008b.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NOGUEIRA, José et al. Qualidade de vida na insuficiência cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 2, p. 238-243, 2010.

NOWICKI, S.; DI GIROLAMO, A. The association of external locus of control, nonverbal processing difficulties and emotional disturbance. **Behavioral Disorders**, v. 15, n. 1, p. 28-34, 1989.

OLIVEIRA, J. M. **Percepção e realidade**. Cérebro & mente. Opinião e discussão. Neurofórum. Universidade Estadual de Campinas, 2007. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/opinioao/percepcao.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

OLIVER, R. L. Whence consumer loyalty? **J Marketing**, v. 63, p. 33-44, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **The world health report**. Health Systems: improving performance. 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/en/>>. Acesso em 05 mar. 2011.

PASQUALI Luiz. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RAMADAM, Z. B. A. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2004.

SÁNCHEZ, J. J. **Locus de Control y motivación al logro: diferencias sexuales**. Tesis (Doutorado em Psicologia)- Universidad Intercontinental, México, 1990.

SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Senso Dermatológico**. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/campanha/cancer/guinness.aspx>>. Acesso em: 10 set. 2014.

SELIGMAN, M. E. P. **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte**. São Paulo: HUCITEC, 1977.

SHIFFMAN, L.G.; KANUK, L.L. **Comportamiento del consumidor**. 5a. ed. México: Prentice-Hall Hispano Americana, 1997.

SILVA, Izabella B.; NAKANO, Tatiana C. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2011.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science and Medicine**, v. 45, n. 12, p. 1829-1843, 1997.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

STARFIELD, B. **Primary Care**. Balancing Health Needs. Services and Technology. New York: Oxford University Press, 1998.

STEPANIKOVA, I. et al. Non-Verbal Communication. **J Gen Intern Med**, v. 27, n. 5, p. 576-581, 2011.

SUKI. N. Patient Satisfaction, Trust, Commitment and Loyalty toward Doctors. **IPEDR.**, v. 10. IACSIT Press, Singapore, 2011.

TORRES, E., VASQUEZ-PARRAGA, A. Z; BARRA, C. The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. **Health Market Q**. 26: 183-197, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URDAN, A. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, 2001.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciências da Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, 2005.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**. 60. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. de. (Ed.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.