



As orientações práticas dos médicos e pacientes: o efeito da congruência médico-paciente na satisfação

Uma boa comunicação humana entre médico-paciente é fundamental para o sucesso do tratamento da dor crônica. Porém, de que ela depende? Do estilo de comunicação do médico? Do paciente? Ou da congruência entre ambos estilos?

Edward Krupat PhD^a, Susan L. Rosenkranz PhD^b, Carter M. Yeager MA^c, Dr. Karen Barnard^d, Dr. Samuel M. Putnam^e, Dr. Thomas S. Inui ScM, MD^f

^aFaculdade de Farmácia e Ciências da Saúde de Massachusetts, Escola de Artes e Ciências, 179 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, EUA

^bHarvard Pilgrim Health Care, Boston, MA, EUA

^cUniversidade de Boston, Boston, MA, EUA

^dEscola de Medicina da Universidade de Boston, Boston, MA, EUA

^eEast Boston Neighborhood Health Center, em Boston, MA, EUA

^f Harvard Medical School, Boston, MA, EUA

Educação e Aconselhamento de Pacientes 39 (2000) 49-59

Recebido em 3 de janeiro de 1999; recebido em forma revisada em 15 de julho de 1999; aceito em 26 de julho de 1999

RESUMO

Este estudo investigou até que ponto as orientações individuais de médicos e pacientes e a congruência entre elas estão associadas à satisfação do paciente. Uma pesquisa foi enviada para 400 médicos e 1020 de seus pacientes. Todos os entrevistados preencheram a Escala de Orientação Paciente-Praticante, que mede os papéis que os médicos e pacientes acreditam que cada um deve desempenhar no curso de sua interação. Os pacientes também avaliaram sua satisfação com seus médicos. Entre os pacientes, descobrimos que as mulheres e os que eram mais jovens, mais instruídos e mais saudáveis eram significativamente mais centrados no paciente. No entanto, nenhuma dessas variáveis foi significativamente relacionada à satisfação. Entre os médicos, as mulheres eram mais centradas no paciente, e anos de prática estavam relacionados à satisfação e orientação de maneira não linear. Os dados de congruência indicaram que os pacientes estavam muito satisfeitos quando seus médicos tinham uma orientação compatível ou eram mais centrados no paciente. Entretanto, pacientes cujos médicos não eram tão centrados no paciente estavam significativamente menos satisfeitos. 2000 Elsevier Science Ireland Ltd. Todos os direitos reservados.

1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente é um produto das atitudes e orientações que os dois participantes trazem para ela. Nos últimos anos, muita atenção tem sido direcionada ao estudo das diversas orientações dos médicos em relação a seus pacientes, em particular a distinção entre um estilo orientado para o paciente versus um estilo de interação orientado para a doença ou para o médico¹²³. Outros pesquisadores, trabalhando em paralelo, concentraram-se nas orientações dos pacientes em relação aos seus terapeutas, observando em particular que alguns pacientes preferem um estilo de interação mais participativo⁴⁵. No entanto, tem havido pouca pesquisa focada em relacionamento que aborde simultaneamente as orientações, preferências e estilos de ambas as partes. A presente pesquisa reúne essas linhas paralelas de pesquisa investigando o grau em que a satisfação dos pacientes com seus médicos de atenção primária é uma função da orientação do paciente, da orientação do médico e do grau de congruência entre os dois.

Os médicos exibem diferentes estilos de interação com seus pacientes, desde “centrados no médico” (ou “orientados para a doença”) em um extremo até “centrados no paciente” no outro⁶⁷⁸⁹¹⁰. O primeiro incorpora a clássica relação médico-paciente paternalista em que o médico é relativamente dominante, o problema médico é a preocupação central, e espera-se que o paciente aceite o julgamento do médico. O último é caracterizado pelo desejo do praticante por um relacionamento em que o paciente esteja envolvido na tomada de decisões, e a “pessoa” em vez

do “problema médico” seja o foco do tratamento. Os pacientes também diferem em suas preferências e estilos de interação. Por exemplo, muitos pacientes mais velhos preferem um relacionamento que seja centrado no médico, desejando pouca informação e deixando a tomada de decisão para seus médicos¹¹¹². Em contraste, um número crescente de pacientes adotou uma postura “consumista”, buscando o máximo de informações possível e usando seus médicos como consultores ou conselheiros para apresentar opções de seleção¹³¹⁴.

Evidências pontuais sobre a congruência ou adequação entre as atitudes do médico e do paciente são abundantes, mas poucas pesquisas empíricas sobre congruência e suas conseqüências tem sido conduzidas¹⁵¹⁶¹⁷¹⁸¹⁹. Neste estudo, medimos as orientações práticas dos médicos e seus pacientes usando a Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS), um instrumento de papel e lápis em que os médicos e seus pacientes respondem a declarações idênticas sobre os papéis que cada um deve desempenhar. nos encontros médicos²⁰²¹. Como tanto o médico quanto o paciente respondem perguntas idênticas, seus escores podem ser comparados diretamente e a congruência pode ser calculada como um escore de discrepância. A satisfação do paciente pode, portanto, ser avaliada como uma função das orientações individuais do médico e do paciente, mas o par médico-paciente também pode ser usado como unidade de análise para investigar o papel da congruência. Este estudo testa duas hipóteses: (1) os pacientes estão mais satisfeitos com os médicos centrados no paciente do que com os médicos centrados no médico, e (2) os pacientes estão mais satisfeitos com os médicos cujas orientações são congruentes com as deles do que com aqueles que não o estão (independentemente de quais forem as orientações individuais dos médicos ou dos pacientes).

2. MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas fases. O objetivo da primeira fase foi identificar 60 médicos da atenção primária, cujas atitudes práticas variavam de centradas no paciente para centradas no médico, conforme medido pelo PPOS. Na segunda fase, os pacientes das clínicas desses médicos foram solicitados a preencher o PPOS e indicar sua satisfação com seus médicos.

2.1. Fase 1: a pesquisa do médico

O estudo foi realizado entre médicos da Harvard Pilgrim Health Care (HPHC), a maior organização de manutenção de saúde da Nova Inglaterra. Todos os médicos do estudo tinham uma prática ativa em medicina interna para adultos com uma carga no HPHC de pelo menos 50 visitas durante um período de 3 meses. Dessa população, uma amostra aleatória estratificada de 400 médicos foi selecionada, atraindo 100 médicos de cada um dos quatro diferentes sistemas de entrega da organização (modelo de equipe, prática de grupo, joint venture e prática independente).

Cartões postais foram enviados para os médicos alertando-os sobre a pesquisa e incentivando sua participação. O instrumento de pesquisa e um envelope com postagem paga foram enviados aos seus escritórios, juntamente com uma carta explicando os propósitos do estudo e assegurando o anonimato. Um lembrete foi enviado para todos os que não responderam após 7 dias, e um segundo lembrete foi enviado após outros 7 dias.

O principal componente do inquérito médico foi o PPOS. Ele contém 18 itens em uma escala Likert

de seis pontos (concordo fortemente - discordo totalmente). Uma pontuação total, variando de centrada no paciente até centrada no médico, pode ser calculada além de dois subscores. A primeira subescala de nove itens, Compartilhamento, reflete a extensão em que o entrevistado acredita que os pacientes desejam informações e devem fazer parte do processo de tomada de decisão (por exemplo, "Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico". e status '). A segunda subescala de nove itens, Cuidando, reflete a extensão em que o entrevistado vê as expectativas, sentimentos e circunstâncias da vida do paciente como elementos críticos no processo de tratamento (por exemplo, "Um plano de tratamento não pode ter sucesso se estiver em conflito com o estilo de vida de um paciente" ou valores. '). (Veja o Apêndice A para todo o instrumento.) As pesquisas médicas também pediam informações demográficas básicas, histórico de prática e se os médicos tinham feito cursos de habilidades de comunicação durante ou depois da escola de medicina.

Questionários de pesquisas utilizáveis foram devolvidos por 177 médicos, uma taxa de resposta de 44%. As pontuações dos médicos no PPOS foram calculadas para todas as pesquisas utilizáveis, e cada uma foi expressa como a média de todos os itens respondidos. Embora esses escores médios não cobrissem a gama completa de todos os possíveis (os escores médios eram geralmente altos - em direção ao extremo da escala no ponto "centrado no paciente"), sua distribuição foi, no entanto, essencialmente normal. Os escores médios para todos os médicos foram classificados e divididos em três grupos: alto (centrado no paciente, com média de 5,00 ou maior), médio (maior que 4,57, mas menor que 5,00) e baixo (centrado no médico). 4,57 ou menos). Dentro do sistema de quatro entregas e duas categorias de gênero, tentamos selecionar aleatoriamente 20 médicos, cada um escolhido dos grupos alto, médio e baixo; no entanto, os homens ficaram super-representados entre os 60 médicos selecionados, por haver menos mulheres do que homens em cada sistema de entrega e cada nível de PPOS.

2.2. Fase 2: o inquérito ao paciente

Os pacientes HPHC amostrados tinham entre 20 e 80 anos e haviam visitado seu médico no período de quatro meses antes do sorteio da amostra. Eles foram excluídos se suas histórias médicas indicassem doenças ou condições particularmente sensíveis (por exemplo, HIV / DSTs), ou se suas visitas fossem para cuidados urgentes ou procedimentos clínicos sensíveis (por exemplo, abortos eletivos).

O tamanho da amostra foi determinado com base em cálculos de potência para ter uma probabilidade de 80% de detectar uma diferença entre os pontuadores de alto e baixo PPOS de 0,25 unidades na medida de satisfação. Esses cálculos sugeriram a necessidade de um tamanho mínimo de amostra de 450 pacientes (150 em cada um dos três grupos de pacientes com PPOS). Portanto, com base em uma taxa de resposta esperada de aproximadamente 50%, foram amostrados 1020 pacientes HPHC, 17 em cada uma das práticas dos 60 médicos identificados na Fase 1. A amostra foi estratificada criando seis categorias de pacientes - três categorias etárias (20-40 , 41-64 e 65-80) por dois gêneros. Para cada médico, selecionamos três pacientes aleatoriamente de cada uma das seis categorias de sexo e idade e, em seguida, removemos um nome aleatoriamente dos 18 inicialmente amostrados para chegar a um n de 17 por médico. Os mesmos procedimentos de correspondência e lembrete descritos para os médicos foram usados

para os pacientes.

O médico da atenção primária do paciente foi nomeado no topo do questionário. Os pacientes forneceram informações demográficas básicas e também por quanto tempo eles estavam vendo o médico, se haviam ou não escolhido esse médico, se haviam mudado de médico no HPHC e, em caso afirmativo, por que motivo. O instrumento do paciente continha o PPOS, cujo conteúdo, formato e instruções são idênticos à versão do médico; e o Questionário de Satisfação do Paciente do Conselho Americano de Medicina Interna (QSP) de dez itens²²²³. Este instrumento pede aos pacientes que avaliem seus médicos em uma escala de cinco pontos, de pobres a excelentes em suas qualidades humanísticas (por exemplo, cumprimenta calorosamente, encoraja a fazer perguntas, explica coisas em linguagem simples).

3. RESULTADOS

3.1. Características das amostras

A Tabela 1, que apresenta as características daqueles médicos (n = 5177) que forneceram dados utilizáveis para a Fase 1 e o subconjunto de médicos (n = 560) cujos pacientes foram selecionados para a Fase 2, mostra que os 60 médicos escolhidos eram representativos da maior amostra de respondentes. Um total de 670 pacientes retornou seus questionários (taxa de retorno de 56%). Os entrevistados foram eliminados se não respondessem plenamente as medidas do PPOS e do QSP, se não tivessem pelo menos uma consulta com o médico ou se não o considerassem seu médico como sendo regular. Isso resultou em uma amostra de trabalho de 453 pacientes. A amostra do paciente contém uma ampla seção transversal daqueles atendidos pelo HPHC. A Tabela 2, que contém as características de toda a amostra respondente (n = 670) e da amostra de trabalho (n = 453), indica que a amostra menor dos entrevistados utilizada para a análise se aproximou muito dos resultados dos questionários retornados da amostra maior. Embora os escores do PPOS dos pacientes fossem um pouco mais baixos do que os dos médicos em geral, a distribuição de seus escores (como os médicos) era essencialmente normal. Tanto no médico quanto nas amostras do paciente, a confiabilidade interna dos escores foi satisfatória para o Total e Compartilhamento, mas menor para o Cuidado (para pacientes: 0,79, 0,72 e 0,52 respectivamente para Total, Compartilhamento e Cuidado; para médicos: 0,73, 0,67, 0,52).

Tabela 1



CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS DO MÉDICO

TODOS OS MÉDICOS ENTREVISTADOS (%)

60 MÉDICOS SELECIONADOS (%)

Gênero		
Masculino	67.6	66.7
Feminino	32.4	33.3
Sistema de entrega		
Centros de saúde	33.0	40.4
Grupo médico	22.9	22.8
Joint venture	20.1	22.8
IPA	24.0	14.0
Teve treinamento na entrevista médica:		
(a) na escola de medicina		
Sim	72.5	70.2
Não	27.5	29.8
(b) na educação médica continuada		
Sim	53.4	59.6
Não	46.6	40.4
Anos na prática de cuidados primários		
Média	13.97	16.02
S.D.	9.14	10.34
Pontuação média do PPOS (S.D.)		
Total	4.802 (0.47)	4.771 (0.48)
Compartilhando	4.621 (0.63)	4.581 (0.72)
Cuidar	4.984 (0.47)	4.961 (0.46)

Três médicos foram eliminados porque não tinham pacientes respondendo na amostra de trabalho. Dos 57 médicos restantes, o número de pacientes por médico variou de 1 a 15. Consideramos a possibilidade de que a taxa de resposta por o médico pudesse se estar relacionada à satisfação do paciente (isto é, que os pacientes dos médicos mais satisfatórios tivessem maior probabilidade de retornar seus questionários), levando a análise a representar em excesso as respostas dos pacientes satisfeitos. No entanto, a correlação entre o QSP (Questionário de Satisfação do Paciente) e a taxa de resposta por médico foi pequena e não significativa ($r = 0.04$). No entanto, para contabilizar o efeito cluster de pacientes que compartilham o mesmo médico, quando possível, usamos modelos de regressão logística com estimação de parâmetros pela abordagem de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE).

3.2. Escores PPOS e características de médicos e pacientes

Classificando os médicos de acordo com suas características, realizamos testes t separados (ou uma análise de variância unidirecional, conforme apropriado) usando os escores totais do PPOS, Compartilhamento e Cuidados como as variáveis dependentes (ver Tabela 3). Descobrimos que os médicos do sexo feminino eram significativamente mais centrados no paciente (com pontuação Total e cuidados), assim como aqueles médicos que haviam feito cursos de entrevista na faculdade de medicina. Embora os anos de prática estivessem significativamente relacionados com os escores Total e Compartilhamento, os médicos com 11 a 20 anos de prática eram menos centrados

no paciente do que seus colegas mais novos e mais experientes.

Tabela 2



CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS DO PACIENTE	AMOSTRA DO TRABALHO (%)	TODOS OS ENTREVISTADOS (%)
Gênero		
Masculino	45.2	44.7
Feminino	54.8	55.3
Etnia		
Branco	92.6	92.6
Hispano	0.7	0.7
Negro	3.7	3.9
Asiático	2.2	1.8
Outro	0.8	1.0
Idade (anos)		
20-39	18.6	19.8
40-54	25.4	25.6
55-70	33.0	32.3
> 70	22.9	22.3
A saúde é excelente		
Definitivamente verdade	15.2	15.0
A maioria é verdadeira	62.4	62.4
Não tenho certeza / falsa	22.4	22.6
Duração do plano membros (anos)		
< 3	31.5	31.3
3-5	14.9	14.4
> 5	5.6	54.3
Educação		
Ensino médio ou inferior	35.6	34.3
Alguma faculdade	22.7	21.8
Ensino superior	21.5	22.4
Pós-graduação	20.2	21.4
Duração do Relacionamento com Médico da Atenção Básica		
< 1 ano	10.0	15.8
1-3 anos	23.6	23.7
3-5 anos	16.7	7.5
5-7 anos	13.6	12.4
> 7 anos	36.1	32.6
Razão para ver o médico da atenção primária		
Atribuído	13.8	12.5
Escolhido da lista	28.0	25.2
Recomendado	42.4	39.2
Outros	15.7	23.0
Médicos comutados		
Sim	24.4	29.4
Não	75.6	70.6
Média PPOS Pontuação (S.D.)		
Total	4.23 (0.76)	4.26 (0.75)
Compartilhamento	4.25 (0.97)	4.28 (0.97)
Cuidar	4.21 (0.71)	4.23 (0.69)


Classificamos os pacientes de acordo com suas características e realizamos um conjunto paralelo de análises (ver Tabela 4). Como na amostra dos médicos, os pacientes do sexo feminino foram

significativamente mais centrados no paciente do que os homens. Além disso, pacientes mais jovens e com mais educação também foram significativamente mais centrados no paciente. Como essas três características dos pacientes estavam significativamente correlacionadas, nós aplicamos vários modelos ANOVA multifatoriais para determinar a relação independente de gênero, idade e educação com o uso de PPOS. Descobrimos que cada variável manteve sua associação significativa após o controle das demais.

3.3. Escores, adequação e satisfação do PPOS

Realizamos um conjunto de análises preliminares relacionando os escores do Total PPOS, Sharing e Caring com a satisfação do paciente. Em cada uma dessas análises, os escores de compartilhamento predizem satisfação consideravelmente melhor do que o cuidado. Dada a menor associação do cuidado com a satisfação (e, portanto, sua tendência a diluir a relação do escore total à satisfação), e sua menor consistência interna, decidimos realizar todas as análises adicionais de satisfação apenas com pontuações de compartilhamento de médicos e pacientes.

Tabela 3

 Dor Crônica • O BLOG •		TOTAL		COMPAR-TILHANDO		CUIDANDO		QSP	
		x	t	x	t	x	t	Pontuação Perfeita	χ^2
RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO COM ORIENTAÇÃO E SATISFAÇÃO									
Gênero									
	Masculino	4.75	2.30*	4.56	1.69	4.93	2.31*	34.7	0.95
	Feminino	4.92	-	4.74	-	5.10	-	39.4	-
Sistema de entrega									
	Centros de saúde	4.94	2.94*	4.79	2.70*	5.08	1.62	38.6	4.57
	Grupo médico	4.79	-	4.62	-	4.97	-	40.4	-
	Joint Venture	4.74	-	4.51	-	4.96	-	34.2	-
	IPA	4.68	-	4.48	-	4.88	-	25.8	-
Teve entrevista de treinamento na escola									
	Sim	4.87	2.88**	4.71	3.13**	5.01	1.57	36.3	0.03
	Não	4.64	-	4.39	-	4.89	-	35.5	-
Teve treinamento em entrevista como CME									
	Sim	4.84	0.95	4.69	1.56	4.99	0.16	36.2	0.01
	Não	4.77	-	4.54	-	-	-	4.99	35.9
Anos na prática de cuidados primários			F		F		F		
	10 ou menos	4.89	4.16*	4.74	4.24*	5.04	1.71	35.7	7.82*
	1-20	4.69	-	4.47	-	4.91	-	41.4	-
	21 ou mais	4.91	-	4.76	-	5.06	-	25.9	-

*P 0.05 **P 0.01

A distribuição dos escores de satisfação dos pacientes (QSP) foi consideravelmente distorcida (média 54,34 em uma escala de cinco pontos), com 35% dos pacientes dando aos médicos uma pontuação média perfeita de 5,0. Como resultado, decidimos tratar a satisfação como uma variável dicotômica (uma pontuação perfeita de 5,0 versus menos de 5,0). A Tabela 3 indica que nenhuma

das variáveis do paciente, sexo, idade, educação ou orientação do paciente, foi significativamente associada à satisfação. Entre os médicos, apenas os anos praticados estavam significativamente relacionados à satisfação; os médicos com 11 a 20 anos de prática apresentaram índices de satisfação mais altos do que seus colegas mais novos ou mais experientes.

Testamos as principais hipóteses sobre os efeitos independentes e conjuntos das orientações de médicos e pacientes (usando pontuações de Compartilhamento) na satisfação (usando pontuações QSP dicotomizadas) de duas maneiras. Primeiro, dividimos as pontuações de Compartilhamento dos médicos e dos pacientes em três, de acordo com a distribuição dos pacientes, gerando nove categorias (consulte a Tabela 5). As células diagonais (superior esquerda a direita inferior) representavam pares congruentes (correspondendo a pares) e as células offdiagonais representavam pares não congruentes (as células superiores direitas contendo pares nos quais os médicos estavam mais centrados no paciente; as células inferiores esquerdas contendo pares em que os pacientes eram mais centrados no paciente).

Consistente com a previsão de que os médicos centrados no paciente gerariam alta satisfação, para cada linha (ou seja, em cada nível de Compartilhamento do paciente), os níveis de satisfação resultaram mais altos para os médicos centralizados no paciente. Um teste de Chi quadrado indicou que os médicos mais centrados no paciente tinham uma satisfação significativamente maior do que qualquer um dos outros dois grupos ($X^2=6.44$; $P < 0.05$).

Testando a hipótese comparando as células diagonais com as não-diagonais, descobrimos que a satisfação era alta tanto na diagonal quanto acima dela (onde os médicos eram mais centrados no paciente do que seus pacientes). No entanto, a satisfação foi significativamente menor nas células abaixo da diagonal (onde os pacientes eram mais centrados no paciente do que seus médicos) do que as células diagonais (bem pareadas) ($X^2 = 4,78$; $P < 0,05$) ou as células diagonais acima ($X^2 = 8,98$; $P < 0,01$).

Tabela 4



RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO COM ORIENTAÇÃO E SATISFAÇÃO	TOTAL		COMPAR-TILHANDO		CUIDANDO		QSP	
	x	t	x	t	x	t	Pontuação Perfeita	χ^2
Gênero								
Masculino	4.11	3.21**	4.14	2.30*	4.08	3.64***	31.4	3.63
Feminino	4.34	-	4.35	-	4.32	4.54	40.0	-
Idade (anos)		F		F		F		
20-39	4.40	19.12***	4.56	21.92***	4.24	10.71***	33.7	5.47
40-54	4.56	-	4.64	-	4.49	-	33.6	-
55-70	4.10	-	4.10	-	4.10	-	32.5	-
> 70	3.89	-	3.75	-	4.01	-	45.6	-
A saúde é excelente								
Definitivamente verdade	4.38	3.63*	4.52	6.50**	4.24	0.60	42.0	1.39
A maioria é verdadeira	4.25	-	4.28	-	4.22	-	35.3	-
Não tenho certeza / falso	4.08	-	3.99	-	4.14	-	33.7	-
Duração do plano de filiação (anos)								
< 3	4.15	1.43	4.13	2.55	4.17	0.38	38.3	0.79
3-5	4.24	-	4.22	-	4.26	-	32.4	-
> 5	4.29	-	4.36	-	4.23	-	35.0	-
Educação								
Ensino médio ou inferior	3.87	23.97***	3.78	25.62***	3.95	12.26***	37.5	2.21
Alguma faculdade	4.27	-	4.27	-	4.27	-	41.0	-
Ensino superior	4.52	-	4.64	-	4.41	-	33.0	-
Pós-graduação	4.50	-	4.63	-	4.35	-	32.3	-
Razão para ver o médico atual								
Atribuído	4.05	1.71	4.06	1.47	4.27	0.14	41.9	5.01
Escolhido da lista	4.31	-	4.38	-	4.21	-	29.2	-
Amigo recomendado	4.14	-	4.15	-	4.21	-	29.9	-
Médico recomendado	4.30	-	4.30	-	4.18	-	38.7	-
Tempos convenientes	4.26	-	4.19	-	4.17	-	39.4	-
Duração do relacionamento (anos)								
< 1	4.39	1.02	4.52	1.88	4.27	0.14	41.9	5.01
1-3	4.29	-	4.36	-	4.21	-	29.2	-
3-5	4.16	-	4.12	-	4.21	-	29.9	-
5-7	4.15	-	4.11	-	4.18	-	38.7	-
> 7	4.20	-	4.22	-	4.17	-	39.4	-
Médicos comutados								
Sim	4.18	2.40*	4.18	2.48*	4.17	1.70	36.2	0.00
Não	4.36	-	4.42	-	4.30	-	36.3	-


*P 0.05 **P 0.01 ***P 0.001

Para aproveitar a natureza contínua dos escores do PPOS e utilizar os escores de discrepância médico-paciente como medida de congruência, ajustamos uma série de modelos de regressão logística. Os parâmetros foram estimados usando Equações de Estimativa Generalizadas (GEE) através do procedimento GENMOD do SAS versão 6.12, especificando uma matriz de correlação trocável na qual os clusters correspondem aos médicos. Esse procedimento considera a correlação dentro do médico e garante que a precisão das estimativas de parâmetro não seja exagerada.

A Tabela 6 resume os resultados da regressão logística. No modelo 1, o escore de compartilhamento entrou sozinho. Essa variável foi de significância estatística limítrofe na previsão da satisfação do paciente, embora o sinal (positivo) de sua estimativa de parâmetro satisfaça que a probabilidade de satisfação máxima do paciente foi maior quando o escore de compartilhamento do médico foi maior (ou seja, quando o médico estava mais centrado no paciente). Para o modelo 2, no qual o escore de Compartilhamento do paciente foi inserido sozinho, a probabilidade de satisfação máxima do paciente mostrou ser significativamente menor à medida que o escore de compartilhamento do paciente foi sendo maior, indicando que os pacientes menos interessados em informações e tomada de decisões estavam mais satisfeitos. No modelo 3, inserimos a diferença entre os escores de Compartilhamento do médico e do paciente e foi um forte e significativo preditor de satisfação do paciente. A estimativa do parâmetro positivo indica que o paciente tem maior probabilidade de ser altamente satisfeito quando o índice de Compartilhamento do médico excede o do paciente. Por exemplo, os percentis 25, 50 e 75 de diferenças de compartilhamento foram 20,44, 20,32 e 1,18, respectivamente, e as probabilidades previstas correspondentes de satisfação máxima são 31,5, 35,3 e 39,8%.

Tabela 5

Percentagem de satisfação máxima por categorias de partilha de médicos e pacientes.



PONTUAÇÃO DE COMPARTILHAMENTO DO			
PACIENTE	MÉDICO		
	Baixo	Médio	Alto
Baixo	42% (24)	33% (67)	44% (73)
Médio	30% (33)	37% (59)	44% (61)
Alto	23% (30)	22% (50)	36% (58)

Os números entre parênteses indicam o número de pares de médico-paciente na célula.

Para testar explicitamente se a satisfação é determinada pela diferença absoluta (em vez de assinada) (Compartilhamento), ajustamos outro conjunto de modelos logísticos GEE. Para permitir a avaliação da não-linearidade, o primeiro modelo incluiu diferença e diferença quadrática como preditores. Os resultados mostraram que o coeficiente para a diferença foi significativo (e positivo). O coeficiente para a diferença ao quadrado não foi significativo, indicando ausência de inflexão (ou seja, que a diferença assinada permaneceu positiva e significativa).

Tabela 6

Regressões logísticas associando a satisfação às orientações do médico e do paciente.

MODELO	VARIÁVEL INDEPENDENTE	ESTIMATIVA COEFICIENTE DE REGRESSÃO GEE	VALORES DE P PARA ESTATÍSTICA Z ROBUSTA
1	Doutor compartilhando	0.2859	0.095
2	Compartilhamento do paciente	20.2039	0.027
3	Diferença em compartilhar (médico-paciente)	0.2103	0.009

4. DISCUSSÃO

Este estudo questiona quais características pessoais estão relacionadas à centralização no paciente entre médicos e pacientes e, em seguida, aborda duas questões principais: (1) A orientação centrada no paciente entre os médicos está associada à maior satisfação do paciente? e (2) a congruência das orientações contribui para a satisfação das duplas médico-paciente?

Os resultados deste estudo são consistentes com a literatura sobre a centralização no paciente entre os pacientes. Pacientes mais jovens, mais instruídos e do sexo feminino tendem a valorizar informações e querem estar ativamente envolvidos no processo de tratamento. Entre os médicos, a descoberta de que as mulheres são mais centradas no paciente também confirma os achados de outros pesquisadores²⁴²⁵. Entretanto, nossos achados referentes a anos de experiência contradizem o estereótipo de que a centralização do paciente é o domínio exclusivo de médicos mais jovens socializados sob novos modelos de treinamento. Os dados indicam que os escores médios de Compartilhamento dos clínicos mais novos e mais antigos são quase idênticos e que os médicos com tempo intermediário de prática (11 a 20 anos) tem os escores mais elevados centrados no paciente.

Uma conclusão inesperada foi que as orientações dos médicos em relação ao poder e à tomada de decisões (pontuações de Compartilhamento) estavam mais consistentemente relacionadas à satisfação do paciente (e às características dos entrevistados) do que aquelas relacionadas à atenção do médico às emoções e ao estilo de vida (Cuidados). Usando as pontuações de Compartilhamento, encontramos suporte para ambas as nossas hipóteses. Confirmando a primeira hipótese sobre a orientação e a satisfação do médico, os pacientes dos médicos centrados no paciente (alto Compartilhamento) estavam mais satisfeitos. Quanto à segunda hipótese sobre o encaixe, a satisfação foi alta entre pares de médicos e pacientes bem pareados em cada nível de orientação do médico. No entanto, os níveis de satisfação para os dois tipos diferentes de

incompatibilidades (nos quais os médicos eram mais ou menos centrados no paciente do que seus pacientes) se mostraram fortemente assimétricos. A média de satisfação entre as três células diagonais na Tabela 5, os pacientes que foram emparelhados com um médico cuja orientação era congruente deu-lhes a maior classificação possível 37,4% do tempo. Essa cifra foi ligeiramente maior (40,3%) para pares em que o médico era mais centrado no paciente do que o paciente, mas consideravelmente menor (24,6%) quando o paciente era mais centrado no paciente do que o médico. Esses resultados indicam que não é congruência ou sua falta que afeta a satisfação, mas sim a direção da discrepância. Os médicos centrados no paciente recebem fortes escores de satisfação, mesmo quando estão tratando pacientes cujas orientações são diferentes. No entanto, emparelhar um médico tradicional e paternalista com um paciente que deseja envolvimento gera níveis mais baixos de satisfação.

Existem três explicações possíveis para essas descobertas. Primeiro, pode ser que os médicos que acreditam na centralização no paciente exibam um estilo que é satisfatório porque é aberto e compartilhado. Os pacientes, mesmo aqueles que não concordam com suas suposições, podem ser conquistados pela maneira interpessoal que essa orientação gera. Uma segunda explicação é que os pacientes que tomam uma orientação centrada no médico são facilmente satisfeitos, que respeitam tanto os médicos que os avaliam muito, independentemente de estarem “verdadeiramente” satisfeitos. Esta interpretação não é suportada, no entanto, pela descoberta anômala na Tabela 5, de que os pacientes centrados no médico deram aos médicos intermediários escores relativamente baixos.

Uma terceira interpretação destaca a diferença entre atitude (orientação prática dos médicos) versus comportamento (estilo dos médicos). O PPOS mede a maneira como os médicos pensam sobre seus papéis, o modo como eles “automaticamente” os executam – todas as outras coisas são iguais. Propomos que os médicos centrados no paciente são mais sensíveis às necessidades percebidas de seus pacientes, e bons em identificar até que ponto seus pacientes desejam receber informações e se envolver na tomada de decisões. De acordo com essa interpretação, a centralização do paciente não se traduz em um estilo único satisfatório (como proposto na primeira explicação). Praticantes centrados no paciente usam um estilo flexível, no qual se adaptam às necessidades de seus pacientes (talvez conscientemente, talvez não), satisfazendo assim aqueles pacientes cujas orientações básicas combinam ou não com as deles.

5. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA

Embora os dados coletados nesta pesquisa não permitam que esta última explicação seja testada, as implicações dessa interpretação são importantes. Se a centralização do paciente se traduz em um estilo agradável de interação, uma abordagem “de tamanho único para todos” das relações com o paciente, então os componentes-chave desse estilo devem ser identificados, ensinados e reforçados entre todos os médicos. Se, no entanto, uma orientação centrada no paciente se traduzir em adaptabilidade às necessidades do paciente, os educadores não precisam endossar uma abordagem específica ou ensinar um conjunto específico de habilidades comportamentais. Em vez disso, eles precisam sensibilizar os praticantes para o valor de estar atentos aos variados estilos, preocupações e valores que os pacientes trazem consigo; e ensinar aos praticantes maneiras de identificar as necessidades do paciente e adaptar seus comportamentos para se

adaptarem às pessoas a quem eles servem.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi financiada por uma bolsa da Harvard Pilgrim Health Care Foundation.

APÊNDICE A.

ITENS DA ESCALA DE ORIENTAÇÃO DO TERAPEUTA DO PACIENTE RESPONDIDOS POR TODOS OS ENTREVISTADOS EM UMA ESCALA DE SEIS PONTOS (CONCORDO TOTALMENTE / DISCORDO TOTALMENTE)

1. O médico é quem deve decidir o que é falado durante uma visita.
2. Embora a assistência médica seja menos pessoal hoje em dia, esse é um pequeno preço a ser pago pelos avanços médicos.
3. A parte mais importante da consulta médica padrão é o exame físico.
4. Muitas vezes, é melhor para os pacientes se eles não tiverem uma explicação completa de sua condição médica.
5. Os pacientes devem confiar no conhecimento de seus médicos e não tentar descobrir suas condições por conta própria.
6. Quando os médicos fazem muitas perguntas sobre o histórico de um paciente, eles estão se intrometendo demais em assuntos pessoais.
7. Se os médicos são realmente bons em diagnóstico e tratamento, a maneira como eles se relacionam com os pacientes não é tão importante.
8. Muitos pacientes continuam fazendo perguntas, apesar de não estarem aprendendo nada de novo.
9. Os pacientes devem ser tratados como se fossem parceiros do médico, com poder e status iguais.
10. Os pacientes geralmente querem segurança ao invés de informações sobre sua saúde.
11. Se as principais ferramentas do médico fossem as de ser aberto e afetuoso, ele não terá muito sucesso.
12. Quando os pacientes não concordam com o médico, isso é um sinal de que o médico não tem o respeito, nem a confiança do paciente.
13. Um plano de tratamento não pode ser bem sucedido se estiver em conflito com o estilo de vida ou valores do paciente.
14. A maioria dos pacientes quer entrar e sair do consultório o mais rápido possível.
15. O paciente deve sempre estar ciente de que o médico está no comando.
16. Não é tão importante conhecer a cultura e o histórico de um paciente para tratar a doença da pessoa.
17. O humor é um ingrediente importante no tratamento do paciente pelo médico.
18. Quando os pacientes procuram informações médicas por conta própria, isso costuma confundir mais do que ajuda.