



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Estudo da qualidade de vida e empatia dos
médicos de Medicina Geral e Familiar do ACeS da
Cova da Beira e a sua relação com a
vulnerabilidade ao stress**

André José Freitas Santos

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Doutor Luiz Miguel Santiago

Covilhã, Maio de 2016

Dedicatória

Aos meus pais e irmão...

Agradecimentos

Primeiro quero fazer um agradecimento cordial à Universidade Da Beira Interior e à Faculdade de Ciências da Saúde por me acolherem numa cidade inicialmente estranha e que agora por ela, nutro um sentimento de pertença.

Quero agradecer a todos os que me apoiaram, à minha família, namorada e amigos. Que pelo acompanhamento e ajuda, fizeram de mim a pessoa que sou hoje e no profissional que pretendo ser.

Um especial agradecimento ao orientador deste trabalho, Doutor Luiz Miguel Santiago, pela disponibilidade tanto no desenvolvimento académico deste trabalho como no desenvolvimento deste aluno. Grato pela colaboração essencial para a conclusão deste trabalho.

Resumo

Introdução: A qualidade de vida, a empatia e a vulnerabilidade ao stress devem ser estudadas de maneira a prevenir o aparecimento de situações de maior gravidade, como o burnout.

Objectivo: Estudar a qualidade de vida, empatia auto-percepcionada e vulnerabilidade ao stress dos médicos do ACeS Cova da Beira e o impacto na estrutura dos Cuidados de Saúde Primários da região.

Material e métodos: Na população dos médicos do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Cova da Beira, foi aplicado um questionário epidemiológico (idade, sexo, especialista/interno e local de trabalho) e os instrumentos EQ-5D, 23-QVS e JSPE com fiabilidade já verificada para a população portuguesa. Foi efectuada estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 32 médicos (proporção de resposta de 80%) com uma média de idades de $55,0 \pm 10,1$ anos, sendo 53% mulheres, 87,5% especialistas. No EQ-5D, 78,5% dos inquiridos estão acima da média de corte da população portuguesa, sem diferença estatística para o sexo. No 23-QVS 78% dos inquiridos avaliados obtiveram uma pontuação superior 43 (vulnerável ao stress), sem diferença estatística para o sexo. Quando ao JSPE a média do valor global foi de 81,78. Verificou-se correlação entre EQ-5D e o índice geral do 23-QVS, coeficiente de Pearson de 0,288 para um $p=0,110$, ou seja, estes questionários estão correlacionados positivamente sem significância estatística. Entre o EQ-5D e o índice global do JSPE, obteve-se um coeficiente de correlação de Pearson quase neutro $-0,006$ para um $p=0,970$, ou seja uma correlação quase neutra sem significância estatística. Quanto à correlação entre 23-QVS (índice geral) e o JSPE (valor global) foi obtido um coeficiente de correlação $-0,100$ com um $p=0,580$, significando uma correlação neutra sem significância estatística. Os factores que mais contribuíram para a vulnerabilidade observada nesta região foram : F3, F5 e F6, são referentes a carência de apoio social, dramatização da existência e subjugação nomeadamente.

Discussão: Os 3 factores do 23-QVS são avaliados por um total de 9 perguntas. Estes factores deverão ser matéria de estudo em investigações futuras, permitindo conhecer os seus determinantes e possíveis intervenções que possam ser feitas a este nível de forma a combater situações de vulnerabilidade ao stress.

Conclusão: Parece existir uma boa qualidade de vida e empatia dos médicos do ACeS da Cova da Beira. No entanto, existe um número elevado de indivíduos vulnerável ao stress nesta região não explicada pelas variáveis abordadas. Por fim demonstramos que os factores mais relevantes para o desenvolvimento de vulnerabilidade ao stress são os Factor 3 (carência de apoio social), Factor 5 (dramatização da existência) ,factor 6 (subjugação), recomendando intervenção a este nível.

Palavras-chave

Qualidade de vida, stress, empatia, EQ-5D, 23-QVS, JSPE

Abstract

Introduction: Quality of life, empathy and vulnerability to stress must be studied to avoid the appearance of more severe situations, namely burnout.

Objectives: Study the quality of life, empathy and vulnerability to stress among doctors of the Group Health Centers of Cova Da Beira: evaluation and verification of the impact on their work structure.

Materials and methods: In a random representative sample comprising doctors Grouped Health Centers of Cova da Beira an epidemiologic survey (age, sex, family doctors or trainees and workplace) and the instruments EQ-5D , 23-QVS and JSPE, with verified reliability in the Portuguese population, were applied. The surveys were distributed by all of the health centers in the region. Descriptive and inferential statistical analyses were performed.

Results: A sample of 32 doctors (answering ratio of 80%) with a mean age of $55 \pm 10,1$ years, was obtained. In this sample 53% of the elements were female, 87.5% were Family doctors. For the EQ-5D, 78,5% of the surveyed had a result above the cut point for the Portuguese population, without statistical differences for sex. For the 23-QVS 78% of the surveyed obtained a score superior to 43 (Vulnerable to stress), without statistical differences for sex. For the JSPE the global score was 81,78. A correlation was verified between the results of 23-QVS and EQ-5D ($r=-0,288$; $p=0,11$). Between the EQ-5D and the JSPE was obtained an almost neutral Pearson correlation $-0,006$ for a p-value of 0,97, therefore an almost neutral correlation without statistical significance. Between the 23-QVS (general index) and JSPE (global value) was obtained a correlation coefficient of $-0,1$ for a p-value of 0,58, showing a neutral correlation with no statistical significance. The factors of the 23-QVS that contributed the most for the vulnerability so stress were, **F3, F5, F6**, referring to **lack of social support, dramatization of own existence and subjugation**, respectively.

Discussion: These 3 factors were evaluated by a total of 9 questions in the 23-QVS. This factors will be a matter of study in future investigations, allowing to know their determinants and possible interventions that may prevent the development of future adverse psychological events.

Conclusion: It appears to exist good quality of life and empathy among the Family doctors of the Grouped Health Centers of Cova da Beira. On the other hand, there are an elevated number of individuals vulnerable to stress in this region, not explained by the variables studied. As a conclusion, was demonstrated that the most relevant factor for the development of stress vulnerability are the F3 (lack of social support), F5 (dramatization of own existence) and F6 (subjugation), recommending intervention at this level.

Keywords

Quality of life, stress, empathy, EQ-5D, 23-QVS, JSPE

.

Índice

Dedicatória	II
Agradecimentos	III
Resumo	IV
Abstract	VII
Lista de Tabelas	X
Lista de Acrónimos	XI
1- Introdução	1
2- Material e métodos	4
3- Resultados	6
4- Discussão	11
5- Conclusão	17
Referências bibliográficas	18
Anexos	19

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, grau na carreira e idade	7
Tabela 2: Correlação entre EQ-5D e 23 QVS	8
Tabela 3: Correlação entre EQ-5D e JSPE (valor global)	8
Tabela 4: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala tomada de perspectiva)	9
Tabela 5: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Preocupação empática)	9
Tabela 6: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)	9
Tabela 7: Correlação entre 23-QVS e JSPE (valor global)	10
Tabela 8: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Tomada de perspectiva)	10
Tabela 9: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Preocupação empática)	11
Tabela 10: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)	11

Lista de Acrónimos

JSPE	Jefferson School of Physician Empathy
QVS	Questionário de vulnerabilidade ao stress
ACES	Agrupamento de centros de saúde
RMD	Relação Médico-Doente
UCSP	Unidade de cuidados de saúde primários
TP	Tomada de perspectiva
PE	Preocupação empática
CPP	Colocar-se na pele do paciente
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CS	Centro de saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Capítulo 1

Introdução

Com vista a avaliar uma possível relação entre qualidade de vida dos médicos de medicina geral e familiar e a empatia percebida e transmitida, interessa primeiro conhecer os conceitos e a sua verdadeira aplicação na prática clínica.

Qualidade de vida é uma medida subjectiva de grande importância para o desenvolvimento e manutenção de um estilo de vida satisfatório. Segundo a organização mundial de saúde, a qualidade de vida é definida como percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores no qual habita e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.¹

O conceito e escalas de avaliação de empatia foram aprofundados recentemente por Hojat, que reviu exaustivamente os aspectos históricos, desde a origem do termo no século XIX. A origem do termo “empathy” ” foi criada, na altura, do grego empatheia (apreciação dos sentimentos de outrem). Segundo Coulehon et al. a empatia é a «capacidade de perceber a situação, perspectiva e sentimentos do doente e comunicar-lhe essa compreensão.»² Empatia é assim não só compreender a situação mas expressar essa compreensão, sendo assim definida como compreensão e transmissão dessa mesma numa condição (“as if”).

A empatia possui um papel importante nas relações interpessoais e tem surgido associada a efeitos positivos sobre os resultados clínicos (Davis, 2009) diminui as queixas dos pacientes (Rodriguez et al. 2008) e aumenta a satisfação com os médicos e com a qualidade de vida (Travaline, 2005). Sendo assim um componente muito importante de uma RMD satisfatória.

Para a construção da escala os autores definiram a Empatia Médica como “um atributo predominantemente cognitivo (e menos emocional) que envolve a compreensão (e não o sentimento) das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, associada à capacidade de comunicar essa compreensão” (Hojat, 2007).

Para um estudo nesta área ter validade académica e científica, necessita de instrumentos fiáveis e testados, capazes de medir o que se pretende. Por estas razões decidiu-se a utilização de instrumentos validados e protocolados em Portugal, nomeadamente o EQ-5D, o 23-QVS e o JSPE-hp .

Em relação ao EQ-5D interessa referir que se trata de um instrumento genérico que se baseia na qualidade de vida relaciona com a saúde percebida pelo indivíduo para dar um índice

representativo do valor do estado de saúde do mesmo. É baseado num sistema classificativo que utiliza 5 dimensões pertinentes na determinação do estado de saúde do indivíduo, tais como, mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor/mal-estar, e ansiedade/depressão. Este instrumento inclui também uma escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável).

Quanto ao 23-QVS, este é constituído por 23 questões que se destinam a avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress.³ A avaliação da vulnerabilidade ao stress é importante visto que o indivíduo sentir-se ou não em stress tem relação importante com o grau de vulnerabilidade, ou capacidade de lidar com certas situações, e de auto-confiança, que é uma característica importante para concretizar certas acções que lhe são exigidas em certas circunstâncias não determinadas pelo próprio.⁴ Aplicar esta escala que está dividida em factores relevantes para a concretização e realização pessoal, é possível perceber qual o aspecto mais determinante na vulnerabilidade ao stress. Os factores são os seguintes: Perfeccionismo e Intolerância à Frustração (F1), Inibição e Dependência Funcional (F2), Carência de Apoio Social (F3), Condições de Vida Adversa (F4), Dramatização da existência (F5), Subjugação (F6) e, por fim, Deprivação de afecto e rejeição (F7).³

Com vista a avaliar a empatia percebida pelos médicos na prática clínica, utiliza-se a JSPE traduzida e validada para Portugal. Quanto ao JSPE, Hojat e colaboradores consideraram que os instrumentos destinados a avaliar empatia na população geral não traduzem a essência do conceito na RMD e iniciaram, no Jefferson Medical College, em Philadelphia (EUA), o processo de validação do instrumento Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)^{4,5}. Este foi depois adaptado para estudantes de Medicina (versão JSPE-S) e profissionais de saúde (JSPE-HP) Constitui a primeira escala de empatia destinada especificamente ao âmbito dos cuidados de saúde. Trata-se de um questionário de auto-preenchimento, com vinte itens, cada um permitindo respostas numa escala de tipo Likert com sete posições.

Os dados psicométricos originais da JSPE estão documentados, bem como a existência de três subescalas: 1) “adopção de perspectiva”, traduzindo o aspecto cognitivo da empatia; 2) “cuidar com humanidade”, reflectindo a componente mais emocional; 3) “colocar-se na pele do doente”^{4,5}. Estas subescalas foram repetidamente validadas em populações culturalmente semelhantes à nossa⁴. Pontuações maiores denotam níveis mais elevados de empatia.

A vulnerabilidade ao stress tem relações íntimas com os mecanismos de “coping” que o indivíduo tem face as advertências e exigências da sua vida. Mecanismos de coping inadequados ou situações de stress major podem levar a burnout. Este define-se como uma resposta prolongada a stresses emocionais e interpessoais no trabalho e é definido por três dimensões de exaustão, cinismo e ineficácia.⁶

Através da aplicação destes questionários aos médicos do ACES da Cova da Beira pretende-se avaliar a empatia, a qualidade de vida e a vulnerabilidade ao stress, estudando possíveis variáveis socio-demográficas e variáveis pessoais que tenham influência nestas dimensões.

O ACES, Agrupamento de Centros de Saúde, é a Entidade em serviços de saúde com autonomia administrativa, constituída por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde e que tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.⁷ Este estudo ocorreu em 3 centros de saúde de um ACES da região centro, sendo um dos objectivos obter material de comparação para uma possível intervenção na área da qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress, caso haja resultados díspares entre vários ACES do centro de Portugal.

Este estudo pretende fazer um ponto da situação actual do ACES da Cova da Beira, tentar perceber o estado actual e uma eventual necessidade de alertar e alterar métodos para poder obter melhores indicadores de saúde, melhor relação Médico-Doente e maior satisfação dos utentes.

Capítulo 2

Materiais e métodos

Esta investigação tem carácter observacional transversal pela aplicação de instrumento investigacional composto e de auto-aplicação no Aces da Cova da Beira entre os meses de Março e Abril de 2016.

Para este propósito foi requerida a aprovação do Director do Aces e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro em Abril de 2016. Posteriormente, foi, ainda, apresentada a proposta deste estudo à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Após a autorização foi iniciada a construção do questionário, sendo composto pela identificação (idade, sexo, especialista/interno) e por três questionários já validados em Portugal: JSPE-vp, EQ-5D, 23-QVS. A primeira página do questionário correspondia a uma folha de rosto com uma explicação sobre o objectivo do estudo e uma declaração de consentimento informado, referindo-se a liberdade de não participação no mesmo a qualquer momento. Foi, ainda, redigida uma carta para os coordenadores das unidades, na qual se expunha a investigação e solicitava a participação da sua unidade.

Realizou-se estudo em amostra aleatória dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e de Internos de Especialidade, representativa, em tamanho, do Universo do ACES Cova da Beira. Para o cálculo do tamanho da amostra foi pedida a colaboração do Director da ACES para saber o número de médicos que trabalha em cada uma e foi acedido o site <http://www.vsai.pt/amostragem.php> que mostrou que para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% era necessário estudar uma amostra de 45 elementos. Foram depois sorteadas as unidades de estudo para se perfazer o tamanho calculado para a amostra.

A entrega dos questionários após lenta colaboração num centro de saúde foi feita pessoalmente, um a um à porta dos consultórios dos centros de saúde da ACES da Cova da Beira. Neste pedido de colaboração recomendou-se a distribuição e preenchimento dos questionários durante uma reunião de serviço e no caso de faltas ou em unidades em que as reuniões de serviço são escassas aconselhou-se a sua distribuição individual. Os questionários foram distribuídos e preenchidos entre Março e Abril 2016.

Com a informação proveniente dos questionários foi realizada uma base de dados Excel, que continha colunas para a identificação, valor das respostas ao JSPE, EQ-5D e 23-QVS, bem

como os seus valores globais. Para a realização das cotações recorreu-se ao Programa EQ-5D Scores utilizando a Tarifa Portuguesa e ao Programa de Cotação do 23-QVS do Professor Doutor Adriano Vaz Serra. As cotações do JSPE serão divididas em quartis, em que o P>75 será utilizado como o melhor valor, e o restante o pior.

Para fazer uma análise das cotações obtidas foi necessário fazer uma pesquisa de forma a poder realizar a sua interpretação. No caso do EQ-5D os valores podem variar entre -0,50 e 1,00, sendo que a média estimada do score de utilidade na população portuguesa é de 0,758.⁸ Quanto ao 23-QVS um valor de 43 obtido no seu preenchimento em instrumento específico de cálculo de cotação, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress. Quanto ao factor mais implicado em cada indivíduo, este corresponderá ao factor que tiver um valor relativo mais elevado.³

Elaborada a base de dados foi posteriormente transferida para o programa “SPSS software for Windows - version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL) onde foi efectuada a análise descritiva e inferencial, esta por testes não paramétricos como U de Mann-whitney e para-métricos como o t de student, após a verificação da normalidade dos dados. Finalmente realizou-se correlação bi-variada com o coeficiente de Pearson com teste de significância por p de duas caudas. Considerou-se haver diferenças para um $p < 0,05$.

Capítulo 3

Resultados

Foi feita a distribuição pessoalmente, tendo sido entregues 40 questionários, tendo recebido 32 questionários obtendo uma proporção de resposta 80%. Segundo dados do ACES Cova da Beira trabalham, como clínicos gerais, 50 médicos nesta região, tendo este estudo um alcance de 64%. A elaboração deste estudo baseou-se integralmente em UCSP.

Nesta amostra e como demonstrado na Tabela 1, os médicos apresentam idades entre 28 e 65 anos, com uma idade média de $55,0 \pm 10,1$ anos, sem diferenças significativas na idade em relação ao sexo. Quanto ao sexo a amostra é constituída por 17 mulheres e 15 homens. A amostra é constituída por 28 (78.5%) especialistas e 4 (12,5%) internos de especialidade.

Variável	
Sexo	
Masculino	15
Feminino	17
Grau na Carreira	
Especialista	28
Interno	4
Idade	
Média \pm dp	55,0 \pm 10,1
95% ic	51,33 a 58,97

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, grau na carreira e idade

Quanto ao EQ-5D, 78,5% dos inquiridos estão acima da média de corte da população portuguesa. Nos resultados obtidos não foram encontradas diferenças com significado estatístico para o sexo ($p=0.14$).

No 23-QVS 78% dos inquiridos avaliados obtiveram uma pontuação superior 43 (vulnerável ao stress), enquanto 22% tiveram uma pontuação inferior a 43 (não vulnerável ao stress). Novamente verifica-se não haver significância estatística no que diz respeito ao sexo ($p=0.184$).

Em relação ao JSPE, a média do valor global foi de 81,78, com um valor máximo de 109 e um valor mínimo de 53. Em relação às subescalas, “tomada de perspectiva” (TP), “preocupação empática” (PE) e “colocar-se na pele do paciente” (CPP), para a TP a média foi de 39,47 com um valor máximo 41 e um valor mínimo de 27, para a PE a média foi de 35,88 com um valor máximo de 50 e um valor mínimo de 22, para a CPP a média foi de 6,44 com um valor máximo de 14 e um valor mínimo de 3.

Em relação à correlação entre EQ-5D e o índice geral do 23-QVS (tabela 2) obteve-se um coeficiente de correlação de Pearson de 0,288 para um p-value 0,11, ou seja, estes questionários estão correlacionados positivamente sem significância estatística.

Correlações entre EQ-5D e 23 QVS (índice geral)		EQ5D	Índice Geral QVS23
EQ-5D	Correlação de Pearson	1	,288
	Valor do p bi-caudado		,109
	N	33	32
Índice Geral QVS23	Correlação de Pearson	,288	1
	Valor do p bi-caudado	,109	
	N	32	32

Tabela 2: Correlação entre EQ-5D e 23 QVS

Entre o EQ-5D e o índice global do JSPE (tabela 3) , obteve se um coeficiente de correlação de Pearson quase neutro -0,006 para um p-value 0.97, ou seja uma correlação quase neutra sem significância estatística.

Correlação entre EQ-5D e JSPE (valor global)		EQ-5D	JSPE (valor global da escala)
EQ5D	Correlação de Pearson	1	-,006
	Valor do p bi-caudado		,972
	N	33	32
JSPE (valor global da escala)	Correlação de Pearson	-,006	1
	Valor do p bi-caudado	,972	
	N	32	32

Tabela 3: Correlação entre EQ-5D e JSPE (valor global)

Quanto às sub-escalas do JSPE e a sua correlação com Eq-5D , não há variações verificando-se correlações neutras sem significância estatística. (tabela 4, 5, 6).

Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala tomada de perspectiva)		EQ-5D	Tomada de perspectiva
EQ-5D	Correlação de Pearson	1	-,021
	Valor do p bi-caudado		,908
	N	33	32
Tomada de perspectiva	Correlação de Pearson	-,021	1
	Valor do p bi-caudado	,908	
	N	32	32

Tabela 4: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala tomada de perspectiva)

Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Preocupação empática)		EQ-5D	Preocupação empática
EQ5D	Correlação de Pearson	1	-,014
	Valor do p bi-caudado		,937
	N	33	32
Preocupação empática	Correlação de Pearson	-,014	1
	Valor do p bi-caudado	,937	
	N	32	32

Tabela 5: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Preocupação empática)

Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)		EQ-5D	Colocar-se na pele do paciente
EQ5D	Correlação de Pearson	1	,041
	Valor do p bi-caudado		,823
	N	33	32
Colocar-se na pele do paciente	Correlação de Pearson	,041	1
	Valor do p bi-caudado	,823	
	N	32	32

Tabela 6: Correlação entre EQ-5D e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)

Comparando o 23-QVS (índice geral) e o JSPE (valor global) (tabela 7) foi obtido um coeficiente de correlação -0.1 com um p-value 0.58, significando uma correlação neutra sem significância estatística.

Correlação entre 23-QVS (índice geral) e JSPE (valor global)		Índice Geral QVS23	JSPE (valor global da escala)
Índice Geral QVS23	Correlação de Pearson	1	-,100
	Valor do p bi-caudado		,584
	N	32	32
JSPE (valor global da escala)	Correlação de Pearson	-,100	1
	Valor do p bi-caudado	,584	
	N	32	32

Tabela 7: Correlação entre 23-QVS e JSPE (valor global)

Entre o índice global 23-QVS e as sub-escalas do JSPE (tabela 8,9 e 10) , há um correlação quase neutra em 2 das 3 subescalas do JSPE, com coeficiente de correlação de Pearson para a TP de 0.139 com p-value 0.44, para a PE obteve-se um coeficiente de -0.102 com um p-value 0.58. Para estes 2 pontos do JSPE há uma correlação quase neutra sem significância estatística. Quanto ao CPP obteve-se uma correlação -0.363 com um p-value 0.04, significando que existe uma correlação negativa entre a componente CPP do JSPE e o índice global do 23-QVS com significância estatística.

Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Tomada de perspectiva)		Índice Geral QVS23	Tomada de perspectiva
Índice Geral QVS23	Correlação de Pearson	1	,139
	Valor do p bi-caudado		,448
	N	32	32
Tomada de perspectiva	Correlação de Pearson	,139	1
	Valor do p bi-caudado	,448	
	N	32	32

Tabela 8: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Tomada de perspectiva)

Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Preocupação empática)		Índice Geral QVS23	Peocupação empática
Índice Geral QVS23	Correlação de Pearson	1	-,102
	Valor do p bi-caudado		,578
	N	32	32
Peocupação empática	Correlação de Pearson	-,102	1
	Valor do p bi-caudado	,578	
	N	32	32

Tabela 9: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Preocupação empática)

Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)		Índice Geral QVS23	Colocar-se na pele do paciente
Índice Geral QVS23	Correlação de Pearson	1	-,363
	Valor do p bi-caudado		,041
	N	32	32
Colocar-se na pele do paciente	Correlação de Pearson	-,363	1
	Valor do p bi-caudado	,041	
	N	32	32

Tabela 10: Correlação entre 23 QVS (índice geral) e JSPE (sub-escala Colocar-se na pele do paciente)

Capítulo 4

Discussão

Esta investigação implicou a aplicação de questionários de forma aleatória pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que exercem em unidade de cuidados de saúde primários do ACES da Cova da Beira. Dada a preocupação do investigador em informar, alcançar e assim garantir a participação no estudo foi sugerido serem distribuídos os questionários em reuniões de serviço com a devida autorização, tal não seria possível nesta região devido ao tamanho e ao funcionamento dos centros de saúde da dita acima. Verificando-se a impossibilidade de distribuição em todos os centros de saúde, exceptuando o CS da Covilhã, em reunião de serviço, foi feita a distribuição pessoalmente nos restantes. Dessa forma foi garantida um alcance de 80% do total de médicos de medicina Geral e Familiar que laboram em unidades de CSP da região acima citada. Do alcance gerado foi obtido uma proporção de resposta de 80%.

Quanto aos vieses a serem considerados, temos o de voluntarismo, o de memória (recordações presentes no momento do preenchimento), o de desejabilidade social (terem respondido consoante o que querem fazer transparecer e não consoante a realidade propriamente dita).

A amostra obtida foi de 32, numa distribuição quase igualitária entre géneros com uma prevalência de 17 mulheres sobre 15 homens. Em relação à idade dos inquiridos é de referir uma idade média de 55 anos.

Em relação aos resultados obtidos como não tenho meios de comparação devido à inexistência de estudos anteriores que relacionem a empatia percebida pelos médicos e a sua relação com a vulnerabilidade ao stress, só podemos concluir que existe uma boa qualidade de vida, mas um elevado número de inquiridos vulneráveis ao stress. Em relação aos níveis de empatia sentida e expressada pelos clínicos gerais da região verifica-se um valor comparável a estudos realizados utilizando a mesma escala noutras regiões do mundo.

Num estudo publicado em 2000 pelo Prof. Doutor Adriano Vaz Serra, expõe-se uma dualidade em relação aos eventos stressantes e a vulnerabilidade ao stress, em situações extremas o evento é o maior determinante da reacção do individuo, nas situações do dia a dia o maior determinante da reacção do individuo é a sua intrínseca vulnerabilidade ao stress.⁹

Num estudo realizado a nível nacional entre diferentes profissionais de saúde publicado em 2016 foi encontrado um nível moderado a elevado de burnout, síndrome caracterizada elevada exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional. Neste estudo de grande escala não foi encontrada diferença significativa entre enfermeiros e médicos. Como nota, é de referir que Vila Real é o sítio onde os níveis de burnout são mais elevados.¹⁰

A síndrome reconhecida como burnout é apenas um nível onde a vulnerabilidade ao stress pode chegar, quando reconhecemos um indivíduo como vulnerável não estamos a identificar um indivíduo que já está exausto, despersonalizado ou desmotivado profissionalmente. Ao realizar este estudo foi encontrado um grande número de indivíduos vulneráveis ao stress, e nestes, alguns podem estar já sujeitos à síndrome de burnout e outros podem nunca chegar a esse ponto extremo que é o burnout. Ao analisar os dados referentes a este estudo, os factores mais relevantes que levam a este score relativamente alto de vulnerabilidade ao stress, foram **F3, F5 e o F6** conforme descrito por AV Serra em 2000, são referentes a **carência de apoio social, dramatização da existência e subjugação** nomeadamente. Correlacionando estes dados com o facto de os médicos desta região terem referido como regra geral boa qualidade de vida e estado de saúde, que igualmente mostraram-se empáticos, dentro dos valores de estudos feitos noutros países a validar a escala JSPE como Itália e Japão, é criado um tema de discussão em relação à razão pela qual estes médicos estão vulneráveis ao stress.

Escrutinando os factores descritos por AV Serra, o F3 é retratado por 2 perguntas no 23-QVS, que explicitam onde pode estar aqui em falta apoio social aos médicos, que na minha óptica podem ser devidos a 2 pontos: O primeiro, a nível pessoal, ter um trabalho desafiador onde é difícil por vezes obter apoio da família e amigos devido a longas e desafiantes horas de trabalho e o segundo, a nível social pois muitas vezes para os médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar pode ser difícil obter os resultados pretendidos, mostrando os médicos preocupação com o estado de saúde dos seus pacientes, podendo tal acontecer por um distanciamento entre o aconselhamento e a efectivação do plano terapêutico. Esta distância pode ser criada pela fraca acção social nas mudanças de estilo de vida, por exemplo.

O F5 descreve-se por 3 perguntas do 23-QVS que foram denominadas como “dramatização da existência”. Neste factor de vulnerabilidade houve uma pontuação baixa nesta região. É um factor que avalia condições e respostas no dia-a-dia dos clínicos, como por exemplo, a resposta a uma condição desagradável ou desfavorável se responde com sentido de humor ou com ansiedade. Este factor avalia também a influência dos contratemplos no quotidiano do médico e a maneira como aborda os mesmos. O que se pode deduzir e discutir aqui é uma certa alienação dos médicos em relação aos problemas que surgem, sentindo-se eventualmente impotentes em relação aos mesmos o que predispõe a uma despersonalização

futura, componente do síndrome de burnout. Ao expor um problema temos que pensar numa possível de tática de combate, ou então não faremos parte da solução. Como seres humanos influenciáveis e moldáveis por aquilo que nos rodeia, interessa questionar o impacto que pode ter aqui a falta de apoio familiar no cumprimento das funções dos médicos de família, como qualquer pessoa, os médicos necessitam de apoio e reconhecimento. Ao abordar o tema do reconhecimento interessa referir a grande dualidade no reconhecimento da especialidade de Medicina Geral e Familiar com outras especialidades ditas mais reconhecidas pelo público e reconhecidas como mais importantes e mais difíceis. Aqui deparamo-nos com um problema, o médico de família tem um trabalho muito poucas vezes reconhecido pela população, isto apesar de ser o médico com quem os pacientes têm um contacto mais próximo e mais longitudinal. Esta falta de reconhecimento pode ser devida aos profissionais hospitalares que, muitas vezes, denigrem esta reconhecida e muito importante especialidade.

No combate a esta desvalorização da especialidade interessa cessar a subentendida função simplesmente burocrática e de rotinas, manifesta através de dias inteiros a renovar receitas. A possibilidade de maior contacto com os doentes através de consultas mais espaçadas e em menor número por dia de maneira a fazer uma avaliação cuidadosa do problema e adequados registos, seria uma forma adequada de diminuir a insatisfação dos médicos.

Em relação ao F6 denominado “subjugação” avaliado por 4 perguntas no 23-QVS, parece, no contexto deste estudo, crucial para entender a vulnerabilidade encontrada nos clínicos desta região. O termo utilizado retrata as perguntas feitas aos inquiridos, a subjugação sentida pelos mesmos que é vista de uma forma muito crua, como por exemplo “dedico mais tempo aos problemas dos outros do que aos meus próprios”, sendo assim fácil perceber a causalidade directa entre este factor e a vulnerabilidade ao stress. Um médico desta região sente-se subjugado por vários motivos, pela quantidade de pacientes que atende, pelas condições em que tem que exercer e pelo facto de não haver uma preocupação central e organizada centrada na carreira destes médicos. Neste contexto de impotência sobre a sua carreira e acções diárias existe uma crescente despersonalização e falta de interesse destes médicos em continuarem diariamente a exercer as suas funções, algumas simplesmente repetitivas e burocráticas distantes do que os fez abraçar a medicina familiar. O conceito de chefia está presente em todo o lado, mas aqui neste contexto o poder está centralizado, está longe, os médicos nesta região sentem-se como meios para atingir os números projectados por governos centrais. Sentindo a distância entre o objectivo que lhes é pedido e o que realmente fazem no dia-a-dia posso concluir que os médicos desta região possam sofrer uma despersonalização com a sua carreira. Será que outras formas de organização em Cuidados de Saúde Primários poderiam ser factores de redução deste ambiente?

Aquando da realização deste trabalho um dos objectivos passava por pensar, elaborar estratégias de redução da vulnerabilidade ao stress encontrada nesta região. Vários estudos indicam que como maiores eventos provocadores de stress estão a exigência dos utentes, a

carga de trabalho, a hostilidade no meio de trabalho e a falta de reconhecimento do mesmo. Actualmente, e em crescendo, por experiência própria e testemunhos vários, a burocracia informática repetitiva, obrigatória e dissociante do utente chega a níveis frustrantes diariamente, com resultados cumulativos visíveis. Com isto dito, a estratégia de combate a este fenómeno tem que passar pela reaproximação ao paciente e à clínica tradicional. Como exemplo é facilmente perceptível que um dia laboral preenchido somente com revalidação de receitas onde não é feita nenhuma avaliação da condição que acomete o paciente cria um distanciamento que aliena o médico e pode danificar a relação médico-doente.

São várias as questões que surgem quando se investiga um trabalho na área da empatia médica, principalmente os seus resultados em ganhos de saúde para os pacientes. Num estudo publicado em Janeiro de 2011 no *Journal of the American Board of Family Medicine*, envolvendo 40 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar no qual se procedeu a uma avaliação da consulta através do preenchimento de 2 questionários pelos pacientes após o término da mesma, deduziu-se que o recurso à empatia associou-se a uma maior satisfação e autonomia por parte dos doentes, o que em potência representa uma melhor adesão terapêutica e motivação para a mudança de comportamentos.¹¹

Os níveis de empatia são variáveis ao longo de toda a carreira do médico desde o ensino na faculdade até à reforma. Num estudo transversal realizado na Universidade do Minho em alunos do 1º ano de medicina por Loureiro et al.¹² correlacionando a escolha de especialidade e os níveis de empatia desses mesmos alunos, foram encontrados níveis globais de empatia superiores aos encontrados na minha investigação. Este fenómeno já foi referido anteriormente por Hojat referindo que a empatia já durante o ensino pode sofrer erosão e declínio.⁴ O ponto de viragem para o declínio da empatia na profissão médica é globalmente aceite como sendo a transição para o ciclo de prática clínica ainda em ambiente pré-graduado.¹³ Na investigação que levei a cabo os médicos mostraram-se empáticos com as situações dos seus pacientes apesar de ter sido demonstrada uma correlação negativa com significância estatística entre a sub-escala “colocar-se na pele do paciente” e a avaliação da vulnerabilidade ao stress, este que por si só leva ao distanciamento do médico com os seus pacientes e vocação. Nos estudos realizados por Hojat encontrou-se consistentemente um valor superior de empatia nas mulheres em relação aos homens, facto que não se confirmou no estudo realizado na região da Cova da Beira.⁴

O propósito deste trabalho passa pela identificação dos indivíduos vulneráveis ao stress e pelo conhecimento sobre se essa vulnerabilidade, pode ser relacionado com diminuição da qualidade de vida ou falta de empatia. Após a identificação e tendo em conta o elevado número de indivíduos identificados como vulneráveis, ganha importância estudar e recomendar estratégias de combate a esta vulnerabilidade. São várias as táticas de coping que facilitam o controlo das situações stressantes, não necessariamente aplicadas especificamente aos profissionais de saúde. Nas estratégias de combate ao stress recorro

novamente a um trabalho do Dr. Adriano Vaz Serra que explica várias maneiras de combater diariamente a monotonia e o stress. Inicialmente, defrontando um problema novo ou recorrente, devemos analisar o problema e procurar informações onde se possa arranjar soluções, pela pesquisa sobre o problema, procurando-se fontes de ajuda, sejam pessoas ou exemplos. Não cessar até encontrar uma solução de maneira a não ter pressão duradoura de um problema do passado não resolvido. Comprometer-se com os objectivos, estes práticos e realistas, de maneira a não aumentar o stress relacionado com o problema. Usar métodos de relaxamento, como por exemplo exercícios de flexibilidade e de mobilidade no local de trabalho, de forma a combater a monotonia e a exercitar o corpo aliviando a mente. Por fim uma estratégia que pode resultar a vários níveis é contactar e conviver com pessoas de forma a partilhar os seus sentimentos e ideias.⁹

O combate ao stress deve ser centrado na pessoa, mas isto não implica que não se possam elaborar estratégias de organização central onde se pode reduzir a vulnerabilidade dos Médicos de Medicina Geral e Familiar desta região. Com isto dito interessa abordar, o volume de trabalho, a qualidade e o reconhecimento do mesmo. Como já referi anteriormente neste trabalho, não é possível fornecer uma observação de qualidade no tempo que é destinado a uma consulta. É provável que 15 minutos de consulta sejam adequados apenas ao trabalho burocrático que é apresentado aos médicos, como renovação de receitas e preenchimento de baixas, trabalho despersonalizante e afastado da vocação que levou à escolha desta profissão. Numa consulta com o objectivo de avaliar uma queixa de um paciente, acompanhar patologias crónicas e reapreciar exames complementares de diagnóstico, os 15 minutos estipulados pela estrutura não serão suficientes. Neste ponto discutir o volume de trabalho e a qualidade que o mesmo deve ter, interessará aos médicos: mais tempo para consulta, menos consultas diárias e menos trabalho burocrático?

Em relação ao reconhecimento da profissão que estará em claro declínio entre não só os profissionais de saúde mas também na população em geral, interessa criar estratégias de sensibilização onde se deve enfatizar o contributo da prevenção realizada pelos clínicos de medicina geral e familiar e o facto de serem o profissional de saúde com mais fácil contacto e ao qual ocorrem a maioria das situações muitas vezes ainda num estado de grande indiferenciação diagnóstica assim sendo um desafio clínico constante.

Um médico de Medicina Geral e Familiar sabe quando referenciar ou quando acompanhar na consulta do seu centro de saúde, assim estando a contribuir para o correcto funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SNS é das grandes despesas de qualquer orçamento de estado deste País e uma correcta referenciação diminui as listas de espera e encargos com consultas de especialidade nos hospitais. Por isso uma sensibilização para a importância desta especialidade irá trazer maior satisfação no local de trabalho para todos os médicos de Medicina Geral e Familiar, sendo este um factor de redução de vulnerabilidade ao stress muito importante.

Tendo em conta a abrangência da especialidade de Medicina Geral e Familiar, poderiam ser introduzidos cursos de pós-graduação para estes clínicos, onde fossem ensinadas estratégias de coping a eventos stressantes, onde fossem adquiridas capacidades de identificar indivíduos vulneráveis ao stress e estratégias de combate ao stress profissional, de forma a manter a sanidade e capacidade profissional destes clínicos obtendo assim uma melhoria nos cuidados de saúde primários e consequentemente melhores indicadores de saúde da população de determinada região.

Será importante ter este tipo de estudos alargados a outras regiões do país, que provalmente terão resultados diferentes dos obtidos deste estudo, alterando as variáveis como litoral vs interior, grande cidade vs pequena cidade, norte, centro e sul, comparando até com resultados em outras especialidades. Criar estudos semelhantes mas com variáveis mais específicas comparando horas de trabalho, número de pacientes, estado civil verificando a sua relação com a qualidade de vida, vulnerabilidade ao stress e empatia sentida.

Consoante os resultados obtidos em futuros estudos mais abrangentes, poderá ser necessário alertar as autoridades competentes como a Ordem dos Médicos, par a criação de estratégias de protecção e alerta para situações desfavoráveis à conduta dita normal dos profissionais de saúde.

Capítulo 5

Conclusão

Neste estudo conclui-se que existe uma boa qualidade de vida, bons níveis de empatia comparáveis aos de estudos semelhantes noutros países e um elevado número de indivíduos vulneráveis ao stress entre os médicos do ACeS Cova da Beira.

Verificamos que não existem diferenças significativas entre sexos.

Demonstra-se que os factores mais relevantes para o desenvolvimento de vulnerabilidade ao stress são os Factor 3 (carência de apoio social), Factor 5 (dramatização da existência), factor 6 (subjugação).

Aconselha-se alargar este estudo a outras regiões do país e outras especialidades de forma a identificar situações potencialmente prevenidas de stress e mais temido síndrome de burnout.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Measuring Quality of life. Geneva; 1997 p. 1-13.
2. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*. 2013;26(6):664-675.
3. Vaz Serra A. Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*. 2000;21(4):279-308.
4. Hojat M. Empathy in patient care. New York: Springer; 2007.
5. Hojat M, Mangione S, Nasca T, Cohen M, Gonnella J, Erdmann J et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*. 2001;61(2):349-365.
6. Maslach C. Different Perspectives on Job Burnout. *PsycCRITIQUES*. 2004;49(2).
7. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República, 1.ª série – N.º 38*. Ministério da Saúde.
8. Ferreira L, Ferreira P, Pereira L, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2013;23(2):425-430.
9. Vaz Serra A. Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000;21(4):261-278.
10. Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24.
11. Pollak K, Alexander S, Tulskey J, Lyna P, Coffman C, Dolor R et al. Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011;24(6):665-672.
12. EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE Evolução em Alunos do Primeiro Ano de Medicina e Contribuição para a Validação da Escala Jefferson em Portugal. *Acta médica portuguesa*. 2011;24(2):431-442.
13. Hojat M, Mangione S, Nasca T, Rattner S, Erdmann J, Gonnella J et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-941.

Anexos

Anexo 1-EQ-5D

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS USF E UCSP

Idade _____ Sexo _____ Profissão _____

 USF ____ UCSP __

Assinale com uma cruz um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde **hoje**.

Mobilidade	Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>
	Tenho de estar na cama	<input type="checkbox"/>
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas em cuidar de mim	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	<input type="checkbox"/>
	Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>
Actividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
	Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais	<input type="checkbox"/>
Dor / Mal Estar	Não tenho dores ou mal estar	<input type="checkbox"/>
	Tenho dores ou mal estar moderados	<input type="checkbox"/>
	Tenho dores ou mal estar extremos	<input type="checkbox"/>
Ansiedade / Depressão	Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>

Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

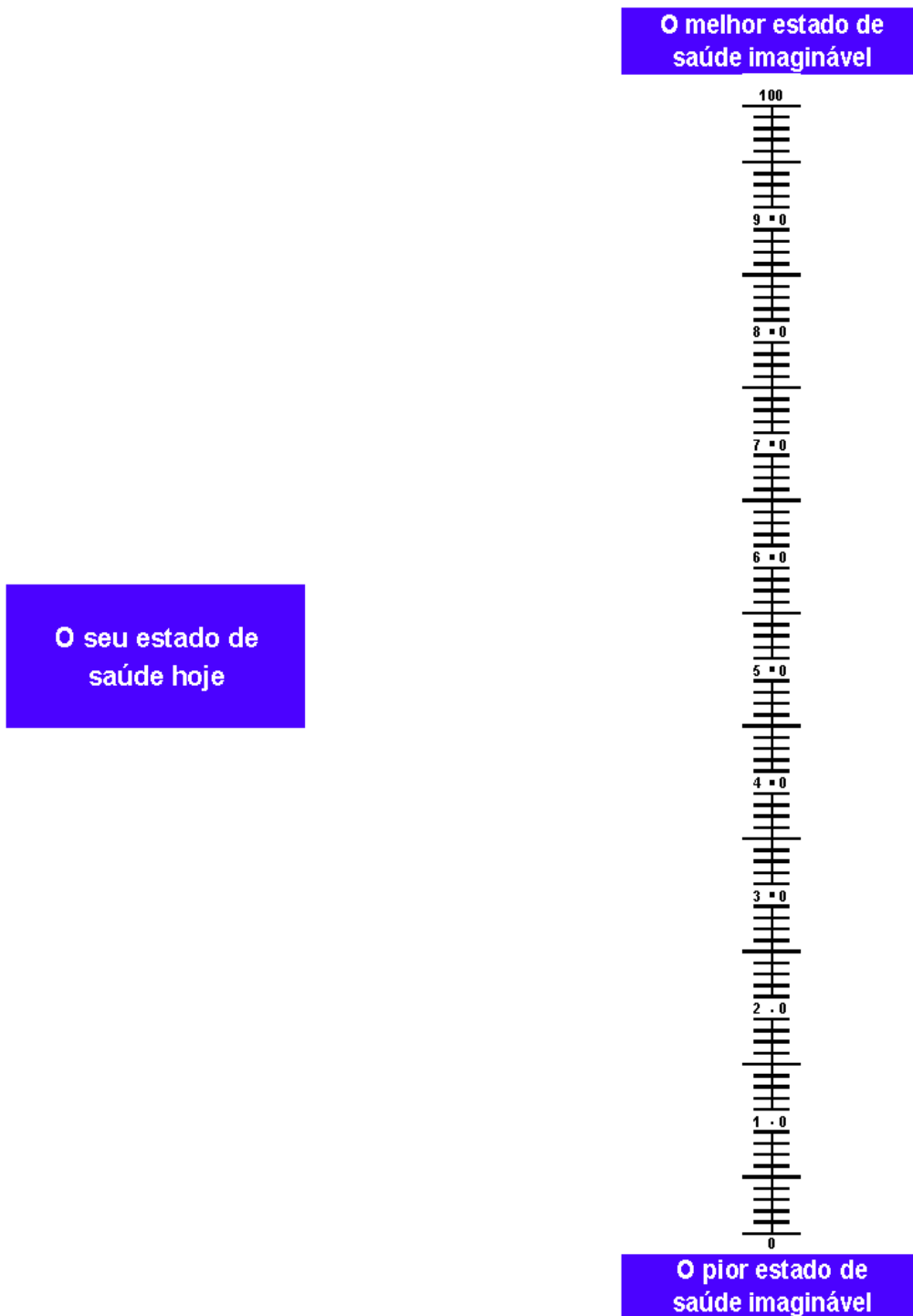
Melhor _____

O mesmo _____

Pior _____

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é **hoje**, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



Anexo 2 – 23-QVS

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas					
Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas					
Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes					
Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia					
Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar					
Dou e recebo afecto com regularidade					
É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar a resolver					
Sou um indivíduo que se enerva com facilidade					
Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que me está a dizer, mesmo que não tenha razão					
Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto					
Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem					
O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais					
Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar					
Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					



Questionário de avaliação de variáveis epidemiológicas

André José Freitas Santos

Aluno mestrado integrado em medicina na Universidade
da Beira Interior



Este questionário serve de base epidemiológica para um trabalho que aborda a empatia percebida pelo médico, a qualidade de vida do profissional e a sua relação com a sua resistência ao stress no meio de trabalho.

Como variáveis importantes selecionei , idade , interno vs especialista e anos de prática clínica.

Desde já agradeço a colaboração no estudo.

ACES Cova da Beira

Centro de saúde:

Idade:

Interno ou especialista:

Anos de prática clínica:

por grupos de 5 anos; 0-5 anos, 5-10 anos, 10-15 anos,...

Anexo 4- Parecer positivo pela Comissão de ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Homologado 16, 04.06 Dr. José Manuel Azenha Teresa Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, L.P.
---	---

ASSUNTO: 19/2016 - "Empatia médica, qualidade de vida dos profissionais e a sua relação com a resistência ao stress"
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. André José Freitas Santos

Trata-se de um questionário devidamente desenvolvido e validado destinado a identificar a empatia percebida pelo médico, a qualidade de vida do profissional e a sua relação com a resistência ao stress no meio de trabalho

PARECER FINAL:

1. Trata-se de um projecto de mestrado integrado em Medicina da UBI
2. O processo está devidamente instruído à luz dos critérios desta Comissão de Ética
3. Propomos a sua aprovação por esta comissão.

DATA: 06 de abril de 2016

B. Marques
O Relator

(Prof. Dr. Batel Marques)

O Presidente da Comissão de Ética
F. Ribeiro

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Senhor
André José Freitas Santos

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2016.01.20

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto "*Empatia médica, qualidade de vida dos profissionais e a sua relação com a resistência ao stress*", por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata