



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA LUÍSA GONÇALVES RODRIGUES DA FONTE

***PERCEÇÃO COMPARADA ENTRE CONSULENTES E
SEUS MÉDICOS QUANTO À EMPATIA MÉDICA***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
PROFESSOR DOUTOR CARLOS BRAZ SARAIVA**

SETEMBRO 2015

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA

**PERCEÇÃO COMPARADA ENTRE CONSULENTES E SEUS MÉDICOS QUANTO
À EMPATIA MÉDICA**

Investigadores:

Ana Luísa Gonçalves Rodrigues da Fonte

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

E-mail: ana_luisa_fonte@hotmail.com

*A sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica:
ela quebra as barreiras do isolamento da doença ou do mal-estar
e restaura a sensação de se sentir como um todo.*

José Nunes, em “Comunicação em Contexto Clínico”

Índice

Abreviaturas.....	5
Resumo.....	6
Abstract.....	8
Introdução.....	10
Material e Métodos.....	13
Resultados	
Caracterização da amostra.....	16
Pontuações obtidas pelos consulentes na JSPPPE.....	18
Pontuações obtidas pelos médicos no questionário em espelho da JSPPPE.....	20
Comparação das respostas dadas pelos médicos e consulentes.....	21
Distribuição percentílica.....	23
Discussão.....	26
Conclusão.....	32
Agradecimentos.....	33
Referências Bibliográficas.....	34
Anexo 1.....	36
Anexo 2.....	37
Anexo 3.....	38

Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

ICPC – International Classification of Primary Care

JSPE – Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPPE – Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy

MGF – Medicina Geral e Familiar

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: Apesar da escassez de investigação acerca da empatia, o seu papel é crucial para o desenvolvimento de relações terapêuticas, estando associada a melhores resultados clínicos e maior satisfação dos doentes. É importante não só valorizar a percepção do consulente acerca da empatia do seu médico, como considerar a capacidade dos médicos sentirem a empatia experienciada pelos seus consulentes.

Objetivo: Avaliar a capacidade dos médicos perceberem o grau de empatia que os seus consulentes percebem.

Métodos: Num estudo observacional e transversal, foram aplicados dois questionários, a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) e um em espelho desse mesmo instrumento, aplicado aos consulentes e aos médicos, respetivamente. Estes entregaram os questionários aos seus três primeiros doentes de cada dia, até alcançar o número de questionários entregues a cada profissional, respondendo em seguida ao seu próprio em espelho. A recolha de dados decorreu durante os meses de julho e agosto de 2015, obtendo-se uma amostra de conveniência composta por 217 pares de questionários válidos. Foram preenchidos pelos médicos alguns dados acerca dos consulentes, nomeadamente idade, sexo, formação académica, número de consultas no último ano, número de patologias crónicas e problemas sociais incluídos no capítulo Z da Classificação Internacional de Cuidados Primários, 2ª edição.

Resultados: Relativamente à JSPPPE, a média das respostas dos consulentes foi de 6,5, enquanto que em relação ao questionário em espelho, a média das respostas dos médicos foi de 5,5. Considerando-se melhores os resultados correspondentes ou superiores ao percentil P75, 51,2% das respostas dos consulentes e 32,3% das dos médicos estão incluídos nesse quartil. Apesar de a pergunta 5 dos consulentes (“É um médico que me compreende”) ter obtido a maior média, a sua correspondente dos médicos (“Penso que julga que o(a) compreendo”) obteve a menor média. Na comparação de perceções, mostrou-se haver diferença estatisticamente significativa em todos os pares de perguntas ($p < 0,001$).

Discussão e Conclusão: Apesar de os consulentes parecerem bastante satisfeitos com a relação empática desenvolvida com os seus médicos de família, os profissionais não têm uma perceção tão boa da empatia experienciada pelos seus utentes. Conclui-se que os médicos julgam ter uma relação menos empática com os seus consulentes do que aquilo que estes consideram. Futuros estudos serão interessantes para encontrar mais certezas nas explicações das diferenças de respostas entre médicos e consulentes.

Palavras-chave: “Empatia”, “Relação Médico-Doente”, “JSPPPE”, “Perceção do doente”, “Perceção do médico”

Abstract

Background: Despite the scarcity of research on empathy, it is considered crucial for the development of a therapeutic relationship, and it is associated with better clinical outcomes as well as patients' increased satisfaction with their care providers. We should consider not only the patient perception of physician empathy, but also the ability of physicians to feel the empathy experienced by the individuals.

Objective: To measure the physicians' ability to understand the degree of empathy experienced by their patients.

Methods: In an observational, cross-sectional study, the Jefferson Scale of Patients Perception of Physician Empathy (JSPPPE) and a parallel questionnaire were applied to consultants and doctors, respectively. The physicians handed over the questionnaires to their first three patients of the day, until all of them were answered, and then they answered to their own in parallel. The data collecting took place in July and August 2015, and the convenience sample was composed of 217 pairs of valid questionnaires. It was also collected some data about the individuals, regarding age, sex, educational level, number of encounters with the care provider in the past year, number of chronic diseases and social problems included in International Classification of Primary Care 2nd edition Z chapter.

Results: The overall average value obtained by the individuals with the JSPPPE was 6.5, and the same parameter was 5.5 within the parallel questionnaire answered by the doctors. While the best results are those among or above the percentile P75, 51.2% of the patients' answers and 32.3% of physicians' responses are included in that quartile. Although consultants'

question number 5 (“He is an understanding doctor”) scored the greater average value, the parallel question from the physicians (“I think he believes I understand him”) scored the lowest one. Comparing the perceptions, statistically significant differences were found between all pairs of questions ($p < 0,001$).

Discussion and Conclusion: Although patients seem to be really satisfied with their family physicians’ empathy, the doctors have a worse perception of the empathy experienced by their patients. We can conclude that physicians believe they have a less empathic relationship with their consultants than what is shown by patients. Further studies should be done to uncover, with more certainty, the reasons for the differences found between the doctors and patients’ answers.

Keywords: “Empathy”, “Doctor-Patient Relationship”, “JSPPPE”, “Patient Perception”, “Physician Perception”

Introdução

Uma boa relação médico-doente é um elemento chave na prática da medicina e na arte de cuidar.¹

Um dos mais importantes atributos para um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) é a capacidade de usar de forma efetiva o conhecimento sobre relações interpessoais no contacto com os doentes.² A empatia é uma característica importante nas relações interpessoais, e, por esse motivo, crucial no desenvolvimento de relações terapêuticas.²

Embora haja consenso no contributo positivo da empatia na relação médico-doente, o mesmo não é verdade no que toca à definição.¹ Aquela que é mais geralmente aceite foi avançada por *Hojat* em 2007 como um *“atributo predominantemente cognitivo (em vez de emocional) que envolve a compreensão (em vez do sentimento) das experiências, preocupações e perspetivas do doente, combinada à capacidade de comunicar essa mesma compreensão”*.³ Por outras palavras, será *“compreender o doente e torná-lo consciente dessa mesma compreensão”*.⁴ É considerado um conceito multidimensional que envolve três componentes essenciais, sendo o mais importante a tomada de perspetiva; os restantes baseiam-se nos cuidados relativos ao desempenho da profissão e na capacidade de o médico se colocar na posição do doente.¹ A realçar ainda a sua total distinção da simpatia, um atributo fundamentalmente emocional, já que esta implica sentir intensamente a dor e sofrimento dos doentes.⁵

Capacidades de comunicação empática estão associadas a melhores resultados clínicos, maior satisfação dos doentes, maior adesão à terapêutica, menor número de erros médicos e menos queixas de má prática médica⁶, além de *coping* mais efetivo do impacto da doença.⁷ Está também associada a aumento das capacidades diagnóstica e terapêutica dos médicos. Pelo contrário, falta de empatia terá efeitos negativos nos resultados clínicos.⁸

No entanto, a investigação nesta área é ainda escassa. Embora seja dada importância à empatia na atividade médica, a percepção da mesma por parte dos consulentes não tem recebido atenção suficiente.⁷ A pertinência deste aspeto prende-se com o facto de estar já provado que é a percepção do consulente da empatia médica, e não o seu auto-relato pelo profissional, que se correlaciona significativamente com os resultados clínicos.⁹

A maior parte dos estudos que contêm auto-relatos sobre empatia médica utiliza a *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE), por ter já a sua validade e fiabilidade demonstradas.^{7,8,10,11} A mesma instituição, o Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, em Filadélfia, criou posteriormente a primeira escala capaz de avaliar a percepção dos consulentes sobre a empatia do seu médico, a *Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy* (JSPPE)¹², cuja validade e características psicométricas estão também já demonstradas.^{8,9} Num desses estudos, foi igualmente provado que a orientação por parte dos médicos para a adoção de medidas preventivas pode contribuir para uma melhor percepção da empatia médica.⁹ Em Portugal a sua validade e fiabilidade foram igualmente comprovadas.¹³

Existem estudos que tentam encontrar alguma relação entre a visão da empatia médica por parte do profissional e a percepção da mesma pelos consulentes, utilizando para isso sobretudo as escalas já referidas. Embora alguns não tenham demonstrado uma correlação significativa entre as pontuações da JSPE e da JSPPE^{8,11}, outros conseguiram-no.^{7,10} Assim sendo, coloca-se a possibilidade de a percepção do consulente sobre a empatia do seu médico diferir da visão do médico sobre a sua própria empatia.¹²

Nesse sentido, surge a necessidade de avaliar também a capacidade dos médicos sentirem a empatia experienciada pelos seus consulentes. Já em 2002 a Associação Americana de Colégios Médicos definia no seu *Medical School Objectives Project* como objetivo educativo a compreensão médica da perspetiva do consulente.¹ Por essa razão, tornou-se útil a validação de um instrumento que, simultaneamente e por comparação, meça a empatia do

consulente pelo seu médico, e avalie o que os médicos pensam estar a ser percebido pelos seus consulentes neste aspeto.

O objetivo deste trabalho será dar resposta à seguinte questão: “Conseguem julgar os médicos a empatia sentida pelos seus consulentes?”, julgando-se que os médicos tenderão a considerar ter uma relação menos empática do que aquela que os seus consulentes sentem.

Material e Métodos

Este projeto trata-se de um estudo observacional e transversal, numa amostra não probabilística e de conveniência de utentes de quatro Unidades de Saúde Familiar (USF) do distrito de Coimbra: USF Topázio (Eiras), USF Cruz de Celas (Coimbra), USF Marquês de Marialva (Cantanhede) e USF Araceti (Montemor-o-Velho).

A JSPPPE é um instrumento breve e de fácil aplicação com apenas 5 itens: 1 - Conseguir compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo); 2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária; 3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família; 4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações; 5 - É um médico que me compreende. Cada item é respondido segundo uma escala *Likert*, de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A sua validade e fiabilidade, como referido, foram já demonstradas a nível nacional e internacional. Este questionário, junto a uma breve explicação do seu preenchimento e descrição do contexto da realização do estudo (anexo 1), foi respondido por cada consulente. A resposta, avaliando a percepção da empatia do seu médico, e consequente entrega na secretaria de cada USF constituía o consentimento informado.

Como o objetivo é a comparação da percepção do consulente com a visão do médico no que toca à empatia experienciada pelo utente, foi criado um questionário em espelho da JSPPPE, objeto de trabalho do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, orientador deste projeto, e revisto pelos restantes membros médicos da USF Topázio. Trata-se igualmente de um instrumento, respondido segundo a mesma escala de *Likert*, com 5 itens: 1 - Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a); 2- Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária; 3 - Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família; 4 - Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações; 5 – Penso que julga que o(a) compreendo. O questionário respondido pelo médico (anexo 2) resultou da

junção deste instrumento a alguns dados sobre o consulente (permitindo dessa forma a caracterização da amostra). As variáveis em causa foram “idade”, “sexo”, “formação académica”, “número de consultas no último ano”, “número de patologias crónicas” e existência, ou não, de algum “problema social crónico segundo o capítulo Z da ICPC-2” (a *Internacional Classification of Primary Care* é uma forma de codificar, com uma linguagem internacionalmente comum, a atividade clínica diária nos Cuidados de Saúde Primários; o mesmo problema clínico será classificado com o mesmo termo e código. Esta classificação está dividida em 17 capítulos, sendo o Z o referente aos Problemas sociais ¹⁴). Foram definidos os seguintes grupos etários: até 35 anos; dos 36 aos 65 anos; a partir de 66 anos.

Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (anexo 3) tal como a autorização das quatro USF, através dos seus representantes, para a realização do projeto.

A recolha de dados decorreu durante os meses de julho e agosto de 2015. Cada médico entregava o questionário ao consulente, que o deveria responder e entregar, dentro do envelope cedido, na secretaria da USF; por seu turno, o médico respondia, após saída do consulente, ao seu questionário. Ambos estavam numerados para posterior emparelhamento e comparação de perceções. A amostra probabilística e de conveniência foi definida como os três primeiros doentes de cada dia de cada médico, até ser perfazido o número de questionários entregues a cada profissional.

O cálculo da amostra foi feito para uma população de 800 pessoas que em média são atendidas por dia pelas quatro USF onde o estudo foi realizado. Com uma margem de erro de 16%, nível de confiança de 95% e distribuição de resposta de 50%, surge uma amostra de 201 pessoas, como é possível calcular em <http://www.vsai.pt/amostragem.php>. Cada conjunto de questionários era composto por um questionário do médico, um do doente e um envelope. Foram entregues 140 na USF Topázio, 70 na USF Cruz de Celas, 70 na USF Marquês de

Marialva e 30 na USF Araceti, obtendo respectivamente 88, 62, 38 e 29 conjuntos válidos, constituindo assim uma amostra total de 217 (taxa de resposta de 70% no total).

Após construção da base de dados em *Excel*, o tratamento dos dados colhidos foi feito com recurso a *SPSS Software for Windows – version 19.0* (SPSS Inc., Chicago, IL). Foi realizada estatística descritiva e análise inferencial, após verificação da normalidade dos dados. Foram utilizados o teste t de Student e o coeficiente de correlação de Pearson. Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Resultados

Caracterização da amostra

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra dos 217 consulentes em estudo relativamente ao grupo etário, género, formação académica, número de consultas no último ano, número de patologias crónicas ativas ou de que sofre e existência ou não de algum problema social crónico segundo o capítulo Z da ICPC-2. Estas variáveis foram fornecidas por cada médico no preenchimento de cada um dos seus questionários.

	n (%)
Grupo etário	
≤ 35 anos	31 (14,3)
36 a 65 anos	129 (59,4)
≥ 66 anos	57 (26,3)
Género	
Masculino	75 (34,6)
Feminino	142 (65,4)
Formação académica	
Sabe ler e escrever	41 (18,9)
4ª classe ou 9º ano	103 (47,5)
7º ano ou 12º ano	28 (12,9)
Técnica	5 (2,3)
Superior	40 (18,4)
Nr consultas no último ano	
≤ 2	77 (35,5)
≥ 3 e ≤ 5	93 (42,9)
≥ 6	47 (21,7)
Nr patologias crónicas	
< 2	67 (30,9)
≥ 2	150 (69,1)
Problema crónico em Capítulo Z	
Sim	45 (20,7)
Não	172 (79,3)

Tabela 1 - Caracterização da amostra total, para n=217 consulentes

A amostra engloba 142 (65,4%) consulentes do sexo feminino e 75 (34,6%) do sexo masculino, estando a maioria, 129 (59,4%), na faixa etária compreendida entre os 36 e os 65 anos. A média de idades ronda os 54 anos; a mediana é 55 anos e a moda 44 anos. Quanto à formação académica, 41 indivíduos (18,9%) apenas sabem ler e escrever, 103 (47,5%) têm a 4ª classe ou 9º ano, 28 (12,9%) têm o 7º ano ou 12º ano, 5 (2,3%) têm formação técnica e 40 (18,4%) frequentaram o ensino superior. No que diz respeito ao número de consultas no último ano, 77 pessoas (35,5%) tiveram número igual ou inferior a 2 consultas, 93 (42,9%) entre 3 e 5 consultas e 47 (21,7%) pelo menos 6 consultas. Relativamente ao número de patologias crónicas ativas ou que sofrem, 150 indivíduos (69,1%) tem número igual ou superior a 2 patologias. No que concerne ao capítulo Z da ICPC-2, apenas 45 (20,7%) consulentes terá algum problema social nele incluído.

Pontuações obtidas pelos consulentes na JSPPPE

Na tabela 2 apresentam-se os resultados das respostas dos consulentes, em valores absoluto e relativo, para cada pergunta da JSPPPE.

Pergunta	Respostas						
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	6 n(%)	7 n(%)
1. Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)	0 (0)	0 (0)	3 (1,4)	5 (2,3)	11 (5,1)	51 (23,5)	147 (67,7)
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	2 (0,9)	1 (0,5)	3 (1,4)	5 (2,3)	20 (9,2)	43 (19,8)	143 (65,9)
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,9)	5 (2,3)	18 (8,3)	42 (19,4)	148 (68,2)
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	8 (3,7)	15 (6,9)	35 (16,1)	158 (72,8)
5. É um médico que me compreende	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	4 (1,8)	8 (3,7)	27 (12,4)	177 (81,6)

Tabela 2 - Resultados das respostas em valores absoluto e relativo para cada pergunta da

JSPPPE, para n=217 consulentes

É de realçar que em todas as perguntas a pontuação mais vezes atribuída pelos consulentes foi a máxima, os 7 pontos, seguida dos 6 pontos e, depois, dos 5 pontos. A pergunta 5 (“É um médico que me compreende”) foi a que mais vezes obteve os 7 pontos: 81,6% (n=177). Já a pergunta 2 (“Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária”) foi a que menos vezes obteve a pontuação máxima: 65,9% (n=143).

As médias, desvios-padrão e intervalos de confiança a 95% encontram-se descritas na tabela 3.

Pergunta	Média	Desvio-padrão	IC a 95%
1. Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)	6,5	0,8	6,4 a 6,6
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	6,4	1,1	6,3 a 6,6
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família	6,5	1	6,3 a 6,6
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	6,6	0,8	6,5 a 6,7
5. É um médico que me compreende	6,7	0,7	6,6 a 6,8

Tabela 3 - Médias, desvios-padrão e intervalos de confiança a 95% para cada pergunta da

JSPPE, para n=217 consulentes

Os valores das médias variam entre os 6,4 e os 6,7. A pergunta 2 (“Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária”) obteve o valor mais baixo, enquanto que a pergunta 5 (“É um médico que me compreende”) foi a que obteve o valor mais alto.

Pontuações obtidas pelos médicos no questionário em espelho da JSPPPE

Na tabela 4 apresentam-se os resultados das respostas dos médicos, em valores absoluto e relativo, para cada pergunta do questionário em espelho da JSPPPE.

Perguntas	Respostas						
	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)	6 n(%)	7 n(%)
1. Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a)	0 (0)	0 (0)	2 (0,9)	15 (6,9)	53 (24,4)	108 (49,8)	39 (18)
2. Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária	1 (0,5)	0 (0)	4 (1,8)	14 (6,5)	44 (20,3)	119 (54,8)	35 (16,1)
3. Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família	1 (0,5)	4 (1,8)	4 (1,8)	14 (6,5)	51 (23,5)	102 (47)	41 (18,9)
4. Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações	0 (0)	1 (0,5)	4 (1,8)	16 (7,4)	55 (25,3)	101 (46,5)	40 (18,4)
5. Penso que julga que o(a) compreendo	1 (0,5)	43 (19,8)	10 (4,6)	25 (11,5)	51 (23,5)	48 (22,1)	39 (18)

Tabela 4 - Resultados das respostas em valores absoluto e relativo para cada pergunta do questionário em espelho da JSPPPE, para n=217 consulentes

Excetuando a pergunta 5 (“Penso que julga que o(a) compreendo”) que obteve mais vezes os 5 pontos, em todas as perguntas a pontuação mais vezes atribuída pelos médicos foi os 6 pontos, seguida dos 5 pontos e, depois, dos 7 pontos. De salientar também que a pergunta 5 foi a que mais vezes obteve as pontuações mais baixas: 2 pontos com 19,8% (n=43); 3 pontos com 4,6% (n=10); 4 pontos com 11,5% (n=25).

As médias, desvios-padrão e intervalos de confiança a 95% encontram-se descritas na tabela 5.

Pergunta	Média	Desvio-padrão	IC a 95%
1. Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a)	5,8	0,9	5,7 a 5,9
2. Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária	5,8	0,9	5,6 a 5,9
3. Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família	5,7	1,1	5,5 a 5,8
4. Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações	5,7	0,9	5,6 a 5,8
5. Penso que julga que o(a) compreendo	4,8	1,7	4,5 a 4,99

Tabela 5 - Médias, desvios-padrão e intervalos de confiança a 95% para cada pergunta do questionário em espelho da JSPPPE, para n=217 consulentes

Os valores das médias variam entre os 4,8 e os 5,8. A pergunta 5 (“Penso que julga que o(a) compreendo”) obteve o valor mais baixo, enquanto que as perguntas 1 (“Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a)”) e 2 (“Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária”) foram as que obtiveram o valor mais alto.

Comparação das respostas dadas pelos médicos e consulentes

Na tabela 6 apresentam-se a média, a mediana, a moda e o desvio-padrão das perguntas dos consulentes e das dos médicos.

	Perguntas dos consulentes	Perguntas dos médicos
Média	6,5	5,5
Mediana	7	5
Moda	7	5
Desvio-padrão	0,7	0,8

Tabela 6 - Média, mediana, moda e desvio-padrão das perguntas dos consulentes e das dos médicos

Relativamente à JSPPE, a média de respostas dos consulentes rondou os 6,5, com mediana e moda de 7, enquanto que em relação ao seu questionário em espelho, a média de respostas dos médicos foi de 5,5, com mediana e moda de 5.

Na tabela 7 apresentam-se as diferenças de médias, os desvios-padrão, os intervalos de confiança a 95% e o valor de p para cada par de perguntas médico-consulente.

Pares de perguntas	Diferença de médias	Desvio-padrão	IC a 95%	p
1. Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a) - Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	-0,7	1,1	-0,2 a - 0,6	<0,001
2. Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	-0,6	1,2	-0,8 a - 0,5	<0,001
3. Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família - Parece preocupado acerca de mim e da minha família	-0,8	1,4	-1 a - 0,6	<0,001
4. Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	-0,9	1,2	-1 a - 0,7	<0,001
5. Penso que julga que o(a) compreendo - É um médico que me compreende	-1,9	1,8	-2,2 a - 1,7	<0,001

Tabela 7 - Diferenças de médias, desvios-padrão, intervalos de confiança a 95% e valor de p, para cada par de perguntas médico-consulente

Verifica-se a maior diferença de médias (-1,9) no par 5 (“Penso que julga que o(a) compreendo - É um médico que me compreende”). Já o par 2 (“Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha

vida diária”) tem a menor diferença de médias (-0,6). De notar que todas as perguntas médico-consulente têm uma diferença de médias com valor negativo; isto é, todas as perguntas respondidas pelos médicos alcançaram médias inferiores às obtidas pelos consulentes. Comprovou-se haver diferença estatisticamente significativa em todos os pares de perguntas, sempre com $p < 0,001$.

Distribuição percentilica

Na tabela 8 apresentam-se os resultados de cada pergunta dos consulentes vs pergunta dos médicos em função da distribuição percentilica.

Perguntas dos consulentes vs Perguntas dos médicos							
	P25 (%)	P50 (%)	P75 (%)		P25 (%)	P50 (%)	P75 (%)
1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	6	7	7	1. Julga que consigo ver as coisas na perspetiva dele(a)	5	6	6
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	6	7	7	2. Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária	5	6	6
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família	6	7	7	3. Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família	5	6	6
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	6	7	7	4. Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações	5	6	6
5. É um médico que me compreende	7	7	7	5. Penso que julga que o(a) compreendo	3,5	5	6

Tabela 8 - Distribuição percentilica de cada pergunta consulente vs pergunta do médico

Verifica-se uma maior concentração de respostas dos consulentes nos 7 pontos, e uma maior concentração de respostas dos médicos nos 6 pontos.

Na tabela 9 apresentam-se valores da distribuição percentílica média para cada questionário, e na tabela 10 estão descritos as frequências e percentagens dos scores dos consulentes e os dos médicos.

	Perguntas dos consulentes	Perguntas dos médicos
P25	6,4	5,2
P50	7	5,4
P75	7	6

Tabela 9 - Distribuição percentílica média para cada questionário

Scores dos consulentes	n	%	Scores dos médicos	n	%
3	1	0,5	2,8	2	0,9
4	1	0,5	3,2	2	0,9
4,2	3	1,4	3,6	1	0,5
4,4	2	0,9	3,8	1	0,5
4,6	1	0,5	4	4	1,8
5	2	0,9	4,2	3	1,4
5,2	5	2,3	4,4	4	1,8
5,4	5	2,3	4,6	6	2,8
5,6	7	3,2	4,8	12	5,5
5,8	6	2,8	5	18	8,3
6	12	5,5	5,2	49	22,6
6,2	3	1,4	5,4	20	9,2
6,4	19	8,8	5,6	14	6,5
6,6	19	8,8	5,8	11	5,1
6,8	20	9,2	6	23	10,6
7	111	51,2	6,2	6	2,8
			6,4	10	4,6
			6,6	2	0,9
			6,8	3	1,4
			7	26	12

Tabela 10 - Frequências e percentagens dos *scores* dos consulentes e os dos médicos

Para maior aperto de qualidade e conhecimento exato da realidade, consideraram-se bons os resultados pertencentes ao percentil igual ou superior ao P75, que relativamente às respostas dos consulentes será ≥ 7 e em relação às respostas dos médicos será ≥ 6 . Deste modo, estão neste quartil 111 (51,2%) das respostas dos consulentes e 70 (32,3%) das respostas dos médicos.

Discussão

A maioria das consultas em MGF é de grande exigência em termos comunicacionais.¹⁵ Sendo as palavras um dos pilares da comunicação facilitam o entendimento entre médicos e seus consulentes, podendo tranquilizá-los e produzir efeitos terapêuticos positivos.¹⁶ Contudo, rotulando como “doença” aquilo que apenas constitui um potencial risco, tornam-se causa de iatrogenia e geram dúvidas e medos na população.¹⁶

Deste modo, cada vez mais se discute a prevenção quaternária, conceito que lança um olhar crítico sobre as atividades médicas, com ênfase na necessidade de não causar danos.¹⁷ Implica a compreensão de que a medicina está baseada na relação médico-doente, e que essa deve permanecer verdadeiramente terapêutica, respeitando a autonomia de pacientes e médicos.¹⁷

Nesse sentido, por o profissional e o consulente serem ambos intervenientes fundamentais nesta relação, é pertinente avaliar essa dualidade de percepções. Este estudo avaliou assim, não só a percepção dos doentes sobre a empatia dos médicos, como também a capacidade dos médicos sentirem a empatia experienciada pelos seus consulentes. Mais importante ainda, propôs-se a fazer, pela primeira vez, a comparação entre tais visões.

Após obtenção da autorização da Comissão de Ética da ARS do Centro, procedeu-se à aplicação dos questionários nas diferentes USF, uma vez que a JSPPE estava já validada e traduzida para Portugal. Foi imposto aos médicos participantes que entregassem os questionários aos seus três primeiros doentes de cada dia, até ser perfazido o número de questionários entregues a cada profissional, respondendo em seguida ao seu respetivo. Embora cada médico soubesse, desta forma, a que consulentes o questionário estava a ser entregue, não os puderam escolher, evitando-se assim um possível viés de seleção de indivíduos que à partida tivessem uma maior relação empática consigo. Além disso, estava explícito no questionário entregue a cada utente que não o deveria responder com base apenas

no que sentiu naquela consulta, mas de acordo com o que vinha a ser a sua relação com o seu médico. Tentou-se desse modo minimizar o efeito positivo ou negativo que aquela consulta pudesse ter, e que não traduzisse a verdadeira relação já previamente desenvolvida. É, contudo, importante referir o possível viés de amostragem: os consulentes que têm uma visão mais positiva do seu médico estão normalmente mais inclinados que outros a participar neste tipo de estudos.^{2,9}

Dos 310 pares de questionários entregues no total, obtiveram-se 217 válidos, o que dá uma percentagem de resposta de 70%. Dos 217 consulentes avaliados, 142 (65,4%) eram do sexo feminino, 129 (59,4%) estavam na faixa etária entre os 36 a 65 anos e 103 (47,5%) tinham a 4ª classe ou o 9º ano. A maioria tinha entre 3 a 5 consultas no último ano (42,9%) e pelo menos duas patologias crónicas (69,1%). Somente 20,7% tinha problemas sociais crónicos incluídos no capítulo Z da ICPC-2. Estes dados servem apenas para caracterização da amostra, possibilitando futuras comparações com outras populações sujeitas a um estudo semelhante a este. Não foi objetivo deste trabalho a correlação das características sociodemográficas dos consulentes com as suas percepções sobre a empatia médica, ou com a visão do médico sobre essa mesma percepção.

Relativamente à avaliação da percepção do consulente sobre a empatia médica, é evidente que, de forma geral, em todas as perguntas, as respostas dadas correspondem às pontuações mais elevadas. Parece haver uma sensação de compreensão bastante satisfatória dos mesmos consulentes, em relação aos seus médicos de família. Analisando cada item individualmente, constatou-se que a pergunta 2 (“Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária”) obteve a menor média (6,4), facto que vai de encontro ao verificado num outro estudo realizado em Coimbra.¹³ Ainda que não seja óbvia a justificação para tal, uma possível explicação poderá estar na pouca disponibilidade de tempo para cada consulta, que leva o profissional a tentar direccionar a conversa para outras áreas que lhe parecem mais

importantes. No entanto, estes resultados parecem demonstrar que isso pode não corresponder às necessidades dos indivíduos. Vai de encontro à abordagem biopsicossocial em que é baseada a Medicina Centrada no Paciente, que valoriza as dimensões sociais e psicológicas da pessoa ², onde os eventos da vida diária assumem um papel de relevo. Por outro lado, a pergunta 5 (“É um médico que me compreende”) obteve a maior média (6,7), o que corrobora a existência, de uma forma geral, de uma grande satisfação dos consulentes perante os seus médicos, valorizando a sensação de compreensão vinda do seu médico de família. Apesar do elevado valor da média pontual obtida (6,5), numa distribuição percentílica percebe-se que estão no melhor quartil, o $P \geq 75$, 111 indivíduos (51,2%).

No que concerne à percepção dos médicos da empatia experienciada pelos seus consulentes, as respostas dadas estão menos concentradas nas pontuações mais elevadas. Verifica-se uma maior dispersão entre as pontuações 4 a 7, sendo que agora a pontuação mais frequentemente fornecida passou a ser 6, em oposição a 7 dos consulentes. Em contraposição à visão dos utentes, a pergunta 5 respondida pelos médicos (“Penso que julga que o(a) compreendo”) obteve a menor média (4,8). Isto pode traduzir um constante sentimento de insatisfação por parte dos profissionais, que parecem, de facto, não conseguir julgar a real empatia sentida pelos seus consulentes. Numa distribuição percentílica percebe-se que estão no melhor quartil, o $P \geq 75$, apenas 70 médicos (32,3%) da amostra.

Em relação à comparação das duas realidades, comprovou-se haver diferença estatisticamente significativa em todos os pares de perguntas, uma vez que se obteve em todos eles um $p < 0,001$. As pontuações tendencialmente mais baixas dos médicos poderão traduzir um espírito perfeccionista inerente à atividade clínica dos médicos de família, que implica uma exigência constante de si próprios. Poderá igualmente manifestar alguma incapacidade dos consulentes em demonstrarem a sua satisfação para com os cuidados que lhe são prestados

pelos respetivos médicos, o que poderá levar os médicos a pensar que o seu trabalho não está a ser realmente reconhecido.

É de destacar que não foi encontrado nenhum estudo na literatura nacional ou internacional onde esta comparação tenha sido feita, o que reforça uma vez mais o interesse deste trabalho.

Neste contexto, é importante salientar a confidencialidade de todas as respostas. Nenhuma das pessoas envolvidas, consulentes e médicos, tiveram acesso às respostas uns dos outros. Ainda assim, a tendência dos consulentes para responder sempre com pontuações mais elevadas poderá significar algum tipo de viés, resultante do medo de os médicos virem a conhecer as respostas dadas em relação a si próprios.

Algumas limitações podem ser apontadas a este trabalho. Não foi definido pelos investigadores, nos dados sociodemográficos que o médico deveria preencher sobre o consulente, o que deveria ser considerado como consulta ou como doença crónica, nem se todos os problemas sociais listados na ICPC-2 deveriam ser tidos em conta. No primeiro caso, é importante considerar que nem todos os contactos registados informaticamente entre o médico e o utente podem ser considerados como uma consulta presencial, em que seja possível desenvolver efetivamente uma relação médico-doente empática. Alguns deles podem unicamente corresponder a contactos em que foi solicitado algum tipo de procedimento médico, como, por exemplo, prescrição de medicação. Há um estudo que demonstra não haver correlação significativa entre o número de consultas e as pontuações da JSPPPE, afirmando que a relação empática é estabelecida no primeiro encontro (e o número consequente de consultas pode não mudar essa primeira opinião) ⁷. Todavia, para estudos futuros que se proponham comparar tais dados, será importante definir melhor o que deve verdadeiramente ser considerado como consulta. Relativamente ao número de patologias crónicas, não foi feita qualquer destringência entre elas; isto é, apenas se considerou a cronicidade

da doença e não a limitação funcional do doente que dela poderá, ou não, advir. Sabe-se já que relações terapêuticas empáticas estão associadas a efeitos positivos nos resultados clínicos, aumentando a satisfação com os médicos e com a qualidade de vida.¹⁸ Algo interessante para futuros trabalhos poderá passar pela identificação dos reais problemas crónicos do doente, avaliando o efeito que têm na sua qualidade de vida, e perceber a sua influência na empatia. No contexto do capítulo Z da ICPC-2, poderá ser igualmente interessante tentar correlacionar as respostas obtidas com os diferentes problemas sociais nele listados. Poder-se-á assim perceber se todos terão, ou não, o mesmo peso na relação médico-doente.

Tal como noutro estudo de aplicação da JSPPPE realizado em Coimbra, voltou-se a utilizar uma amostra de conveniência, em vez de aleatória¹³, mas desta vez com a vantagem de ter sido aplicado em quatro USF, e não apenas numa. Será pertinente também repetir o estudo numa amostra maior, com mais consulentes e mais médicos incluídos, e mesmo até noutras zonas do país, tentando perceber se a localização geográfica terá algum impacto nas respostas. Poderá ser igualmente interessante aplicar estes questionários numa USF que faça consulta a um maior número de estudantes; por ser uma população muito diferente da maioritariamente aqui abordada, com exigências muito diferentes, próprias da idade e do contexto social, seria de uma grande utilidade a comparação de perceções. Além disso, não podemos descurar o facto que um indivíduo que desenvolve uma visão positiva do seu médico durante um período relativamente longo de prestação de cuidados está mais propenso a participar nestes estudos.⁹ Desse modo, seria pertinente, futuramente, incluir uma variável que avaliasse o tempo de funcionamento da USF e/ou o tempo de existência da lista de utentes do médico; estar-se-ia à espera que um maior tempo de desenvolvimento da relação médico-doente correspondesse a maiores pontuações de empatia.

Na medida em que cada vez mais se valoriza o trabalho em equipa e na complementaridade de tarefas entre os grupos de profissionais que trabalham nas diferentes unidades de saúde, parece muito pertinente que este estudo, com os devidos ajustes, fosse replicado noutros locais, envolvendo outros profissionais, nomeadamente os enfermeiros. Seria ainda interessante alargar a aplicação dos questionários a outras especialidades, médicas e cirúrgicas, para além da MGF. Foi já comprovado haver diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de empatia obtidas com a JSPE entre várias especialidades.¹ Seria interessante verificar se essa diferença permanece na percepção dos consulentes, e mesmo na visão do médico sobre essa mesma percepção.

Apesar das dúvidas que persistem acerca das justificações das diferenças de respostas entre médicos e consulentes, é muito interessante verificar que, de forma geral, os pacientes estão satisfeitos com a forma como são tratados em consulta. Simultaneamente é interessante ver que os médicos consideram que a sua forma de interagir com o paciente não é a melhor. Isto levará certamente a um esforço constante de melhoria e crescimento como médico humanista. Por esse motivo, embora haja alguma inconsistência na literatura sobre a capacidade da empatia ser alvo de intervenção educacional¹, torna-se importante dar maior ênfase ao ensino da empatia, quer no ensino pré e pós-graduado, quer na prática médica contínua.

Conclusão

Se, por um lado, os consulentes parecem bastante satisfeitos com a relação empática desenvolvida com os seus médicos de família, por outro, os profissionais têm uma percepção não tão boa da empatia experienciada pelos seus utentes.

Em resposta à questão colocada na introdução, “Conseguem julgar os médicos a empatia sentida pelos seus consulentes?”, pode-se concluir efetivamente aquilo que se previa: os médicos julgam ter uma relação menos empática com os seus consulentes, do que aquela que estes sentem e manifestam.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela orientação, simpatia, generosidade, amabilidade e tempo despendido, imprescindíveis para o culminar deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, pela coorientação.

A todos os utentes e médicos das USF, que anonimamente participaram neste projeto e o tornaram possível.

Aos meus pais, Conceição e António, e especialmente ao meu irmão, Pedro, pelo apoio e incentivo constantes, e por incansavelmente me acompanharem em todos os momentos.

Às minhas amigas, Laura, Paula, Daniela, Sofia e Lúcia, por fazerem parte de mais uma etapa da minha vida.

Referências Bibliográficas

1. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2002;159:1563–9.
2. Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral*. 2011;527–32.
3. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educational*. 2011;11(1):52.
4. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28:224–6.
5. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg G a, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182–91.
6. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1280–6.
7. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of Physician Empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit*. 2007;13(7):291–294.
8. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. 2007;48(1):81–6.

9. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* 2010;1:83–7.
10. Dorflinger L, Schumann K. Critical Synthesis Package : Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPE). MedEdPORTAL Publications; 2013.
11. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med.* 2002;77(10 Suppl):S58–60.
12. Hojat M, et al. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes. 2006;87–116.
13. Dominguez C. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes. MhD [Dissertação]. FMUC. 2015.
14. Comissão de Classificação da Organização Mundial de Médicos de Família. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários Segunda Edição (versão portuguesa). Edição revista em junho 2011. Oxford University Press: 1999. [Disponível em URL:
http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcg_ICPC%20v%201.7.pdf]
15. Nunes JM. A comunicação em Contexto Clínico. Lisboa 2010;1–203.
16. Norman AH. O espaço de entrecruzamento das palavras: a relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(35):1-3.
17. Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(35):1-3.
18. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Costa MJ. Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. Escola de Ciências da Saúde (ECS) da Universidade do Minho. 2009;3705–16.

Anexo 1 – Questionário do consulente

A empatia do seu médico

Este questionário faz parte integrante da Tese de Mestrado de aluna finalista de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O estudo foi aprovado quer pela Faculdade, quer pela USF, quer pela Comissão de Ética da ARS do Centro. A sua entrega no envelope que lhe foi dado e a deposição na caixa que está na secretaria onde se inscreveu para a consulta demonstra o seu consentimento informado.

Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu. Estas perguntas levam cerca de 1 minuto a responder. Caso pretenda desistir do preenchimento a qualquer altura está livre de o fazer.

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico que abaixo nomeamos. Por favor use a escala em sete pontos e anote a sua avaliação entre 1 e 7, **fazendo um círculo** no número com que mais se identifica para cada frase.

Na escala 1 significa que está em pleno desacordo e 7 que está em pleno acordo.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Por favor não responda segundo o que sentiu nesta consulta mas de acordo com o que tem vindo a ser a sua relação com o seu médico.

Nome do médico: _____

1 - Conseguir compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

5 - É um médico que me compreende

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Anexo 2 – Questionário do médico

Questionário do Médico, para ser respondido assim que o consulente sai do gabinete

Idade do consulente:	___ anos
Sexo do consulente:	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Formação (a mais elevada que detém) o consulente :	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 12º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 9º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
Número de consultas no último ano	≤ 2 <input type="checkbox"/> ; ≥ 3 e ≤ 5 <input type="checkbox"/> ; ≥ 6 <input type="checkbox"/>
Número de patologias crónicas de que sofre o consulente:	< 2 <input type="checkbox"/> ; ≥ 2 <input type="checkbox"/>
O consulente tem algum problema crónico em “Problemas Sociais” segundo o Capítulo Z da ICPC2	Sim <input type="checkbox"/> ; Não <input type="checkbox"/>

Por favor responda como julga que o consulente vai responder, não segundo o que ocorreu nesta consulta mas de acordo com o que tem vindo a ser a sua relação com ele.

1 – Julga que consigo ver as coisas na perspectiva dele(a).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

2 – Percebe que pergunto acerca do que está a acontecer na sua vida diária.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

3 – Percebeu a minha preocupação acerca dele e da sua família.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

4 – Percebeu que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

5 – Penso que julga que o(a) compreendo.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Anexo 3 – Parecer favorável da Comissão de Ética da ARS do Centro



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Ana Luísa Gonçalves Rodrigues da Fonte

006845 *15 04-14 10:00

ana_luisa_fonte@hotmail.com

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Perceção comparada entre consulentes e seus médicos quanto à empatia médica"

Serve o presente para informar V. Ex^{sa}, que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

No respetivo endereço de "box de correio eletrónico" do remetente foram enviados em anexo.

At,

Alameda João Henriques
Apartado 1087 | 3091-553 Coimbra

Telefone: 239 796 000
Fax: 239 796 861

secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt
www.arscentro.min-saude.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>Parecer final: Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização. Deve a investigadora enviar a esta Comissão exemplar dos documentos para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>9.4.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p>
--	---

<p>ASSUNTO: Estudo 38/2015 – Percepção comparada entre consulentes e seus médicos quanto à empatia médica Autora: Ana Luísa Gonçalves Rodrigues da Fonte</p>	<p>Dr. José Manuel Azenho Teresa Presidente</p> <p>Dr. Luís Manuel Miltão Mendes Cabral Vogal</p> <p>Dr. Mário Augusto Neto Vogal</p>
---	---

A investigadora propõe-se realizar estudo descritivo, procurando comparar as respostas de médicos e consulentes.
Apresenta os questionários.
Apresenta "projecto de consentimento" preparado para os consulentes, mas não para os médicos.
A estratégia para constituição da amostra é definida, assim como a estratégia para recolha dos dados e emparelhamento dos questionários.
Os consulentes serão convidados a participar pelo seu médico que assegurará a necessária informação.

Coimbra, 9 de abril de 2015

O relator,

José Carlos Amado Martins

José Carlos Amado Martins

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: Percepção comparada entre consulentes e seus médicos quanto à empatia médica.

Nº DO ESTUDO: 32/2015

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 24/02/2015

TIPO DE ESTUDO: Estudo descritivo comparativo.

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS): Ana Luísa Gonçalves Rodrigues da Fonte

ORIENTADOR(ES): não indica

CENTROS ENVOLVIDOS: USF Topázio.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

PRINCIPAL:

"Responder à seguinte questão - *Conseguem julgar os médicos a empatia sentida pelos seus consulentes?*".

SECUNDÁRIOS (se aplicável):

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

- Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro: sim.
- Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras): sim, da Coordenadora da USF Topázio.
- Currículo vitae dos investigadores: Não.
- Documento específico da CES: Sim.
- Protocolo do Estudo: Sim.
- Cronograma/calendarização do estudo: Sim.
- Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer: Não, a suportar pela investigadora.
- Promotor ou financiador do estudo: A investigadora.
- Contrato financeiro/Orçamento: Não se aplica.
- Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável): Não se aplica.
- Consentimento informado: Refere que será utilizado e apresenta "projecto" pensado para os doentes
- Declaração sobre a entrega de relatório final: Sim
- Anexos (identificá-los): Sim. ICD; Resposta da Coordenadora da USF Topázio.

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)

(Incluir apreciação do valor científico, em termos éticos - por exemplo, repetição desnecessária de estudos)

A investigadora propõe-se realizar estudo descritivo, procurando comparar as respostas de médicos e consulentes.

Apresenta questionários.

Apresenta "projecto de consentimento" preparado para os consulentes, mas não para os médicos.

A estratégia para constituição da amostra é definida, assim como a estratégia para recolha dos dados e emparelhamento dos questionários.

Os consulentes serão convidados a participar pelo seu médico que assegurará a necessária informação.

PARECER FINAL

(Parecer Favorável ou Desfavorável ou Lista de Questões)

Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.

Deve a investigadora enviar a esta Comissão exemplar dos documentos para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento.

DATA: 26 de fevereiro de 2015

RELATOR: José Carlos Amado Martins

ASSINATURA:

