

ARTIGO ORIGINAL

Satisfação do paciente como indicador de qualidade no atendimento dermatológico: estudo transversal em duas instituições terciárias com programas de residência ☆,☆☆



Manuel Gahona ^{a,*}, Silvia Alejandra Prada ^b e Daniela Chaparro ^a

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia

^b Departamento de Epidemiologia, Universidad del Rosario, Bogotá, Colômbia

Recebido em 4 de junho de 2025; aceito em 20 de julho de 2025

PALAVRAS-CHAVE

Internato e residência;
Pesquisa sobre serviços de saúde;
Qualidade da assistência à saúde;
Satisfação do paciente

Resumo

Fundamentos: A satisfação do paciente é indicador-chave da qualidade da assistência médica e desempenha papel crucial no fortalecimento da relação médico-paciente. Na dermatologia, contribui para maior adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos, particularmente em doenças crônicas de pele. No entanto, estudos limitados avaliaram de modo abrangente os fatores que influenciam a satisfação em ambientes dermatológicos ambulatoriais, especialmente em instituições acadêmicas.

Objetivo: Identificar os fatores associados à satisfação do paciente durante consultas dermatológicas presenciais em dois hospitais terciários com programas de treinamento de pós-graduação e mensurar a satisfação global.

Métodos: Um estudo analítico transversal foi conduzido utilizando questionário estruturado avaliando seis domínios do cuidado: interação com o médico, comunicação verbal e não verbal, horário da consulta, privacidade, atividade de ensino e infraestrutura. Um modelo de regressão logística multivariada foi utilizado para determinar as variáveis associadas à satisfação geral, ajustando-se para potenciais fatores de confusão.

Resultados: A maioria dos pacientes relatou alta satisfação (90,5%), particularmente com a interação com o médico. Os principais preditores de insatisfação incluíram: postura inadequada do médico (ORa=0,01 [IC 95% 0,00–0,04], $p < 0,001$), desconforto durante o exame físico (ORa=0,17 [IC 95% 0,05–0,60], $p=0,006$), presença de estudantes durante a consulta médica (ORa=0,13 [IC 95% 0,04–0,42], $p < 0,001$) e não uso de jaleco branco (ORa=0,06 [IC 95% 0,02–0,25], $p < 0,001$).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501228>

☆ Como citar este artigo: Gahona M, Prada SA, Chaparro D. Patient satisfaction as a quality indicator in dermatological care: cross-sectional study in two tertiary institutions with residency programs. An Bras Dermatol. 2025;100:501228.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia.

* Autor para correspondência.

E-mail: drmanuelgahona@gmail.com (M. Gahona).

Limitações do estudo: O desenho transversal impede a inferência causal, e as respostas subjetivas podem ser influenciadas pelo viés de desejabilidade social. Achados específicos do contexto podem limitar a generalização.

Conclusões: A postura médica, a comunicação e a dinâmica de ensino afetam significativamente a satisfação do paciente. Intervenções direcionadas na formação médica e nas políticas institucionais podem melhorar os resultados do atendimento centrado no paciente. As associações observadas foram estatisticamente robustas, minimizando o risco de conclusões errôneas.

© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “qualidade” como o conjunto de propriedades e características que um sistema apresenta para atender às necessidades de uma população. A qualidade permite que os cuidados de saúde atinjam os objetivos internacionais de saúde.¹ A Organização Pan-Americana da Saúde afirma que os serviços de saúde devem atender aos padrões ideais de segurança, eficácia, pontualidade, eficiência e acesso equitativo para fornecer cuidados de alta qualidade, com indivíduos, famílias e comunidades no centro dessa abordagem.²

Considerando o paciente como o objetivo final da prestação de serviços de saúde, é imperativo analisar sua percepção da qualidade do atendimento recebido. Por isso, diversos estudos têm sido conduzidos com o objetivo de quantificar a satisfação do usuário por meio de diferentes pesquisas e ferramentas de avaliação.³ Isso possibilita que as partes interessadas no sistema de saúde identifiquem áreas de melhoria para aumentar os níveis de satisfação do usuário, entendendo a satisfação como medida indireta da qualidade que influencia os resultados clínicos.⁴ Para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade, a mensuração da satisfação do paciente deve ser realizada em todos os níveis de atendimento e especialidades médicas, incluindo a dermatologia.⁵ A dermatologia é uma especialidade com alta demanda por serviços de saúde privados; portanto, é importante avaliar e analisar a satisfação do paciente. Além disso, é uma especialidade clínica com um componente assistencial significativo, tanto na prestação de serviços ambulatoriais quanto hospitalares. Portanto, a realização de estudos que quantifiquem a satisfação do paciente permitirá melhor compreensão das necessidades do paciente, a identificação de fatores-chave na avaliação dos cuidados de saúde e a incorporação dessa avaliação aos processos institucionais.⁶ A satisfação do paciente também é fator que impacta os desfechos clínicos; em pacientes com doenças crônicas que requerem tratamentos prolongados, demonstrou-se que maior satisfação está associada a maior adesão aos tratamentos e recomendações prescritos.⁴

Objetivo

Objetivo geral

Mensurar a satisfação geral dos pacientes atendidos no serviço de dermatologia (presencial) em duas instituições

de saúde com pós-graduação em dermatologia em Bogotá, no período de 1º de novembro de 2024 a 16 de abril de 2025.

Objetivos específicos

1) Descrever as características sociodemográficas dos pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) em duas instituições de saúde, em termos de idade, sexo, escolaridade, residência, nível socioeconômico, convênio médico, tipo de consulta e local de recrutamento. 2) Descrever as características dos pontos de atendimento (presencial) do serviço ambulatorial de dermatologia em duas instituições de saúde, em termos de disponibilidade de banheiro e avental de exame no consultório, equipe presente durante o atendimento e vestimenta do especialista. 3) Quantificar a prevalência da satisfação geral e dos diferentes domínios de satisfação entre pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) de duas instituições de saúde, quanto à interação com o médico, linguagem verbal, linguagem não verbal, tempo de espera, privacidade, atividades de ensino e infraestrutura. 4) Identificar os aspectos com maior e menor nível de satisfação dentro dos domínios avaliados entre pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) de duas instituições de saúde. 5) Comparar características sociodemográficas, aspectos da consulta e domínios avaliados de acordo com a satisfação dos pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) de duas instituições de saúde. 6) Determinar a associação entre características sociodemográficas, aspectos da consulta e domínios avaliados com o nível de satisfação geral dos pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) de duas instituições de saúde. 7) Propor estratégias para melhorar os níveis de satisfação dos pacientes no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) em duas instituições de saúde.

Métodos

Trata-se de estudo observacional transversal. As instituições participantes foram privadas (Hospital Universitario San Ignacio) e públicas (Hospital Universitario La Samaritana) de Bogotá, D.C., Colômbia; o período de coleta de dados foi de 1º de novembro de 2024 a 16 de abril de 2025. Todos os pacientes atendidos no serviço ambulatorial de dermatologia (presencial) foram incluídos na presente investigação. Os critérios de inclusão foram pacientes de qualquer sexo,

maiores de 18 anos e pacientes que forneceram consentimento informado para participar do questionário. Os critérios de exclusão foram pacientes com deficiência cognitiva, pacientes com deficiência visual, aqueles com prontuários incompletos (mais de 20% de dados ausentes, ou seja, oito variáveis) ou sem informações sobre os desfechos estudados, pacientes com estados alterados de consciência, aqueles que responderam à pesquisa de satisfação mas não responderam sobre o consentimento para participar do estudo. Dada a natureza descritiva do estudo e a ausência de uma hipótese de pesquisa, não foi necessário cálculo do tamanho da amostra. A amostragem foi estabelecida por conveniência, convidando todos os pacientes elegíveis que atendessem aos critérios a participar imediatamente após a consulta dermatológica presencial.

A pesquisa foi elaborada e implementada por meio de um servidor executando o aplicativo web Research Electronic Data Capture (REDCap) no período entre maio de 2024 e abril de 2025 para coletar e armazenar dados virtualmente. Ao final da consulta dermatológica, o médico responsável fazia o convite ao paciente a participar do estudo. Após a resposta afirmativa, o médico deveria enviar ao paciente um *link* (ou código QR) por e-mail, direcionando-o para o questionário criado no REDCap. Ao acessar o *link*, o primeiro o paciente deveria preencher o termo de consentimento livre e esclarecido; uma vez fornecido o consentimento, a pesquisa de qualidade era iniciada.

Plano de análise

Para a análise descritiva das variáveis qualitativas, foram utilizadas frequências absolutas e porcentagens. Para variáveis quantitativas, medidas de tendência central foram aplicadas de acordo com testes de normalidade para cada variável, a menos que o tamanho da amostra excedesse 30, caso em que uma distribuição normal foi presumida e a média e o desvio padrão foram relatados.

Para análise bivariada, duas coortes foram formadas com base na satisfação geral do paciente: satisfeito (satisfação geral = muito satisfeito ou satisfeito) e não satisfeito (satisfação geral = neutro, insatisfeito, muito insatisfeito). Para analisar as diferenças entre os grupos para variáveis qualitativas (sexo, escolaridade, residência, nível socioeconômico, afiliação a plano de saúde, tipo de consulta, local de recrutamento, características do ponto de atendimento e domínios de satisfação), o teste qui-quadrado ou exato de Fisher foi aplicado dependendo da adequação do tamanho da amostra. Para variáveis quantitativas (idade, número de pessoas no consultório médico), o teste *t* de Student ou o teste U de Mann-Whitney foram usados com base em testes de normalidade, a menos que a normalidade fosse presumida em virtude do tamanho da amostra, caso em que apenas o teste *t* de Student foi usado.

Para identificar os fatores associados à satisfação geral, construiu-se um modelo de regressão logística multivariada, com o número de preditores dependendo do número de eventos em cada categoria de satisfação. Para essa análise, as variáveis relacionadas à satisfação foram dicotomizadas em "satisfeito" (incluindo respostas "muito satisfeito" ou "satisfeito") e "não satisfeito" (neutro, insatisfeito, muito insatisfeito). Inicialmente, a regressão logística univariada

estimou as razões de chance (*odds ratio*, OR) brutas para cada variável. As variáveis que atenderam aos critérios de significância foram selecionadas como candidatas ao modelo multivariado, que foi ajustado por seleção *backward*.

Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. As análises foram realizadas utilizando o *software* R (versão 4.5.0) e o RStudio.

Considerações éticas

De acordo com a Resolução 8.430 de 1993, esta pesquisa é considerada de risco mínimo, pois envolve apenas a realização de um questionário.⁷ Os princípios éticos de respeito, beneficência, justiça e proteção da dignidade humana foram observados.

Riscos e benefícios

Para manter a confidencialidade dos participantes e garantir o manuseio adequado dos dados, as seguintes medidas foram tomadas: os dados foram coletados e armazenados na plataforma REDCap, que oferece alto nível de segurança e é projetada especificamente para o gerenciamento de dados sensíveis em pesquisas clínicas e biomédicas. O REDCap anonimiza o banco de dados atribuindo um código numérico a cada paciente para proteger a confidencialidade durante a análise estatística. Também mantém um registro de codificação reversível, vinculando as respostas do questionário ao consentimento informado para permitir a validação dos dados, se necessário. A divulgação dos resultados do estudo utilizou dados anonimizados para proteger a confidencialidade do paciente. Este estudo foi conduzido após a aprovação dos Comitês de Ética Institucionais do Hospital Universitário San Ignacio e do Hospital Universitário La Samaritana. Os pontos de adesão à declaração STROBE foram respeitados no desenho do estudo.

Resultados

Os dados foram coletados de um total de 437 pacientes que compareceram a consultas dermatológicas presenciais nas duas instituições participantes. Os dados estão resumidos na *tabela 1*.

A média de idade foi de 45,02 anos (DP = 18,52) e 34,3% (150) eram do sexo masculino. O nível educacional mais frequente foi o ensino médio (137 [31,4%]), seguido pelo ensino superior (127 [29,1%]) e cursos técnicos (62 [14,2%]). Aproximadamente 40% (176) dos pacientes tinham pós-graduação e apenas uma pequena porcentagem de pacientes não recebeu nenhum tipo de educação (6 [1,4%]). A maioria dos pacientes residia em áreas urbanas (369 [84,4%]) e eram dos níveis socioeconômicos 1, 2 e 3 (349 [79,9%]).

Em termos de satisfação geral, 90,5% (395) dos pacientes estavam satisfeitos com o atendimento recebido (muito satisfeito = 297 [68%], satisfeito = 99 [22,7%]). Uma pequena proporção de pacientes estava neutra ou insatisfeita com o atendimento: 10 [2,3%] e dois [0,5%], respectivamente. Apenas 6,6% (29) relataram alto nível de insatisfação.

Os domínios avaliados incluíram interação com o médico, comunicação verbal e não verbal, tempo de consulta, privacidade, atividade de ensino e infraestrutura.

Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas da população do estudo

Característica	Geral, n (%)	Hospital Universitario de la Samaritana, n (%)	Hospital Universitario San Ignacio, n (%)	p-valor
Total (n)	437	345	92	
Idade (anos), média (DP)	45,02 (18,52)	45,35 (18,63)	43,78 (18,19)	0,472
Sexo masculino	150 (34,3)	119 (34,5)	31 (33,7)	0,984
Nível de escolaridade				0,303
Nenhum	6 (1,4)	5 (1,4)	1 (1,1)	
Ensino Fundamental	56 (12,8)	49 (14,2)	7 (7,6)	
Ensino Médio	137 (31,4)	112 (32,5)	25 (27,2)	
Escola Técnica	62 (14,2)	49 (14,2)	13 (14,1)	
Ensino Superior	127 (29,1)	93 (27,0)	34 (37,0)	
Pós-graduação	49 (11,2)	37 (10,7)	12 (13,0)	
Residência urbana	369 (84,4)	284 (82,3)	85 (92,4)	0,027
Nível Socioeconômico				
Nível 1	66 (15,1)	65 (18,8)	1 (1,1)	
Nível 2	104 (23,8)	90 (26,1)	14 (15,2)	
Nível 3	179 (41,0)	150 (43,5)	29 (31,5)	
Nível 4	72 (16,5)	36 (10,4)	36 (39,1)	
Nível 5	16 (3,7)	4 (1,2)	12 (13,0)	
Plano de seguro de saúde				0,011
Contributivo	257 (58,8)	197 (57,1)	60 (65,2)	
Subsidiado	81 (18,5)	73 (21,2)	8 (8,7)	
Particular	63 (14,4)	44 (12,8)	19 (20,7)	
Regime especial	36 (8,2)	31 (9,0)	5 (5,4)	
Tipo de consulta				0,149
Primeira vez	249 (57,0)	203 (58,8)	46 (50,0)	
Seguimento	168 (38,4)	129 (37,4)	39 (42,4)	
Procedimento	20 (4,6)	13 (3,8)	7 (7,6)	

Os pacientes estavam altamente satisfeitos com os seguintes aspectos:

Domínio 1: anamnese (313 [71,6%]) – seguido de perto por comportamento do médico e exame físico;

Domínio 2: comunicação com o departamento de cobrança (296 [67,7%]);

Domínio 3: médico vestindo jaleco branco (272 [62,2%]);

Domínio 4: duração da consulta (246 [56,3%]);

Domínio 5: privacidade durante a consulta (252 [57,7%]);

Domínio 6: presença de alunos durante a consulta (216 [49,4%]);

Domínio 7: conforto na sala de espera (223 [51%]).

Em todo o estudo, o item com maior nível de satisfação foi a anamnese (313 [71,6%]), enquanto o menor foi a obtenção de fotografias clínicas (190 [43,5%]).

Fatores associados à satisfação do paciente

Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a satisfação: grupo satisfação = 396 (muito satisfeito e satisfeito) vs. grupo sem satisfação = 41 (neutro, insatisfeito, muito insatisfeito). Não houve diferenças nas características sociodemográficas entre os grupos, mas houve diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) em todos os domínios. No grupo satisfeito, os aspectos com maior proporção de alta satisfação foram o comportamento do médico (336 [75,5%]), anamnese (333 [75,3%]) e exame físico (323 [72,7%]). Entre os pacientes insatisfeitos, a maior satisfação esteve relacionada à autoapresentação do médico, com nome e cargo (17 [41,5%]), enquanto os maiores níveis de insatisfação estiveram relacionados à postura do médico, ao exame físico e à entrevista médica. Aproximadamente 1/3 dos pacientes nesse grupo relatou alta insatisfação com o tom de voz do médico (2 [4,1%]), o não

uso do jaleco branco (14 [34,1%]), a linguagem corporal (13 [31,7%]) e o processo de agendamento de consultas (13 [31,7%]). Menos da metade do grupo (190 [43,5%]) estava altamente satisfeita com as fotografias clínicas, o conforto da sala de espera e a presença de estudantes durante a entrevista médica (tabela 2).

Na análise de regressão logística univariada, todas as variáveis foram associadas à satisfação geral ($p < 0,05$). O modelo final (ajustado por seleção *backward*) manteve as variáveis com as associações mais fortes e relevância clínica.

Após o ajuste para as variáveis com maior significância estatística, a postura insatisfatória do médico e a presença de estudantes durante a entrevista médica diminuíram a probabilidade de satisfação geral (ORa = 0,01 [IC 95% 0,00–0,04], $p < 0,001$; ORa = 0,13 [IC 95% 0,04–0,42], $p < 0,001$, respectivamente). Do mesmo modo, especialistas que não usavam jaleco branco reduziram a probabilidade de satisfação (ORa = 0,06 [IC 95% 0,02–0,25], $p < 0,001$).

Assim, a probabilidade de satisfação geral foi de 39,82% quando houve postura adequada do médico, conforto durante o exame físico, ausência de estudantes no consultório e o especialista usava avental médico (tabela 3).

O modelo apresentou bom poder explicativo ($R^2 = 0,52$). O teste de ajuste de Hosmer-Lemeshow não pôde ser calculado adequadamente, possivelmente em virtude das limitações no número de observações.

Discussão

Mensurar a satisfação do paciente em sistemas de saúde tornou-se um importante indicador da qualidade do serviço, com base na premissa de que os sistemas de saúde devem ser centrados no paciente.⁶

Tabela 2 Aspectos com classificação mais alta e mais baixa em todos os domínios

Grupos	Aspectos com maior satisfação (muito satisfeito)	Aspectos com menor alta satisfação	Aspectos com maior insatisfação
Satisfeito (n = 396)	Comportamento do médico (75,5%)	Interrupções durante a consulta (50,8%)	Presença de alunos durante a consulta (2,3%)
	Anamnese (75,3%)	Temperatura do consultório médico (47,5%)	Interrupções durante a consulta (1,3%)
	Exame físico (72,7%)	Fotografias clínicas (46,2%)	Presença de estudantes durante a anamnese (1,3%)
Insatisfeito (n = 41)	Apresentação com nome e título (41,5%)	Fotografias clínicas (17,1%)	Comportamento do médico (48,8%)
	Explicação do tratamento (41,5%)	Conforto da sala de espera (17,1%)	Exame físico (43,9%)
	Anamnese (41,5%)	Presença de estudantes durante a anamnese (14,6%)	Anamnese (41,5%)
	Explicação da doença (39%)		

Tabela 3 Fatores mais fortemente associados à satisfação do paciente

Variável	OR bruto	[IC 95%]	p-valor	OR ajustado	[IC 95%]	p-valor
Intercepto				39,82	21,92–82,22	< 0,001 ^a
Postura insatisfatória do médico	0,01	0,00–0,03	< 0,001 ^a	0,01	0,00–0,04	< 0,001 ^a
Desconforto durante o exame físico	0,25	0,12–0,52	< 0,001 ^a	25,76	4,46–190,04	0,001 ^a
Presença dos alunos durante a entrevista	0,11	0,05–0,21	< 0,001 ^a	0,13	0,04–0,42	< 0,001 ^a
Especialista não usa jaleco branco	0,05	0,02–0,11	< 0,001 ^a	0,06	0,02–0,25	< 0,001 ^a

Ajuste do modelo: AIC = 152,8, R^2 = 0,52, AUC = 0,897, VIF máximo = 2,46.

^a Valor de p significativo < 0,05.

Em dermatologia, a satisfação do paciente desempenha papel importante na relação médico-paciente, pois aumenta a probabilidade de retorno do paciente e reduz as alegações de negligência médica e erros de imperícia médica. Além disso, serviços com altos níveis de satisfação tendem a ser mais produtivos, o que impacta positivamente os resultados clínicos, melhorando a adesão terapêutica entre pacientes com doenças crônicas de pele. A satisfação do paciente também é fator importante na busca por creditações internacionais de qualidade, como a *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.⁴

Diversos estudos internacionais foram conduzidos para avaliar os níveis de satisfação dos pacientes em consultas dermatológicas, tanto presenciais quanto por telemedicina, abrangendo dermatologia clínica e cosmética.^{6,8–15}

A seguir estão os resultados do presente estudo comparados com a literatura existente, juntamente com uma lista de recomendações para cada domínio avaliado.

Interação médica

A postura do médico foi um dos aspectos mais bem avaliados. A insatisfação com a postura do médico (mesmo quando o paciente está confortável durante o exame físico, não há estudantes presentes e o médico usa jaleco branco) reduziu a probabilidade de satisfação geral em 99% (ORa = 0,01 [IC 95% 0,00–0,04], p < 0,001). Já foi estabelecido que o respeito, a empatia e a comunicação eficaz entre médico e paciente são elementos centrais na construção da satisfação do paciente.^{16,17}

Por outro lado, comunicação negativa no ambiente hospitalar, manifestada como grosseria, desdém e agressividade (GDA), é um problema reconhecido nos sistemas de saúde que aumenta os níveis de estresse, depressão e a intenção de abandonar a profissão entre os profissionais de saúde.

Também tem sido associada a piores desfechos clínicos, incluindo mortalidade.¹⁸ Aproximadamente 40% dos médicos relatam que a GDA afeta significativamente sua jornada de trabalho, e 7% cometem erros clínicos por esse motivo, o que pode impactar negativamente a satisfação do paciente.¹⁶

Comportamentos desrespeitosos reduzem a probabilidade de os pacientes expressarem suas preocupações, fazerem perguntas ou até mesmo compartilharem informações relevantes. Habilidades de comunicação deficientes reduzem a probabilidade de os pacientes compreenderem as informações e se sentirem satisfeitos com a postura do médico.¹⁷

O ambiente hospitalar também afeta o comportamento dos médicos, especialmente porque existe uma tendência institucional de ignorar problemas de frustração, má comunicação e desrespeito entre os profissionais de saúde.^{18,19} Esses problemas frequentemente ocorrem em ambientes de alto estresse, que podem aumentar os sentimentos individuais de ansiedade, insegurança, depressão, agressividade, narcisismo e até mesmo desencadear uma resposta de “modo de sobrevivência” que reduz a empatia.¹⁶

Recomendações

- Estabelecer um comitê interdisciplinar (incluindo equipe administrativa, médicos com diferentes níveis de experiência e equipe de enfermagem) para analisar minuciosamente e definir claramente o comportamento desrespeitoso entre a equipe institucional e em relação aos pacientes. Esse comitê deve fornecer uma lista de exemplos práticos para ajudar a identificar tal comportamento e especificar um curso de ação quando detectado. Uma política de tolerância zero deve ser implementada, com intervenções que vão desde programas educacionais

a medidas disciplinares, acompanhadas por política de não retaliação para proteger aqueles que denunciam má conduta. Evidências mostram que esses tipos de políticas institucionais aumentam a eficácia do manejo dessas questões.²⁰

- Criar um código de conduta profissional que defina claramente o comportamento esperado de cada membro da instituição, a fim de melhorar a qualidade dos resultados (sem presumir que a equipe já conheça essas expectativas). Mudanças comportamentais dentro de uma comunidade geralmente ocorrem quando um princípio é aceito coletivamente como verdade absoluta (p.ex., “Todos merecem respeito”).²¹
- Treinamento em “definição de agenda”; essa abordagem é baseada em permitir que o paciente expresse inicialmente todas as suas preocupações e, em seguida, priorizar e negociar com ele as questões mais relevantes a serem abordadas durante a consulta ou posteriormente, se necessário.

Comunicação verbal e não verbal

O tom de voz apresentou o menor percentual de alta satisfação (214 [49%]), e a velocidade da fala, embora mínima, foi o componente mais insatisfatório nesse domínio (17 [3,9%]). Estudos anteriores relataram que médicos que falam rapidamente podem transmitir mais informações, demonstrar atenção e cuidado com o paciente e até mesmo parecer mais persuasivos, o que geralmente é percebido como fator positivo na satisfação do paciente ($p < 0,01$). Também foi demonstrado que tons agudos reduzem a satisfação do paciente ($p < 0,001$). No entanto, tanto o tom quanto a velocidade da fala tornam-se menos relevantes quando o médico apresenta fortes credenciais profissionais (diplomas, formação acadêmica, emprego reconhecido, etc.).²¹ A insatisfação com a autoapresentação do profissional, com nome e cargo, foi zero, em comparação com 66% (289) dos pacientes que relataram estar altamente satisfeitos com esse aspecto.

A linguagem não verbal foi avaliada positivamente (272 [62,2%]). Esse aspecto está positivamente associado à sensação de bem-estar, autoestima e processos sociais dos pacientes, mesmo na ausência de outras estratégias de conforto.²² Gestos como acenar com a cabeça, manter contato visual, mover as sobrancelhas, bem como a quantidade e o local do contato físico, também influenciam a satisfação do paciente. No entanto, no presente estudo, apenas a ausência do jaleco branco teve impacto significativo na satisfação, reduzindo sua probabilidade em 93,7% ($ORa = 0,06$ [IC 95% 0,02–0,25], $p < 0,001$).²³

Recomendações

- Os médicos devem se apresentar pelo nome e cargo para comunicar suas credenciais profissionais, manter um ritmo de fala moderado a rápido e evitar elevar a voz desnecessariamente ao falar com os pacientes.
- É aconselhável usar sempre um jaleco branco durante a consulta e usar gestos como um leve toque no ombro, antebraço ou mão, ou um aperto de mão ao cumprimentar os pacientes.

Tempo da consulta

Houve um nível adequado de satisfação com a consulta de 20 minutos (246 [56,3%]). Estudos anteriores relataram taxas de satisfação de até 74%, com consultas com duração de apenas 12,1 minutos ($p < 0,001$, $r = 0,38$), com aumento de 0,04 ponto percentual na satisfação para cada minuto adicional de consulta ($p = 0,001$ [IC 95% 0,01–0,06]).²⁴ Associação positiva também foi encontrada em consultas com duração de $9,85 \pm 0,37$ minutos ($p = 0,005$).

Processos administrativos eficientes – como agendamento rápido de consultas, procedimentos de cobrança ágeis e comunicação eficaz com a equipe administrativa – demonstraram aumentar a satisfação do paciente em 3,58 vezes ($ORa = 3,59$ [IC 95% 2,36–5,42], $p < 0,001$).²⁵ Embora o tempo de espera normalmente tenha impacto na satisfação geral, na população estudada do presente estudo, não foi estatisticamente significativa. Apesar dos tempos médios de espera de até 64 minutos, 57% dos pacientes relataram estar satisfeitos ($p = 0,001$).

Recomendações

- Os médicos devem manter a duração atual da consulta (20 minutos) e garantir a pontualidade.
- A instituição deve fornecer as ferramentas e a equipe necessárias para facilitar o agendamento de consultas e os procedimentos de cobrança. Além disso, deve garantir comunicação eficaz entre as diferentes equipes (médicas e não médicas) para agilizar os processos de atendimento.

Privacidade

Menos de 50% (190) dos pacientes relataram estar satisfeitos com a privacidade durante as fotografias médicas. Na literatura, a maioria dos pacientes (79,2%) relata satisfação com a fotografia médica e muitos expressam satisfação em contribuir para a pesquisa, especialmente quando câmeras institucionais são utilizadas. Tirar fotos com *smartphones* pode causar desconfiança e ser percebido como pouco profissional, embora um estudo tenha relatado taxa de aceitação de 79% para a fotografia com *smartphones*.²⁶

A privacidade pode influenciar a decisão do paciente de permitir o exame físico ou de compartilhar informações relevantes. Em um estudo, 10% dos pacientes recusaram o exame físico em virtude de preocupações com a privacidade; fechar portas ou fornecer áreas com cortinas aumentou a percepção de privacidade de 21% para 89%.²⁷

Recomendações

- Sempre feche a porta ou use cortinas para garantir a privacidade do paciente.
- Sempre use o consentimento informado para obter fotos médicas, explique claramente ao paciente as medidas tomadas para garantir a segurança e a confidencialidade das fotos e comunique o propósito e o valor acadêmico das fotografias.
- Sempre que possível, use uma câmera institucional para fotografar.

Atividade de ensino

A participação dos alunos durante a entrevista clínica diminuiu a probabilidade de satisfação geral do paciente em 87% (ORa = 0,13 [IC 95% 0,04–0,42], $p < 0,001$). Na revisão de Mol et al., a presença de alunos não afetou a satisfação do paciente e foi, de fato, associada a benefícios como maior tempo de consulta, exames mais completos e melhor educação do paciente.²⁸ Outros estudos mostraram que os pacientes relatam maior satisfação quando os alunos estão presentes, pois se sentem altruístas e acreditam que estão contribuindo para a educação dos alunos.²⁸

Como a presença de estudantes pode limitar a disposição do paciente em compartilhar questões íntimas ou emocionais, isso pode ter influenciado os presentes resultados, especialmente considerando que muitas condições dermatológicas estão associadas a sentimentos de estigmatização ou constrangimento, frequentemente relacionados à localização anatômica das lesões.²⁷

Recomendações

- Sempre pergunte ao paciente, antes de iniciar a consulta, se ele concorda com a participação de estudantes.
- Mesmo que o paciente autorize a participação dos estudantes, pode ser aconselhável pedir que eles se retirem da consulta para que o paciente possa discutir quaisquer aspectos íntimos ou emocionais.

Infraestrutura

Paradoxalmente, o desconforto durante o exame físico foi associado a maior probabilidade de satisfação geral (ORa = 25,76 [IC 95% 4,46–190,04], $p = 0,001$). Embora essa associação possa refletir um fenômeno real – p.ex., que os pacientes percebem exames completos e desconfortáveis como indicadores de atenção médica cuidadosa – ela também pode resultar de viés de relato ou de limitações do tamanho da amostra. Outra possibilidade é que, em condições que envolvam comportamento respeitoso em termos de postura médica, presença de médico vestindo jaleco branco e ausência de alunos, o desconforto se torne menos relevante.

Em pacientes com deficiência, estudos mostraram que 27% não são examinados na mesa do consultório médico, o que está associado a menor probabilidade de avaliar positivamente o atendimento e o trabalho do médico (59% e 39%, respectivamente).²⁹

O tamanho do consultório médico está relacionado à sensação de privacidade do paciente; espaços pequenos em que os pacientes podem ouvir outras conversas reduzem a satisfação de 36% para 14%.

Recomendações

- Em nível institucional, é importante garantir que os consultórios médicos sejam suficientemente espaçosos ou ofereçam privacidade adequada para que as interações clínicas não sejam ouvidas do lado de fora.

Limitações do estudo

Um ponto forte importante deste estudo é que ele avaliava uma ampla variedade de aspectos relacionados à saúde, fornecendo contexto abrangente para a compreensão desse fenômeno. Além disso, os parâmetros do modelo de regressão multivariada foram adequados, sugerindo que as variáveis utilizadas podem discriminar entre pacientes satisfeitos e insatisfeitos.

No entanto, diversas limitações devem ser consideradas, como a natureza transversal do estudo, que impede o estabelecimento de relações causais. É importante observar que a mensuração da satisfação está sujeita a vieses sociais, e os fatores que a impactam variam consideravelmente entre as populações. Por isso, desfechos incomuns, como desconforto durante o exame físico, requerem verificação por meio de análises adicionais, idealmente utilizando modelos hierárquicos ou análises de sensibilidade.

Outra limitação comum a todos os estudos que avaliam a satisfação é a complexidade de analisar todos os possíveis fatores relacionados à satisfação e mensurá-los adequadamente para evitar problemas de colinearidade. É importante incluir aspectos relacionados à tecnologia (agendamento virtual de consultas, métodos de agendamento, métodos de contato preferenciais, uso de instrumentos médicos durante a consulta etc.), que são cada vez mais comuns na prática médica.

Estudos analíticos são recomendados para avaliar a direção das relações causais, bem como análises qualitativas para explorar em profundidade as percepções subjetivas dos pacientes e, ainda mais, avaliações experimentais de intervenções educacionais destinadas a aprimorar as competências relacionais de médicos e estudantes.

Conclusões

Este estudo oferece avaliação abrangente da satisfação do paciente durante a consulta dermatológica, examinando diversos domínios, como a interação médico-paciente, comunicação verbal e não verbal, tempos de espera, privacidade, atividades de ensino e infraestrutura. A maioria dos pacientes relatou alta satisfação geral com a entrevista médica, o comportamento do médico e o exame físico.

A análise estatística mostrou diferenças significantes entre os grupos em todos os domínios e identificou os principais fatores que afetam a satisfação do paciente. Notavelmente, comportamento insatisfatório do médico, desconforto durante o exame físico, presença de estudantes durante a entrevista e ausência do jaleco branco usado pelo médico diminuíram significativamente a probabilidade de satisfação geral.

O modelo de regressão multivariada demonstrou poder explicativo moderado, corroborando a importância clínica e estatística das variáveis estudadas. No entanto, são reconhecidas limitações relacionadas ao desenho transversal e à complexidade de mensurar a satisfação com precisão — em virtude de possíveis vieses sociais e diferenças populacionais.

Este estudo enfatiza a necessidade de mais pesquisas analíticas, qualitativas e experimentais para melhor compreender as percepções dos pacientes, estabelecer relações

causais e avaliar intervenções que visem aprimorar as habilidades relacionais de profissionais de saúde e estudantes de Medicina.

Suporte financeiro

Esta pesquisa não recebeu nenhuma subvenção específica de agências de financiamento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Contribuição dos autores

Manuel Gahona: Conceitualização; Curadoria de dados; Recursos; Escrita - rascunho original.

Silvia Alejandra Prada: Conceitualização; Recursos; Análise formal; Escrita - rascunho original.

Daniela Chaparro: Conceitualização; Curadoria de dados; Escrita - rascunho original.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Sílvia Alencar Marques

Referências

- World Health Organization. Quality health services [Internet]. 2020 [acesso em 24 abr. 2025]. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>>.
- Manual para la elaboración de políticas, estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2018.
- Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Luceron M, del C, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81:637–45.
- Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3:151.
- Toledano MCL, Cantarero IL, López VEG, Cuesta RC, Montero RC. La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2016;19:125–33.
- Al Shammrie FF, Alanazi WS, Alduheim MA, Alenazi AA, Alhamazani YS, Alkhuraisi FY, et al. Factors affecting patient satisfaction in dermatology clinics in Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14:e32193.
- Resolución No. 008430 de 1993.(Oct. 4, 1993).
- Lucía V, Osorio D. Satisfacción de los pacientes con el cuidado brindado en el departamento de dermatología de una clínica universitaria. *Medicina UPB*. 2014;33:124–8.
- Goodrich GW, Lazenby JM. Elements of patient satisfaction: an integrative review. *Nurs Open*. 2023;10:1258–69.
- Graham B. Defining and measuring patient satisfaction. *J Hand Surg*. 2016;41:929–31.
- Prada-García C, Benítez-Andrades JA. Evaluation of the satisfaction of patients seen in the dermatology department of a spanish tertiary hospital. *Healthcare (Basel)*. 2022;10:1560.
- Nwankwo C, Houpe JE, Ho BVK, Seger EW, Wu DJ, Rajpara A. A multi-site survey study of patient satisfaction with teledermatology. *Kans J Med*. 2022;15:307–10.
- Cohen JL, Fagien S, Ogilvie P, De Boulle K, Carruthers J, Cox SE, et al. High patient satisfaction for up to 6 months with onabotulinumtoxin treatment for upper facial lines. *Dermatol Surg*. 2022;48:1191–7.
- Santiago S, Lu J. Patient satisfaction in teledermatology: an updated review. *Curr Dermatol Rep*. 2023;12:23–6.
- Miller J, Jones E. Shaping the future of teledermatology: a literature review of patient and provider satisfaction with synchronous teledermatology during the COVID-19 pandemic. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47:1903–9.
- Bradley V, Liddle S, Shaw R, Savage E, Rabbitts R, Trim C, et al. Sticks and stones: investigating rude, dismissive and aggressive communication between doctors. *Clin Med*. 2015;15:541.
- Grissinger M. Disrespectful behavior in health care: its impact, why it arises and persists, and how to address it – part 2. *P T*. 2017;42:74.
- Zimmerman T, Amori G. The silent organizational pathology of insidious intimidation. *J Healthc Risk Manag*. 2011;30:8–15, 5-6.
- Budin WC, Brewer CS, Chao YY, Kovner C. Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45:308–16.
- Rodziejewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. *StatPearls*. 2024 [acesso em 28 abr. 2025]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>>.
- Kramer M, Schmalenberg C. Securing “good” nurse/physician relationships. *Nurs Manage*. 2011;34:34–8.
- Liu S, Zhang M, Gao B, Jiang G. Physician voice characteristics and patient satisfaction in online health consultation. *Info Manag*. 2020;57:103233.
- Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1–14.
- Torres-Reyes ED, Carranza-Guzmán FJ, Tamez-Rodríguez AR, Álvarez-Villalobos NA. Correlation between consultation time and patient’s satisfaction in primary care. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61:759–66.
- Maesaroh S, Fauziah ni N, Putri IRR, Ulhaq MZ, Rokhmatun PN, Zamani A, et al. Hospital administration as factors associated with patient satisfaction: a meta-analysis. *J Health Policy Management*. 2022;7:227–334.
- Kim W, Sivesind T. Patient perceptions of dermatologic photography: scoping review. *JMIR Dermatol*. 2022;5:e33361.
- Aberer E, Hiebler-Ragger M, Zenker M, Weger W, Hofer A, Unterrainer HF. Facets of shame are differently expressed in dermatological disease: a prospective observational study. *Br J Dermatol*. 2020;183:169.
- Mol SSL, Peelen JH, Kuyvenhoven MM. Patients’ views on student participation in general practice consultations: a comprehensive review. *Med Teach*. 2011;33:e397–400.
- Morris MA, Maragh-Bass AC, Griffin JM, Finney Rutten LJ, Lagu T, Phelan S. Use of accessible examination tables in the primary care setting: a survey of physical evaluations and patient attitudes. *J Gen Intern Med*. 2017;32:1342–8.