



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Empatia e Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar: um estudo populacional exploratório**

**Sofia Salomé Barroso Pacheco de Magalhães Marques**

Dissertação para obtenção do Grau Mestre em

**Medicina**

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

**Covilhã, maio de 2016**

*Curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre.*

Ambroise Paré

# Dedicatória

*À minha Mãe, pela sapiência e persistência.*

*Ao meu Pai pelo apoio e confiança.*

## Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Luiz Miguel Santiago*, pela sua orientação, disponibilidade, pelo saber partilhado, e pela total colaboração no solucionar de todas as dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus *Pais* por todo o apoio, por todas as palavras, pela dedicação e, sobretudo, pela orientação pautada pela humildade, respeito, princípios morais e honestidade. A vocês agradeço a oportunidade de concretizar as minhas aspirações.

Ao *Rodrigo*, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos difíceis. Obrigada pelo incentivo e encorajamento, pela força e partilha despreocupada.

Aos meus *Amigos*, que comigo caminharam nesta jornada e fizeram dela uma experiência única.

Aproveito também para agradecer a todos as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram na minha formação e a todos aqueles que de forma desinteressada participaram neste estudo.

## Resumo

A visão do paciente como pessoa remonta aos finais do século XIX, em que as teorias psicanalíticas e psicossociais de Breuer e Freud deram o mote para o aparecimento da Medicina Centrada na Pessoa. O paciente tem um papel muito mais ativo do que outrora, pelo que é fulcral cativá-lo, fazê-lo responsável pela sua saúde ao participar na decisão médica. De forma a avaliar a perceção do consulente face à aplicação desta abordagem, existe o Questionário de Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal, composto pelas seis premissas defendidas por Moira Stewart.

Para conseguir aplicar em pleno a abordagem centrada na pessoa, é necessário que o profissional de saúde procure conhecer e compreender a pessoa que tem à sua frente. Uma das características que permite a realização desta tarefa é a empatia, já estabelecida como um fator importante na relação médico-paciente, fortalecedor da confiança e que se relaciona positivamente com a adesão, capacitação e satisfação dos pacientes. Definida na literatura como o “sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pela outra pessoa”, a empatia merece, portanto, grande destaque quando falamos na relação médico-paciente. Não só porque permite ao profissional compreender a posição de quem o procura, como também assegura ao paciente de que é entendido no seu todo e não meramente como um conjunto de problemas/sintomas. Promove-se assim, uma linha aberta e segura para que o paciente se expresse com à-vontade, esteja mais recetivo aos conselhos e que haja uma maior adesão às prescrições médicas. Apesar da sua importância indiscutível, são poucas as ferramentas capazes de medir a empatia. Uma delas é a Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy, escala composta por cinco questões simples e concisas para avaliação da empatia do clínico na perspetiva do paciente.

Partindo destes pressupostos, o propósito deste estudo é aferir a empatia e a abordagem centrada no paciente percebida pelos consulentes face ao seu médico de Medicina Geral e Familiar da área abrangida pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Covilhã, verificando se a empatia se correlaciona com a prática da medicina centrada na pessoa.

Foram aplicados 100 questionários a maiores de 18 anos após consulta com o seu médico de família, e que aceitaram participar neste estudo mediante a assinatura do consentimento informado. Estes questionários incluem a Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy e o Questionário de Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal.

Neste estudo, a empatia evidenciou uma correlação positiva e forte com a abordagem centrada na pessoa. No entanto, apesar de a maioria (61%) dos consulentes inquiridos que se encontram acima do percentil 75 sentir uma melhor Medicina Centrada na Pessoa, o mesmo não se pode dizer face à empatia já que apenas 43% do mesmo subgrupo sentiu a melhor

empatia. De notar ainda que apenas 32% da amostra total sentiu o melhor das duas variáveis em estudo.

# Palavras-chave

Empatia, *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy*, Medicina Centrada no Paciente, Relação Médico-Paciente, Medicina Geral e Familiar.

## Abstract

The vision of the patient as a person goes back to the late XIX century, in which the psychoanalytical and psychosocial theories of Breuer and Freud set the tone for the appearance of Person-Centred Medicine. The patient has a much more active role than before, so it is crucial to captivate him, make him responsible for his health by participating in the medical decision. In order to evaluate the perception of the patient about this approach, there is the Person-Centred Medical Questionnaire validated to Portugal, composed of the six premises defended by Moira Stewart.

Being able to apply in full the person-centred approach requires that health professionals get to know and understand the person in front of them. One of the features that allows the accomplishment of this task is empathy, already established as a major factor in the doctor-patient relationship, strengthening confidence and positively related to membership, patient capacitation and satisfaction. Defined in the literature as the "sense of awareness of the changes felt and reflected, moment by moment, by the other person", empathy therefore deserves highlight when we talk about the doctor-patient relationship. Not only because it allows the professional to understand the position of those who seek their attention, but also ensures the patient that he is understood as a whole and not merely as a set of problems / symptoms. Thus, it promotes an open and secure way for the patient to express himself, and then be more receptive to advice, ensuring a greater adherence to medical prescriptions. Despite its undoubted importance, there are few tools able to measure empathy. One of them is the Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy scale that consists of five simple and concise questions to evaluate the clinical empathy from the perspective of the patient.

Starting from these assumptions, the purpose of this study is to assess empathy and patient-centred approach perceived by patients after a consultation with their general doctor in the UCSP of Covilhã, and see if empathy correlates with the practice of patient-centred medicine.

100 questionnaires were applied to patients over 18 years old after a consultation with their family doctor, and they agreed to participate in the study by signing the informed consent. These questionnaires included the Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy and Person-Centred Medical Questionnaire validated for Portugal.

In this study, empathy showed a strong positive correlation with the person-centred approach. Although the majority (61%) of the patients above P75 who are surveyed felt a better person-centred approach, the same cannot be said about empathy since only 43% of the same subgroup felt a better empathy. It is also worth noting that only 32% of the total sample felt the best of both variables in study.

# Keywords

Empathy, Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, Patient-Centred Medicine, Doctor-Patient Relationship, General and Family Medicine.

# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos .....	iv
Resumo .....	v
Palavras-chave .....	vii
Abstract.....	viii
Keywords .....	ix
Índice .....	x
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Acrónimos.....	xii
Introdução.....	xiii
Materiais e Métodos .....	1
<i>Participantes e Critérios de Inclusão</i> .....	1
<i>Instrumentos</i> .....	1
<i>Procedimento</i> .....	1
<i>Análise Estatística</i> .....	2
Resultados.....	3
<i>Caracterização da Amostra</i> .....	3
<i>JSPPPE e MCP-PT</i> .....	5
Discussão .....	8
Conclusão e Perspetivas Futuras .....	11
Bibliografia.....	13
Anexos .....	15
1. <i>Consentimento Informado</i> .....	15
2. <i>Questionário</i> .....	16
3. <i>Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro</i> .....	18
4. <i>Parecer do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira</i> .....	20

## Lista de Tabelas

**Tabela 1** - Caracterização da Amostra.

**Tabela 2** - Distribuição das características "Grupo etário", "Toma regular de medicamentos", "Formação académica" e "Grupo profissional" pelo género.

**Tabela 3** - Distribuição segundo "Género", "Grupo etário", "Toma regular de medicamentos", "Formação académica" e "Grupo profissional" para o JSPPPE e o MCP-PT.

**Tabela 4** - Correlação entre a JSPPPE e o MCP-PT.

**Tabela 5** - Distribuição por percentis.

**Tabela 6** - Relação Melhor Empatia vs Melhor MCP.

**Tabela 7** - Resultado global da aplicação do JSPPPE e MCP-PT em função de ter sido percebida empatia e a abordagem centrada no paciente de acordo com a distribuição percentílica (> P75).

## Lista de Acrónimos

**JSPPPE** - *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (Escala Jefferson da Empatia Médica Percecionada pelo Paciente)

**MCP** - Medicina Centrada na Pessoa

**MCP-PT** - Questionário da Medicina Centrada na Pessoa validado para Portugal

**MGF** - Medicina Geral e Familiar

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

# Introdução

A relação médico-paciente é um *continuum* de processos psicossociais complexos e, como tal, é constituída por inúmeros intervenientes.(1) No cerne desta complexidade encontra-se a empatia. Esta é um dos pilares imprescindíveis ao estabelecimento da dita relação, ao seu bom funcionamento e ainda se correlaciona positivamente com a adesão e satisfação dos consulentes.(2-5) Mas, como interveniente de um processo complexo, o conceito de empatia em si é também complexo, e defini-lo não é tarefa fácil dada a sua ambiguidade.(1,6,7) No entanto, existem algumas definições que se aproximam da sua essência e neste trabalho adotou-se uma definição conjunta daquilo que Rogers e Davis estabeleceram: a empatia envolve um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas em cada momento pela outra pessoa, pelo que se desenvolve um processo psicológico orientado por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais face à observação do outro.(1) Numa definição mais prática, o médico empático é aquele que elicitia sentimentos, escuta atentamente, parafraseia e reflete sobre aquilo que o consulente lhe transmite, estando também especialmente atento ao comportamento não-verbal.(3) Envolve, portanto, um componente afetivo e um cognitivo.(2,8)

Embora tenha grande destaque na relação médico-paciente e seja atualmente fonte de debate na comunidade médica, não existem muitas ferramentas que meçam a empatia, muito menos, aquela que é sentida pelo consulente após uma consulta de cuidados primários.(1,4,9,10) Para colmatar essa lacuna foi criada a JSPPPE.(4,6,9,11) A perceção da empatia por parte do paciente, mais do que aquela experienciada pelo médico, está fortemente relacionada com os resultados em saúde, satisfação, complacência e capacitação do doente.(2,4,6-10,12,13)

A visão do paciente como pessoa remonta aos finais do século XIX, em que as teorias psicanalíticas e psicossociais de Breuer e Freud deram o mote para o aparecimento da Medicina Centrada na Pessoa, termo depois introduzido por Balint.(14,15) Esta abordagem nem sempre foi privilegiada na relação médico-paciente, no entanto, nas últimas décadas tem-se dado cada vez mais importância a este conceito.(3,16) É o estilo de consulta que se preconiza e que os consulentes preferem, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários.(14,16,17,15) Denote-se que não se trata de um processo padronizado mas sim flexível, em que o médico deverá corresponder tendo em conta a vontade do paciente quer no que concerne à informação a transmitir, quer na partilha da tomada de decisão.(3,18,19) O que os consulentes procuram num cuidado centrado no paciente é que o profissional explore a principal razão da visita e as suas preocupações; tenha um conhecimento e compreensão integrados do mundo do paciente; consiga definir qual é o problema e preconize um acordo na sua gestão; estimule a prevenção e a promoção da saúde; e fortaleça o relacionamento com o paciente.(19) Aliás, pacientes submetidos a este tipo de abordagem exibem maior satisfação, adesão e melhores resultados em saúde.(3,14,16,17,19,20) Tal como

acontece com a perceção da empatia, também a perceção da centralização do doente no decorrer da consulta é forte preditor dos resultados em saúde.(14) Como instrumento de avaliação da perceção desta abordagem foi utilizado o Questionário de Medicina Centrada na Pessoa, validado recentemente para Portugal.(18) É composto por doze questões divididas em seis partes de acordo com os componentes a adotar pelo médico defendidos por Moira Stewart: explorar a doença e a experiência de doença, entender a pessoa como um todo, elaborar um plano de cuidados em conjunto, incorporar a prevenção e a promoção da Saúde, intensificando o relacionamento entre si e a pessoa que o procura, e ser realista.(14,16,18,20,21)

O objetivo deste trabalho é verificar se os consulentes da UCSP da Covilhã sentem a empatia e a abordagem centrada na sua pessoa aquando das consultas com o seu médico de Medicina Geral e Familiar. Para tal foram aplicados cem questionários, que continham a JSPPP e o MCP-PT, a maiores de 18 anos após a consulta, e que aceitaram participar neste estudo mediante a assinatura do consentimento informado.

# Materiais e Métodos

## Participantes e Critérios de Inclusão

Os participantes incluídos neste estudo perfizeram um total de 100 indivíduos. Foram selecionados mediante os seguintes critérios: 1. idade superior a 18 anos; 2. aceitação em responder ao questionário expressa pela assinatura do consentimento informado (Anexo 1.); 3. capacidade para compreender e responder ao questionário; e 4. preenchimento do questionário após comparecimento numa consulta com o seu médico de família.

## Instrumentos

Foi utilizado um questionário de duas páginas em que constavam vinte e dois itens (Anexo 2.). Estes estão organizados da seguinte forma: cinco relativos à caracterização epidemiológica (nomeadamente idade, género, toma regular de medicamentos, formação académica e atividade laboral); cinco que correspondem à JSPPE; e os restantes doze itens incluídos nos 6 componentes inerentes ao MCP-PT.

Quanto às respostas possíveis, o item idade tinha três opções agrupadas (até 35 anos, 36 a 65 anos e mais de 65 anos); o género inclui duas opções (feminino e masculino); a formação académica quatro (sabe ler e escrever, 9º ano, 12º ano e Ensino superior); e a atividade laboral oito possibilidades (agricultura, comércio, indústria, serviços, atividade doméstica, desempregado, reformado, e estudante). Para facilitar a análise dos dados, a atividade laboral foi dividida em dois grupos profissionais: “ativo” (agricultura, comércio, indústria, serviços, atividade doméstica) ou “não ativo” (desempregado, reformado, e estudante).

A JSPPE foi respondida mediante uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde a “discordo completamente” e 7 equivale a “concordo plenamente”.

Relativamente ao MCP-PT havia três opções de resposta: “não”, “em parte” e “sim”.

## Procedimento

Antes de iniciar a recolha de dados foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo 3) e a aprovação do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (Anexo 4). Após parecer favorável ao início dos trabalhos e com a devida autorização oral da responsável pela UCSP da Covilhã, foi iniciada a recolha dos questionários que decorreu de Março a Setembro de 2015.

Durante o referido intervalo temporal, a investigadora deslocou-se à UCSP da Covilhã várias vezes tanto no período da manhã como durante a tarde, em dias aleatórios não comunicados à UCSP com o intuito de evitar o viés de observação. Assim foi possível abranger uma maior diversificação e um maior número de utentes. Foi evitada a sexta-feira por ser

neste dia que se realizam as consultas externas e desse modo grande parte dos consulentes iria consultar com um profissional de saúde que não era o seu médico de família.

Os questionários foram aplicados pela investigadora devidamente identificada a consulentes do UCSP da Covilhã após consulta com o seu médico de MGF. Estes foram preenchidos num local calmo, não visível pelos médicos e nem por outros pacientes.

## **Análise Estatística**

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial após verificação de normalidade dos dados. Foram aplicados os testes de *t* de *Student*, *U* de *Mann-whitney* e *Kruskal-wallis*, e realizada correlação de *Pearson*. Para variáveis nominais foi aplicado o teste do  $\chi^2$ .

# Resultados

## Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por um total de cem indivíduos (Tabela 1), dos quais 66% são mulheres. O grupo etário mais prevalente corresponde ao dos 36 a 65 anos com 55% dos intervenientes, sendo o grupo dos até 35 anos o mais reduzido (16%). A maioria (72%) toma medicamentos regularmente. Quanto à formação académica, 54% têm estudos acima do 9º ano. A mesma percentagem (54%) encontra-se no ativo profissionalmente.

Tabela 1 Caracterização da Amostra.

Características	n = 100%
Género	
<i>Masculino</i>	34
<i>Feminino</i>	66
Grupo etário	
<i>Até 35 anos</i>	16
<i>36 a 65 anos</i>	55
<i>Mais de 65 anos</i>	29
Toma regular de medicamentos	
<i>Sim</i>	72
<i>Não</i>	28
Formação académica	
<i>Sabe ler e escrever</i>	27
<i>9º ano</i>	19
<i>12º ano</i>	28
<i>Ensino superior</i>	26
Grupo profissional	
<i>Ativo</i>	54
<i>Não ativo</i>	46

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição das diferentes características pelo género. Em todas as faixas etárias a percentagem de mulheres é superior à dos homens. Dos que tomam medicação regularmente 63,9% são mulheres, quase o dobro do valor evidenciado pelo género masculino (36,1%). Também no que concerne à formação académica, são as mulheres que têm tanto o menor como o maior nível de estudos: dos que sabem apenas ler e escrever 81,5% são mulheres, e dos que frequentaram o Ensino Superior 65,4% são mulheres; o género masculino só se sobrepõe naqueles que têm o 9º ano como maior nível académico.

*Tabela 2* Distribuição das características "Grupo etário", "Toma regular de medicamentos", "Formação académica" e "Grupo profissional" pelo género.

	Masculino		Feminino	
	n	Percentagem	n	Percentagem
<b>Grupo etário</b>				
<i>Até 35 anos</i>	5	31,1	11	68,8
<i>36 a 65 anos</i>	16	29,1	39	70,9
<i>Mais de 65 anos</i>	13	44,8	16	55,2
<b>Toma regular de medicamentos</b>				
<i>Sim</i>	26	36,1	46	63,9
<i>Não</i>	8	28,6	20	71,4
<b>Formação académica</b>				
<i>Sabe ler e escrever</i>	5	18,5	22	81,5
<i>9º ano</i>	10	52,6	9	47,4
<i>12º ano</i>	10	35,7	18	64,3
<i>Ensino superior</i>	9	34,6	17	65,4
<b>Grupo profissional</b>				
<i>Ativo</i>	15	27,8	39	72,2
<i>Não ativo</i>	19	41,3	27	58,7

## JSPPPE e MCP-PT

Como a distribuição do score médio de Empatia e de MCP são normais podem ser usados testes paramétricos: o *t* de *student*.

Segundo a Tabela 3 existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias atribuídas à JSPPPE no subgrupo da “Toma regular de medicamentos”, sendo a média mais elevada para os indivíduos que tomam medicamentos regularmente.

Nas restantes características, nomeadamente género, grupo etário, formação académica e grupo profissional, não existem diferenças estatisticamente significativas na análise das médias tanto da JSPPPE como do MCP-PT.

Tabela 3 Distribuição segundo “Género”, “Grupo etário”, “Toma regular de medicamentos”, “Formação académica” e “Grupo profissional” para o JSPPPE e o MCP-PT.

Característica	JSPPPE			Questionário MCP-PT		
	Média	Desvio padrão	<i>p</i>	Média	Desvio padrão	<i>p</i>
Género						
<i>Masculino</i>	6,00	1,28		0,96	0,08	
<i>Feminino</i>	6,27	1,07	0,272	0,97	0,06	0,458
Grupo etário						
<i>Até 35 anos</i>	5,89	1,25		0,97	0,05	
<i>36 a 65 anos</i>	6,12	1,15		0,96	0,07	
<i>Mais de 65 anos</i>	6,45	1,07	0,248	0,97	0,07	0,757
Toma regular de medicamentos						
<i>Sim</i>	6,45	0,90		0,97	0,06	
<i>Não</i>	5,42	1,37	<0,001	0,95	0,09	0,155
Formação académica						
<i>Sabe ler e escrever</i>	6,60	0,90		0,96	0,06	
<i>9º ano</i>	5,85	1,25		0,96	0,08	
<i>12º ano</i>	6,09	1,20		0,97	0,06	
<i>Ensino superior</i>	6,05	1,20	0,121	0,96	0,07	0,742
Grupo profissional						
<i>Ativo</i>	6,17	1,11		0,96	0,07	
<i>Não ativo</i>	6,18	1,20	0,958	0,96	0,07	0,885

O JSPPPE e o MCP-PT variam no mesmo sentido, e sendo o  $p$  de 0,626 (Tabela 4), evidenciam uma forte correlação.

Tabela 4 Correlação entre a JSPPPE e o MCP-PT.

		JSPPE	MCP-PT
JSPPE	Pearson Correlation	1	0,626**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	n	100	100
MCP-PT	Pearson Correlation	0,626**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	n	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

De acordo com a Tabela 5, de todos os pacientes inquiridos, aqueles que têm uma melhor pontuação tanto para a JSPPPE como para o MCP-PT são aqueles que se encontram acima do percentil 75.

Tabela 5 Distribuição por percentis.

Percentis	JSPPE	MCP-PT
25	5,6500	0,9444
50	6,8000	1,0000
75	7,0000	1,0000

De todos os indivíduos questionados, aqueles que estão acima do percentil 75 no JSPPPE são 43% e no Questionário MCP-PT são 61% do total da amostra. Destes, aqueles que tanto sentem a empatia quanto a abordagem centrada no paciente são 32 pessoas da amostra (Tabela 6).

Tabela 6 Relação Melhor Empatia vs Melhor MCP.

		Melhor MCP*		Total
		Sentida	Não sentida	
Melhor Empatia	Sentida	n	32	43
		%	52,5%	
	Não sentida	n	11	57
		%	28,2%	
			28	57,0%
			71,8%	
Total		n	61	100
		%	100,0%	100,0%

\* $p = 0,014$

Analisando agora os 32 consulentes (Tabela 7) que sentiram empatia e a abordagem centrada na pessoa verifica-se que a 59,4% são mulheres e que os grupos etários dos 36 a 65 anos e mais de 65 anos obtêm uma percentagem idêntica de 46,9%. A grande maioria (90,6%) consome medicamentos de forma regular. Apesar de uma grande proporção ter pelo menos o 9º ano de escolaridade (62,5%), o subgrupo que individualmente tem uma maior percentagem é o “sabe ler e escrever” com 37,5% da subamostra. Quanto à atividade profissional, 56,3% dos indivíduos encontra-se no ativo.

Tabela 7 Resultado global da aplicação do JSPPPE e MCP-PT em função de ter sido percebida empatia e a abordagem centrada no paciente de acordo com a distribuição percentílica (> P75).

	n	Percentagem
Género		
<i>Masculino</i>	13	40,6
<i>Feminino</i>	19	59,4
Grupo etário		
<i>Até 35 anos</i>	2	6,3
<i>36 a 65 anos</i>	15	46,9
<i>Mais de 65 anos</i>	15	46,9
Toma regular de medicamentos		
<i>Sim</i>	29	90,6
<i>Não</i>	3	9,4
Formação académica		
<i>Sabe ler e escrever</i>	12	37,5
<i>9º ano</i>	3	9,4
<i>12º ano</i>	11	34,4
<i>Ensino Superior</i>	6	18,8
Grupo profissional		
<i>Ativo</i>	14	43,8
<i>Não ativo</i>	18	56,3

## Discussão

A base do sistema de saúde é o encontro entre o médico e o consulente. Neste encontro são imensos os intervenientes e para que esta relação se mantenha e seja segura para ambos, tanto o profissional deve entender o utente como um todo, como o consulente deve sentir-se parte integral de todo o processo que se está a desenvolver. Durante a desenvoltura da relação médico-paciente encontramos dois conceitos fulcrais que devem ser preservados: a empatia e a abordagem centrada na pessoa. A empatia é, por si mesma, um pilar da relação, uma vez que implica a sensibilização do profissional de saúde pelas mudanças sentidas e refletidas em cada momento pelo consulente. Desta forma, se a empatia médica for efetivamente sentida pelo consulente, os resultados em saúde são positivos e a satisfação, complacência e capacitação do doente serão mais evidentes. A abordagem centrada na pessoa, por sua vez, também se correlaciona com uma maior satisfação, melhor adesão e melhores resultados em saúde. Neste sentido, a aplicação de instrumentos capazes para avaliar a opinião do consulente revela-se extremamente importante para se saber se os cuidados prestados vão de encontro aos objetivados pelos utentes.

A perceção da empatia médica pelo consulente é avaliada pela JSPPE mediante a resposta a cinco itens após a consulta com o médico de família. Estes cinco itens são, na realidade, 5 frases afirmativas que abordam a perceção do médico quanto à perspetiva do paciente; a preocupação do profissional pelo utente, pela sua vida e pela sua família; se o médico compreende as emoções e a totalidade da pessoa que tem à sua frente. O paciente evidencia se concorda ou não com estas afirmação ao escolher entre sete opções: desde “um” que significa “discordo completamente” a “sete” que denota “concordo plenamente”. Trata-se, portanto, de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos que, ao contrário de um formato dicotómico (“Sim” ou “Não”, por exemplo), permite uma maior variedade de possibilidades de resposta pelo que se aproximará mais do sentimento do paciente, revelando um maior poder discriminativo.(6) A pontuação total da JSPPE é calculada pela média das repostas a todos os itens, sendo que quanto maior o valor, maior a empatia sentida.

Relativamente à abordagem centrada na pessoa, esta é aferida pelo MCP-PT constituído por seis questões e respetivas alíneas que remetem para os componentes fundamentais da Medicina Centrada na Pessoa: explorar a doença e a experiência desta; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano de cuidados em conjunto; incorporar a prevenção e promoção da saúde; intensificar a relação médico-paciente e ser realista quanto ao tempo e momento da consulta; delegação de competências; comunicação e trabalho em equipa. O resultado final deste questionário é calculado pela média da soma da média das repostas a cada indicador parcelar.

Como neste trabalho se pretende a avaliação destes dois componentes da relação médico-paciente, foi criado um questionário que os inclui e cujo objetivo é que o paciente faça a sua avaliação da consulta em que participou, o que irá permitir depreender se a

empatia do médico terá ou não alguma relação com a prática da abordagem centrada na pessoa. Com este objetivo, o questionário foi aplicado a cem consulentes da UCSP da Covilhã após a consulta com o seu médico de família, sempre com a prestação do consentimento informado e a garantia de anonimato e confidencialidade.

A amostra reunida tem as características esperadas para uma USCP: população constituída maioritariamente por mulheres ativas que tomam medicamentos regularmente, com pelo menos o 9º ano de escolaridade, e cuja faixa etária mais prevalente corresponde ao grupo dos 36 a 65 anos.

Relativamente à análise das médias da JSPPPE e do MCP-PT, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa apenas entre as médias atribuídas à JSPPPE para a característica “Toma regular de medicamentos”, e que a média tende a ser mais elevada para aqueles que efetivamente consomem medicamentos de forma regular face àqueles que não o fazem, sendo estes últimos os que demonstram a menor média na escala da empatia. Isto poderá ser explicado pelo facto de que os consulentes que tomam medicamentos regularmente, farão, à partida, visitas mais frequentes ao médico de família devido à necessidade de seguimento das suas patologias e/ou controlo da eficácia e/ou possíveis efeitos iatrogénicos da medicação. Assim, poder-se-á pensar que estes indivíduos terão uma relação melhor estabelecida com o seu médico, e daí conseguirem interpretar melhor a empatia transmitida por este. Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas para as restantes variáveis, pode verificar-se que as médias da JSPPPE são mais altas para o género feminino (que é o género mais prevalente), para os maiores de 65 anos, e para os indivíduos que apenas sabem ler e escrever. O grupo dos “maiores de 65 anos” e aqueles que apenas sabem “ler e escrever” podem estar relacionados, uma vez que com a instituição da escolaridade mínima obrigatória, serão os mais velhos que apenas saberão ler e escrever, e uma minoria de mais jovens se enquadrará neste grupo. Por conseguinte, será de esperar que os maiores de 65 anos que saberão apenas ler e escrever que, dada a sua longevidade, além da maior probabilidade de padecerem de doenças que carecem de seguimento médico, terão também uma relação mais longa e próxima com o seu médico de família e daí avaliarem mais favoravelmente a sua empatia. Quanto ao grupo profissional, a diferença entre as médias dos ativos e não ativos é mínima, sendo superior nos não ativos. O subgrupo que evidencia a segunda média mais baixa é o pertencente aos consulentes mais novos, de idade inferior ou igual a 35 anos. Como faixa etária mais jovem, será esta a que menos padece de situações que demandem seguimento apertado pelo médico de família como é o caso da doença crónica, por exemplo. Por conseguinte serão estes os indivíduos que menos consultas requerem, e portanto a sua relação com o médico de família será mais afastada.

No que concerne à análise das médias do MCP-PT, como referido acima, não existem diferenças estatisticamente significativas mas verifica-se que as médias são semelhantes para todas as características. Este resultado não é consensual com o de um outro estudo em que se verificou que existiam diferenças estatisticamente significativas para o grau de formação e para o grupo etário.(18) No estudo supracitado verificou-se que os mais novos e aqueles com

maior grau académico sentiam maior MCP, e era dado como hipótese o facto de estes perceberem melhor o discurso médico e interagirem de forma mais favorável com os profissionais de saúde. No entanto, como no presente trabalho não houve diferenças entre qualquer uma das características avaliadas, poder-se-á concluir que a população estudada é homogénea quanto à interpretação da prática da MCP por parte dos seus médicos de família.

Com o objetivo de conhecer o grupo da amostra com melhores resultados tanto na JSPPPE quanto no MCP-PT, fez-se a distribuição por percentis. Os que perfazem este critério são aqueles que se encontram acima do percentil 75 (P75). Dos consulentes acima de P75, 43% sentiram uma melhor empatia médica e 61% sentiram que a sua última consulta foi conduzida mediante o método clínico centrado na pessoa. Denote-se que apesar de a maioria ter sentido melhor MCP, mais de metade (57%) não sentiu melhor empatia. De acordo com a distribuição percentilica, os que sentiram tanto uma melhor empatia quanto um melhor MCP são 32 pessoas da amostra inicial. Sendo 100 o número total da amostra, são apenas 32% dos consulentes inquiridos que experienciaram o melhor das duas variáveis em estudo, e este valor não é o desejável uma vez que não abrange sequer metade da população estudada. Analisando agora a subamostra que satisfaz os critérios para o percentil acima de P75, verifica-se que o género mais prevalente é o feminino (59,4%), a maior parte tem idade superior a 35 anos (93,8%), têm pelo menos o 9º ano de escolaridade (62,6%) e que a grande maioria toma medicamentos regularmente (90,6%). Tendo em conta estas particularidades verifica-se que estas se assemelham à caracterização geral da amostra total estudada, no entanto, dos consulentes acima do P75 a proporção de homens aproxima-se da das mulheres (40,6% e 59,4% vs 34% e 66% da amostra total, respetivamente).

Uma vez que o coeficiente de correlação de *Pearson* é de 0,626, pode inferir-se que existe uma correlação positiva forte entre as duas variáveis. Isto é, a empatia sentida e a perceção da abordagem MCP variam no mesmo sentido, pelo que quanto maior for o resultado da JSPPPE, melhor também é o resultado no MCP-PT. Desta forma fica concluído e confirmado o objetivo deste estudo que se propunha a verificar se a empatia se correlacionava com a prática da Medicina Centrada na Pessoa.

Quanto às limitações encontradas no decorrer da realização deste trabalho são de referir três importantes: o facto de que, aquando da aplicação do questionário, foi difícil garantir que a sua resposta fosse gerada com base na consulta prévia e não com base na relação médico-paciente já estabelecida ao longo do tempo; trata-se de um estudo unicêntrico; e a amostra, apesar de significativa, não permite inferir acerca da realidade de outras Unidades de Saúde, pelo que mais estudos deverão ser feitos com amostras maiores e em mais locais para que se possa alcançar uma conclusão mais consistente.

## Conclusão e Perspetivas Futuras

O objetivo deste estudo, que consistia em verificar se a empatia percebida pelo consulente se correlacionava com a prática da abordagem centrada na pessoa na área abrangida pela UCSP da Covilhã, foi atingido. Com recurso a duas ferramentas validadas para Portugal, a JSPPPE e o MCP-PT, foi possível aferir que a empatia evidencia uma correlação positiva e forte com a abordagem centrada na pessoa. No entanto, apesar de a maioria (61%) dos consulentes inquiridos sentir uma melhor MCP, o mesmo não se pode dizer face à empatia já que apenas 43% sentiu a melhor empatia. Além disto, apenas 32% percecionou o melhor das duas variáveis em estudo.

Apesar de o objetivo do estudo ter sido alcançado, os resultados obtidos não são, de todo, satisfatórios. Como pode ser observado acima, a esmagadora maioria dos consulentes inquiridos não sentiu o melhor de nenhuma das variantes em estudo. Ora, como ambas estão associadas a melhores resultados em saúde, melhor ainda se combinadas, estes resultados demonstram que algum trabalho pode e deve ser feito para incrementar a perceção dos consulentes face à abordagem centrada na pessoa como quanto à empatia exprimida pelos seus médicos de família. No entanto, deve ser esclarecido que estes resultados não querem dizer que os profissionais de saúde não as promovam, mas sim que estas não são devidamente entendidas e sentidas pelos consulentes. Este facto não é de admirar uma vez que os médicos têm dificuldade em predizer a satisfação dos pacientes durante as suas consultas(22), e a perceção dos profissionais quanto à empatia que pensam exprimir tem menor correlação com os resultados em saúde do que a empatia médica que é percebida pelos consulentes(6). O mesmo acontece com a perceção por parte do paciente de que a consulta está a ser guiada mediante a abordagem centrada na pessoa. Esta tem melhor correlação com os *outcomes* em saúde do que a perceção pelo profissional de saúde relativamente à sua própria atividade. (14)

Posto isto, é fácil entender o porquê de a formação médica tanto em termos de comunicação e atitude empática, como de prática da Medicina Centrada na Pessoa é de elevada importância. Quanto à empatia, o comportamento que lhe é inerente não é diretamente ensinado como um *skill*, mas é possível facilitar a sua ocorrência. Os seus primeiro (*self-transposal*) e terceiro (*sympathy*) estágios podem ser aprendidos e desenvolvidos. Contrariamente aos estágios referidos, o segundo (*crossing over*) implica processos (firme conhecimento do Eu e pensamento abstrato) inerentes a cada um, que não poderão ser ensinados.(23) No entanto, estudantes envolvidos num programa de treino interpessoal estão mais aptos a responder empaticamente; além de também relacionarem mais facilmente o paciente com o problema, em vez de se preocuparem apenas com a doença apresentada (componente importante para a MCP).(24) São poucos os cursos que se debruçam especificamente sobre a empatia, mas destes são exemplos o “OncoTalk” (direcionado para oncologistas) e o “Empathetics”. Médicos que efetuaram este último foram avaliados pelos

seus consulentes como melhores em compreender as suas preocupações e em fazê-los sentir mais à-vontade do que profissionais que não realizaram qualquer curso.(5)

Para finalizar, sugere-se a realização de novos estudos que avaliem o impacto da possível implementação de opções de formação médica acima mencionadas, bem como de novos trabalhos sobre o tema desta tese, de preferência com amostras mais significativas e em mais locais.

## Bibliografia

1. Costa FD Da, Azevedo RCS De. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Rev bras educ med.* 2009;34(2):261-9.
2. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns.* 2007;69:63-75.
3. Ong LML, Haes JCJM DE, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18.
4. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S. Jefferson Scale of Patients Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J.* 2007;48:81-6.
5. Boodman SG. Efforts To Instill Empathy Among Doctors Are Paying Dividends. *Keiser Health News.* 2015.
6. Hojat M. et al. The Jefferson Scale of Physician. Em: Springer, editor. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* 1.<sup>a</sup> ed. 2007. p. 87-115.
7. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integr Med.* 2003;1(1):25-41.
8. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(1):1-21.
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. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Eval Heal Prof.* 2004;27(3):237-51.
11. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine – A critical review. *Patient Educ Couns.* 2009;76(3):307-22.
12. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pr.* 2012;13(1):6.

13. Neuwirth ZE. Physician empathy – should we care? *Lancet*. 1997;350(9078):606.
14. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):155-64.
15. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57-65.
16. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468-72.
17. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48(1):51-61.
18. Reis AF, Santiago LM, Botas P. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consultante em Medicina Geral e Familiar. *RevADSO*. 2015;5:19-32.
19. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001;322(7284):444-5.
20. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev bras educ med*. 2008;32(1):90-7.
21. Stewart M. Reflections on the doctor - patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pr*. 2005;55(519):793-801.
22. McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. *Fam Pr*. 2006;23(2):240-5.
23. Davis CM. What is Empathy, and can Empathy be taught? *Phys Ther*. 1990;70:707-11.
24. K. Fine V, E. Therrien M. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ*. 1977;52(9):752-7.

# Anexos

## 1. Consentimento Informado

Este questionário tem como objetivo avaliar o modo como pensa sobre a atividade do seu médico, nomeadamente o modo como este o(a) entende, bem como o resultado da consulta que hoje teve com ele, através de perguntas especificamente elaboradas.

Para tal solicito-lhe que responda ao questionário, garantindo-lhe que ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu. Os dados servirão para melhor conhecermos a capacidade que os médicos possuem para entender as pessoas que observam, para além de ser objeto de estudo para Tese de Mestrado Integrado em Medicina.

Quem a ele responder deve assinar apenas esta folha, não sendo necessária qualquer outra assinatura nas folhas do questionário. Apenas a investigadora terá acesso aos dados do questionário, que serão inseridos numa base de dados que não conterá qualquer referência ao seu nome.

A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento. Este questionário foi aprovado para aplicação pelas autoridades de saúde, sendo um trabalho da autora e não da instituição que, no entanto, terá acesso a um relatório com os resultados encontrados.

*A autora: Sofia Salomé Barroso Pacheco de Magalhães Marques*

*Aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior*

---

## 2. Questionário

A qualidade da relação médico-doente é muito importante no resultado das consultas e na qualidade da saúde. Para saber como avaliar as qualidades do seu relacionamento com o seu médico, foi elaborado este trabalho para o qual peço a sua colaboração ao preencher o questionário abaixo. Ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu nem o que respondeu. Pode, a qualquer momento, interromper o preenchimento deste questionário se assim o desejar.

Assim solicito e agradeço a sua opinião quanto às perguntas abaixo:

Idade:	Até 35 anos <input type="checkbox"/> 1	36 a 65 anos <input type="checkbox"/> 2	Mais de 65 anos <input type="checkbox"/> 3	
Género:	Masculino <input type="checkbox"/> 1		Feminino <input type="checkbox"/> 2	
Toma medicamentos regularmente?	Sim <input type="checkbox"/> 1		Não <input type="checkbox"/> 0	
Estudos (o mais elevado que frequentou):	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1	12º ano ( 7º ano do Liceu) <input type="checkbox"/> 3	9º ano (5º ano do liceu) <input type="checkbox"/> 2	Ensino Superior <input type="checkbox"/> 4
Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Agricultura <input type="checkbox"/> 1	Atividade Doméstica <input type="checkbox"/> 5		
	Comércio <input type="checkbox"/> 2	Desempregado(a) <input type="checkbox"/> 6		
	Indústria <input type="checkbox"/> 3	Reformado(a) <input type="checkbox"/> 7		
	Serviços <input type="checkbox"/> 4	Estudante <input type="checkbox"/> 8		

### A. Instruções:

Gostaria de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico. Por favor, use a escala em 7 (sete) pontos e anote a sua avaliação entre 1 (um) e 7 (sete), selecionando (com uma cruz (X) ou um círculo (O)) o número que, no seu entender, melhor corresponde a cada frase.

Na escala 1 (um) significa que discorda totalmente e 7 (sete) que concorda totalmente.

Nome do médico (facultativo): \_\_\_\_\_

1 - O meu médico consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

2 - O meu médico pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

3 - O meu médico parece preocupado comigo e com a minha família.

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

4 - O meu médico compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

5 - O meu médico é um médico que me compreende.

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

**B.** Na consulta de hoje com o seu médico (assinale a resposta com que mais concorda):

Questão	Resposta
1.1 Pôde falar sobre o que sentia e sobre os motivos que o levaram à consulta?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
1.2 Pôde falar sobre os seus receios e as suas esperanças quanto aos seus problemas?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
2. Sentiu que o médico se interessa por si, pela sua família e pelas suas condições de vida?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
3.1 Sentiu que o processo de tratamento será realizado em conjunto e colaboração entre si e o seu médico?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
3.2 Entendeu os objetivos, métodos e possibilidades em relação ao “tratamento” escolhido?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.1 Percebeu a importância de cumprir as indicações para um “tratamento” correto e que dê resultados?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.2 Percebeu o que deve ser feito para evitar “piorar”?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
5 Aceitou fazer o que lhe foi proposto para “melhorar”?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
6.1 Sentiu que o médico se mostrou interessado em ajudar a resolver o seu problema?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
6.2 Compreendeu que o sucesso do tratamento depende de si como doente e de outros profissionais que trabalham com o seu médico?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
6.3 A consulta com o seu médico durou o tempo necessário?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
6.4 Esta consulta com o seu médico aconteceu no momento certo?	Não <input type="checkbox"/> Em parte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

### 3. Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



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

Exma. Senhora  
Dra. Sofia Salomé Barroso Pacheco de M. Marques  
[a25076@fcsaude.ubi.pt](mailto:a25076@fcsaude.ubi.pt)

001792 '15 01-26 15:31

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Empatia e capacitação dos consulentes em medicina geral e familiar".

Serve o presente para informar V. Ex<sup>ª</sup>., 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)

Na resposta indicar a "nossa referência". Em caso de não estar a ser assinado.

AL



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARECER FINAL:</b> Favorável</p>	<p><b>DESPACHO:</b> <i>Apresenta-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde de 8.1.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral Vogal,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Maria Augusta Mota Vogal,</p>
--	--

Estudo 48/2014 de 17/11/2014

**ASSUNTO:**

**Empatia e capacitação dos Consultentes em Medicina Geral e Familiar**

<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
---

## 4.Parecer do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira

(sem assunto)



Caixa de entrada x



**Secção Pessoal** <spessoal.covilha@arscentro.min-saude.pt>

10/09 (há 4 dias)



para mim, joaoh.bento, Secretaria

Exmo. Senhora  
Sofia Salomé B.P. Magalhães Marques

Relativamente ao seu pedido, " A empatia do médico e a capitação dos consulentes " encarrega-me o Exmo. Senhor Presidente do conselho clínico do Aces Cova da Beira, Dr. António José Santos Silva, que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos

Fernando Domingues



Pense no ambiente antes de imprimir esta mensagem.