



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

A Empatia e a Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar

Joana Alexandra Fernandes Lourenço

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Augusto Simões

Co-orientador: Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

Covilhã, abril de 2019

A avaliação que os doentes fazem sobre as capacidades interpessoais dos médicos está grandemente relacionada com a confiança, a empatia, a segurança e o apoio evidenciados no relacionamento terapêutico, mas também com a existência de médicos que escutem as suas preocupações e as suas preferências e lhes prestem uma informação sincera sobre a sua situação clínica e sobre as suas opções de tratamento.

José Nunes, em “Comunicação em Contexto Clínico”

Dedicatória

Aos meus pais e minha avó por me apoiarem de forma genuína e demonstrarem constante orgulho em mim. Por toda a compreensão e apoio incondicionalmente declarados que certamente me fizeram acreditar e perseverar na luta pelos meus sonhos e ambições. Sem eles este caminho não seria possível.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Augusto Simões, pela orientação, por toda a disponibilidade e empenho na conclusão deste estudo.

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pela coorientação, sugestões e conselhos prestados ao longo da realização deste estudo.

A todos os que trabalham na ACeS Gaia e USF Gaya -V. Nova de Gaia que fizeram com que tivesse todas as condições para desenvolver o meu trabalho da melhor forma possível, bem como a todas as pessoas que direta ou indiretamente aceitaram participar de forma anónima e desinteressada neste estudo.

Aos Tutores, meus amigos de sempre e família por se manterem presentes ao longo deste percurso, para a minha valorização pessoal e profissional, pela amizade, apoio e motivação prestados durante todas as fases deste percurso académico.

Obrigada pelo tempo que me dedicaram nesta longa jornada, por terem tornado todas as etapas deste percurso académico tão especiais e por me fazerem sentir sempre apoiada neste percurso.

Resumo

Introdução: A Medicina Centrada na Pessoa assume um papel muito importante na Medicina Geral e Familiar, sendo a relação Médico-Paciente um dos pilares fundamentais a investir, em prol da melhoria da prática clínica. A **Empatia** como atributo cognitivo que envolve a compreensão do consulente e a capacidade para comunicar a intenção de o ajudar e a **Capacitação** que expressa a melhor gestão de problemas de saúde pelo consulente são dois conceitos imprescindíveis a ter em conta na arte de comunicação médica com o paciente.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução dos resultados da empatia médica e capacitação dos consulentes após a consulta com o seu(a) Médico(a) de família e verificar se existe correlação entre dois instrumentos, em ciclo de garantia de qualidade.

Material e Métodos: Estudo observacional, com a aplicação de dois questionários *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* - (mede a empatia) e *Patient Enablement Instrument/Instrumento de Capacitação do Consulente* (mede a capacitação), ambos validados para o efeito, a 284 utentes do ACeS Gaia-USF Gaya. Obtidas informações relativas à idade, género, toma diária de medicação, grau de formação, atividade profissional dos consulentes e do consentimento informado. Posteriormente, verificámos se havia correlação entre os dois instrumentos.

Resultados: A resposta mais dada no questionário da Empatia foi a máxima (7) e a média das respostas foi 6,2 (desvio padrão 1,8). As afirmações com melhores pontuações foram “*capaz de compreender as coisas na minha perspetiva*” e “*É um médico que me compreende*”. Na Capacitação o valor médio foi de 1,8 (desvio padrão 0,5). As opções predominantemente escolhidas foram as respostas intermédias “Melhor/Mais” e “Igual ou pior/menos”. As menos escolhidas foram “Muito Melhor/Mais”. A correlação entre os dois instrumentos, apesar de significativa ($p=0.008$), foi positiva e fraca (0.232).

Discussão e Conclusão: Os resultados indicam que a maioria dos consulentes têm scores elevados de Empatia. A Capacitação após consulta com o Médico de Família de um modo geral as consultas foram benéficas, contudo foram poucos os que sentiram suficientemente capacitados para responder “*Muito melhor*”, resposta mais pretendida. É necessário que o médico averigue se os consulentes realmente percebem o que é discutido na consulta, estimulando a sua participação no processo de decisão, mantendo os saudáveis e incentivando-os a sentirem-se confiantes com o seu estado de saúde. Mais estudos devem ser realizados, com amostras significativas, com outros indicadores, ou utilizar outras abordagens, em mais regiões do País.

Palavras-chave

Capacitação, Empatia, Medicina Geral e Familiar, Relação Médico-Paciente.

Abstract

Introduction: Person-Centered Medicine plays a very important role in General and Family Medicine, and the Doctor-Patient relationship is one of the fundamental pillars to be invested in order to improve clinical practice. **Empathy** as a cognitive attribute which involves the comprehension of the consultant and the ability to communicate the intention to help him or her, and **Enablement** qualification that expresses the best management of health problems by the consultant are two essential concepts to be taken into account in the art of medical communication with the patient.

Objectives: The objective of this study is to evaluate the evolution of the results of medical empathy and enablement of the consultants after consultation with their family's doctor and to verify if there is a correlation between two instruments in a quality assurance cycle.

Material and Methods: Observational study, with the application of two validated **Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy** - and **Patient Enablement Instrument** (Measure Enablement) questionnaires, both validated for this purpose 284 users of ACeS Gaia-USF Gaya. We also obtained the age, gender, daily medication, degree of training and professional activity of the consultants. Subsequently, we verified whether there was a correlation between the two instruments.

Results: The most common response in Empathy questionnaire was maximal (7) and the mean response was 6.2 (standard deviation 1.8). The statements with the best scores were "*Able to understand things in my perspective*" and "*It is a doctor who understands me*". In Enablement the mean value was 1.8 (standard deviation 0.5). The predominantly chosen options were the intermediate responses "Best / More" and "Equal or worse / less". The least chosen were "Much Better / More". The correlation between the two instruments, although significant ($p = 0.008$), was positive and weak (0.232).

Discussion and Conclusion: The results indicate that most consultants have high scores on Empathy. Training after consultation with the Family Physician, in general, the consultations were beneficial, however few were sufficiently qualified to respond "Much better", a more desired answer. It is necessary for the doctor to inquire if the consultants really perceive what is discussed in the consultation, stimulating their participation in the decision making process, keeping them healthy and encouraging them to feel confident about their state of health. More studies should be carried out, with significant samples, with other indicators, or use other approaches, in more regions of the country.

Keywords

Enablement; Empathy; Family Medicine; Doctor-Patient relationship.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Palavras chave	vi
Abstract.....	vii
Keywords.....	viii
Índice.....	x
Lista de Gráficos	xi
Lista de Tabelas	xi
Lista de Acrónimos	xii
Introdução.....	1
Materiais e Métodos	3
2.1 Caraterização da investigação e autorizações.....	3
2.2 População e amostra.....	3
2.3 Instrumentos utilizados	3
2.4 Procedimentos prévios e recolha de dados	4
2.5 Variáveis	5
2.6 Análise Estatística	5
Resultados	6
3.1 Caraterização da amostra.....	6
3.2 Resultados dos questionários JSPPE e PEI/ICC e sociodemográficos.....	7
3.3 Caraterização dos resultados da Empatia e Capacitação de acordo com as variáveis sociodemográficas	10
3.4 Correlação entre Empatia e Capacitação	14

A EMPATIA E A CAPACITAÇÃO DO CONSULENTE EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Discussão.....	16
4.1 A Empatia percebida pelos Consulentos após consulta	17
4.2 A Capacitação dos Consulentos após consulta.....	19
4.3 A correlação entre Empatia e Capacitação dos Consulentos	22
4.4 Utilidade e limitações do estudo	23
Conclusões e perspectivas futuras.....	25
Bibliografia.....	27
Anexos.....	29
7.1 Consentimento informado	29
7.2 Questionário sociodemográfico	30
7.3 Questionários JSPPPE e PEI/ICC	31
7.4 Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte	32
7.5 Parecer de ACeS Grande Porto VII-Gaia	33
7.6 Declaração da apresentação do estudo na USF-Gaya	34

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Correlação entre Empatia (JSPPPE) e Capacitação (PEI/ICC).

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra total estudada para n=284 Consulententes.

Tabela 2 - Consistência interna dos questionários JSPPPE e PEI/ICC.

Tabela 3 - Frequência e % de Respostas dadas ao questionário JSPPPE.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas das respostas dos itens do questionário JSPPPE.

Tabela 5 - Frequência e % de respostas das respostas dos itens questionário do PEI/ICC.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas das respostas dos itens do PEI/ICC.

Tabela 7 - Estatísticas descritivas dos scores das respostas aos questionários JSPPPE e PEI/ICC (Média, Desvio Padrão e Percentis).

Tabela 8 - Distribuição percentílica da Empatia e da Capacitação.

Tabela 9 - Relação dos Consulententes com melhor Empatia e melhor Capacitação.

Tabela 10 - Caraterização dos consulententes que pertencem ao P75, com Empatia (P=7) e de Capacitação (P>=2) em simultâneo.

Tabela 11 - Distribuição percentílica dos Consulententes que tiveram piores pontuações vs melhores pontuações, em ambos os inquéritos e de acordo com os dados sociodemográficos.

Tabela 12 - Análise da distribuição segundo “idade”, “género”, “toma medicamento regularmente” e “habilitações” para Empatia(JSPPPE) e Capacitação(PEI/ICC).

Tabela 13 - Teste de Kolmogorov-Smirnov da amostra.

Tabela 14 - Correlação entre Empatia (JSPPPE) e Capacitação (PEI/ICC).

Lista de Acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional da Saúde

CAC - Capacitação após consulta

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EMP - Empatia médica percebida pelos Consulententes

JSPPPE - Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

MF - Médico de Família

MCP- Medicina Centrada na Pessoa

MGF- Medicina Geral e Familiar

PEI/ICC- Patient Enablement Instrument / Instrumento de Capacitação do Consultente

RMP- Relação Médico-Paciente

USF - Unidade de Saúde Familiar

Introdução

A **Medicina Geral e Familiar (MGF)** é normalmente o ponto de primeiro contacto com o sistema de saúde.¹ Pela sua universalidade e facilidade de acesso, é considerada a porta de entrada no sistema de saúde, lidando com uma grande diversidade de patologias e outros problemas, nomeadamente do foro social e intrínsecos à própria dinâmica familiar. Quando se dá o contacto com a MGF, maioritariamente na consulta, é que a Medicina Centrada no Paciente assume a sua maior relevância e o ponto mais importante da consulta deve ser o consulente, que tem uma história da qual o seu MF faz parte, havendo lugar à partilha de experiências e preocupações. Este modelo de prática da medicina permite uma tomada de decisão partilhada que visa resolver os problemas e promover a saúde e bem-estar, levando também a uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde.^{2,3}

O Médico que investe mais tempo na melhoria da **relação Médico-Paciente** e ouve os seus consulentes com atenção, não só os faz sentirem-se melhor, como aumenta a probabilidade de melhoria clínica independente da terapêutica.^{4,5}

Esta relação constitui um elemento chave dos cuidados de saúde e, por outro lado, a **empatia** é um dos pilares dessa relação.⁶ Conceptualmente difícil de definir, atendendo à multidimensionalidade que lhe é inerente, neste contexto ela pode ser descrita como “atributo predominantemente cognitivo (mais que emocional) que envolve a compreensão (mais que o sentir) das experiências, preocupações e perspetivas do doente, combinado com a capacidade para comunicar esta compreensão e a intenção de ajudar”.⁷ Realça-se a importância da capacidade de comunicar a compreensão para que o doente possa, efetivamente, beneficiar da empatia com o seu médico. A empatia distingue-se da simpatia, que envolve o sentir o sofrimento e a dor do doente, e que em excesso levará a um dano da relação Médico-Paciente e uma pior *performance* médica.⁷

A importância da empatia no exercício da medicina tem sido estudada nos últimos anos, tendo sido demonstrado que ela tem um impacto positivo tanto para os doentes como para os médicos, facilitando a eficácia dos tratamentos.⁴

De modo a avaliar a empatia, foi desenvolvido o *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)*, instrumento validado e usado em estudos internacionais^{8,9}, traduzido e validado em Portugal.⁶

Outro conceito importante no âmbito da relação Médico-Paciente é o da **capacitação**, que representa o “grau em que um doente se sente fortalecido, após uma consulta, em termos de ser capaz de lidar, compreender e gerir a sua doença”.¹⁰ Uma melhor capacitação após consulta tem sido relacionada com melhores resultados clínicos, podendo esta ser influenciada por diversos fatores, como a Empatia, e outros inerentes ao próprio doente (idade, género, status económico,

multimorbilidade) ou à consulta (duração e continuidade de cuidados).¹⁰⁻¹¹

A capacitação pode ser aumentada através de um treino adequado por parte do Médico, pela sua empatia e familiaridade com a pessoa, com uma comunicação adequada durante a consulta e aumento de tempo desta.^{8,9}

De forma a medir a capacitação após consulta, foi desenvolvido o Patient Enablement Instrument, um instrumento validado e internacionalmente usado,^{12,13} também traduzido e validado em Portugal (PEI/ICC).¹⁴ Ao contrário do que acontece a nível internacional, o estudo da capacitação é recente. Esta investigação pretende dar continuidade a estes estudos feitos em Portugal.

Pela importância dos dois conceitos em MGF, os objetivos deste trabalho são o de analisar os resultados obtidos quanto à empatia e à capacitação, conhecer opinião dos Consultantes sobre empatia do Médico(a) e a capacitação pela consulta e verificar se a existência de correlação entre os dois conceitos avaliados no mesmo doente em ciclo de garantia de qualidade.

Materiais e Métodos

2.1 Caracterização da Investigação e autorizações

Nesta investigação foi realizado um estudo observacional e transversal numa amostra de utentes da USF Gaya - V. Nova de Gaia, entre os meses de setembro a dezembro de 2017, representativa do número médio de consultas realizadas mensalmente na mesma.

Neste estudo foram utilizados e aplicados os questionários JSPPPE-VP (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy - Versão Portuguesa) e PEI/ICC (Patient Enablement Instrument / Instrumento de Capacitação do Consultante), ambos traduzidos e validados para a população portuguesa. Aplicou-se também o questionário com os dados sociodemográficos e o pedido de consentimento informado, garantido o anonimato da informação.

A entrevistadora foi a investigadora do projeto e os entrevistados os utentes que no período da recolha de dados, se dirigiram à referida USF para consulta com o(a) seu (sua) Médico(a) de Família. Antes de iniciar o estudo foi pedido pareceres que foram aprovados pela comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte (Anexo 7.4) que deu o parecer favorável em 7 de setembro de 2017. Foi igualmente solicitada a autorização ao ACeS Grande Porto VII - Gaia e a aprovação da Coordenação do USF Gaya (Anexo 7.5). Após as autorizações das entidades referidas, foi iniciado o estudo numa amostra de referência para representar a população que recorre a consulta do seu Médico(a) Família.

2.2 População e amostra

O estudo observacional e transversal realizado foi aplicado a uma amostra populacional que foi calculada de modo a representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5% da população que afluí a consulta na USF Gaya com o(a) Médico(a) de Família. Isto corresponde a cerca de 1010 consultas, em média por mês. Foi determinado que a amostra deveria ter, pelo menos 279 entrevistados e foi utilizada uma amostra de 284 utentes.²⁷

2.3 Instrumentos utilizados

Para cada utente recolhemos o pedido de consentimento informado (Anexo 7.1) e o questionário com os dados sociodemográficos (faixa etária, género, grau de formação académica e atividade profissional e quanto à toma de medicação regular) (Anexo 7.2).

O questionário JSPPPE-VP (Anexo 7.3) foi desenvolvido para medir a perceção dos doentes acerca da empatia dos seus médicos e já validado para a população portuguesa. Este

instrumento, que inclui cinco itens, foi adaptado e respondido numa escala do tipo Likert variando desde 1 ponto (discordo totalmente) até 7 pontos (concordo totalmente). Os seus tópicos são:

1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo);
2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária;
3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família;
4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações;
5. É um médico que me compreende.

Aplicámos ainda o questionário PEI/ICC (Anexo 7.3) também já traduzido e validado para a população portuguesa. Este instrumento consiste em seis questões destinadas a avaliar o resultado que o doente obtém para a sua saúde e vida em geral, em função de uma consulta com o(a) Médico(a) de Família. As questões são: “*Capaz de lidar com a vida*”, “*Capaz de compreender a sua doença*”, “*Capaz de lidar com a sua doença*”, “*Capaz de se manter saudável*”, “*Confiante em relação à sua saúde*” e “*Capaz de se ajudar a si próprio*”. Para as primeiras quatro perguntas, as respostas possíveis são: “*muito melhor*”, “*melhor*” e “*igual ou pior*”; para as últimas duas: “*muito mais*”, “*mais*” e “*igual ou menos*” com três opções de resposta “*Muito melhor*”, “*Melhor*”, “*Igual ou pior*” nas primeiras quatro e “*Muito mais*”, “*Mais*” e “*Igual ou menos*” nas últimas duas).

2.4 Procedimentos prévios e recolha de dados

Os dados foram recolhidos entre setembro a dezembro de 2017. Tendo sido previamente dados os pareceres positivos quanto ao estudo, assumi tacitamente os pareceres positivos para dar início ao mesmo. Os questionários foram aplicados nesse período aos utentes à saída após a sua consulta de MGF nessa unidade. As entrevistas foram feitas pela investigadora do estudo, credenciada como estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior-Covilhã, que informou os utentes do objetivo da investigação e do anonimato dos participantes, obtendo previamente o consentimento informado (Anexo 7.1) por escrito de cada participante no estudo. Os questionários foram respondidos pelos participantes e posteriormente lidos pela entrevistadora que registou as respostas. Durante o período de aplicação dos questionários, nenhum médico ou utente foi informado da hora ou dia em que seriam realizadas as entrevistas, uma vez em períodos da manhã ou da tarde e conforme a disponibilidade.

A recolha de dados foi agendada conforme disponibilidade da investigadora, em períodos da manhã ou da tarde, foi feita com a intenção de diversificar ao máximo a população inquirida, para que a aplicação dos questionários incluísse consultantes com consultas de diferentes tipos/

/programas e de modo que a população inquirida fosse a mais diversificada possível, incluindo diferentes faixas etárias e géneros.

2.5 Variáveis

Neste estudo foram investigadas as seguintes características sociodemográficas :

- Grupo etário: ordinal;
- Género: variável nominal;
- Toma regular de medicação: variável nominal;
- Grau de formação académica: variável ordinal;
- Grupo de atividade profissional: variável nominal

2.6 Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi efetuado com o auxílio do programa “SPSS *Software for Windows- versão 25.0*” (SPSS Inc, Chicago, IL), utilizando os métodos de estatística descritiva e a análise inferencial.

Os dados foram analisados através de tabelas de frequências e percentagens de respostas, bem como o cálculo de estatísticas descritivas média e desvio-padrão, mínimo e máximo. Foi calculado o Alpha de Cronbach, para avaliar a consistência interna dos questionários JSPPPE e PEI/ICC. Após verificar que as variáveis não seguem uma distribuição normal, foram executados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal Wallis, para comparar os scores da empatia e capacitação entre as variáveis sociodemográficas. Estes testes não paramétricos serão os mais adequados quando temos variáveis de nível ordinal e porque a distribuição dos valores é bastante assimétrica, tendo um intervalo pequeno e discreto de valores. Para verificar a correlação entre empatia e capacitação foi realizada a correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de $p < 0.05$.

RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra em estudo

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra em estudo, quanto à faixa etária, género, toma medicamentos regularmente, grau de formação académica e atividade profissional, dos Consultentes que se dirigiram à Unidade de Saúde, nos dias em que foram realizados os questionários.

A amostra utilizada é constituída por n= 284 Consultentes da USF-Gaya, maioritariamente do sexo feminino n=177 (62,3%) e do sexo masculino n=107 (37,7%), estando a maioria na faixa etária compreendida entre 36 e 65 anos n=139 (48,9%) e superior a 65 anos n=85 (29,9%). Quanto a toma regular de medicamentos n=256 (90,1%) responderam terem hábitos farmacológicos crónicos. Relativamente à formação académica, n=148 (52,1%) tem maioritariamente estudos abaixo do 9ºano (4ª classe) e quanto à atividade profissional encontra-se na atividade ativa n=174 (61,3%), destacando-se os reformados n=96 (33,8%) e profissão ligada a Serviços n=64 (22,5%).

Tabela 1. Caracterização da amostra total estudada, para n=284 Consultentes.

		n	%
Idade	Até 35 anos	60	21,1
	Entre 36 e 65 anos	139	48,9
	Mais de 65 anos	85	29,9
	Total	284	100,0
Género	Masculino	107	37,7
	Feminino	177	62,3
	Total	284	100,0
Toma medicamentos regularmente?	Sim	256	90,1
	Não	28	9,9
	Total	284	100,0
Habilitações	Sabe ler e escrever	11	3,9
	9.º ano (4ª classe)	137	48,2
	12.º ano (7º ano)	83	29,2
	Superior	53	18,7
	Total	284	100,0
Profissão	Agricultura	1	0,4
	Comércio	30	10,6
	Indústria	16	5,6
	Serviços	64	22,5
	Doméstica	24	8,5
	Desempregado	39	13,7
	Reformado	96	33,8
	Estudante	14	4,9
Total	284	100,0	

3.2 Resultados dos questionários JSPPE, PEI/ICC e sóciodemográficos

Na Tabela 2 foi calculado o Alfa de Cronbach, para avaliar a consistência interna dos questionários JSPPE e PEI/ICC, tendo-se obtido valores de 0,925 e 0,908, respetivamente, o que revela uma ótima consistência interna.

Tabela 2: Consistência interna dos inquéritos

	Alfa de Cronbach	N de itens
JSPPE	0,925	5
PEI/ICC	0,908	6

A Tabela 3 mostra as respostas dadas pelos Consultantes às afirmações do questionário JSPPE. Destaco que nas 5 questões, a pontuação mais atribuída foi a máxima (7 pontos), seguida dos 6 pontos, e dos 5 pontos. Ou seja, mais de 70 % dos inquiridos (os que respondem no item 6 e 7 do questionário) estão bastante ou totalmente de acordo com as afirmações constantes dos itens no JSPPE, demonstrado por isso um elevado grau de empatia. Assim, a afirmação “*Consegue compreender as coisas na minha perspetiva*”, foi a que obteve um maior número de pontuações máximas, n=184 (64,8%), seguida da afirmação “*É um médico que me compreende*”, obteve n=167 (58.8%).

Pelo contrário, a afirmação que menos vezes obteve a pontuação de 7 pontos foi a afirmação “*Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária*”, com n=141 (49,6%), seguida por “*Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações*”, com n=156 (54.9%).

Tabela 3: Frequência e % de respostas dos itens JSPPE

JSPPE	Discordo Totalmente		2		3		4		5		6		Concordo Totalmente	
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1-Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	2	(0,7)	1	(0,4)	3	(1,1)	13	(4,6)	20	(7,0)	61	(21,5)	184	(64,8)
2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	3	(1,1)	1	(0,4)	5	(1,8)	34	(12,0)	33	(11,6)	67	(23,6)	141	(49,6)
3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família	3	(1,1)	2	(0,7)	7	(2,5)	28	(9,9)	25	(8,8)	60	(21,1)	159	(56,0)
4- Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	2	(0,7)	3	(1,1)	6	(2,1)	19	(6,7)	22	(7,7)	76	(26,8)	156	(54,9)
5 - É um médico que me compreende	2	(0,7)	2	(0,7)	4	(1,4)	14	(4,9)	21	(7,4)	74	(26,1)	167	(58,8)

A Tabela 4 mostra que o valor médio para todas as questões foi também superior a 6. Podemos deduzir que o fato dos Consultantes responderem sempre de forma mais positiva dando na maioria dos casos pontuações superiores a 6 e não houve uma variabilidade muito alta (cerca de ± 1 ponto).

Tabela 4: Estatísticas Descritivas das respostas dos itens JSPPPE

JSPPPE	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1 - Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	284	1	7	6,40	1,034
2 - Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária	284	1	7	6,02	1,255
3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família	284	1	7	6,12	1,278
4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações	284	1	7	6,20	1,181
5 - É um médico que me compreende	284	1	7	6,31	1,088

A Tabela 5 apresenta as respostas dadas pelos inquiridos ao questionário PEI/ICC. Para todos os itens a maioria dos inquiridos sente que está melhor. Note-se que nas 6 perguntas efetuadas a resposta mais assinalada pelos inquiridos foi “Melhor”/ “Mais”, seguida de “Igual ou pior/menos”, estando como última a resposta “Muito Melhor” / “Muito Mais”. A afirmação que mais vezes foi respondida com “Muito melhor” foi “capaz de lidar com a sua vida” com n=30 (10,6%). Também n=31 (10,9%) dos consultantes assinalaram “Muito mais” em resposta à afirmação “Capaz de se ajudar a si próprio”.

No entanto no item “capaz de lidar com a vida”, uma percentagem razoável de inquiridos, n=117 (41,2%), diz estar “igual ou pior”, sendo a afirmação “Muito melhor” com n=30 (10,6%) a que menos vezes foi assinalada.

Tabela 5: Frequência e percentagens das respostas dos itens PEI/ICC

PEI/ICC	Igual ou pior		Melhor		Muito melhor	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Capaz de lidar com a vida	117	(41,2)	137	(48,2)	30	(10,6)
Capaz de compreender a sua doença	85	(29,9)	174	(61,3)	25	(8,8)
Capaz de lidar com a sua doença	93	(32,7)	169	(59,5)	22	(7,7)
Capaz de se manter saudável	89	(31,3)	172	(60,6)	23	(8,1)
	Igual ou menos		Mais		Muito mais	
	n	%	n	%	n	%
Confiante em relação à sua saúde	94	(33,1)	162	(57,0)	28	(9,9)
Capaz de se ajudar a si próprio	76	(26,8)	177	(62,3)	31	(10,9)

Na Tabela 6 podemos concluir que as pontuações médias de cada item foram menores do que 2, isto porque apesar da maioria dos Consulentes assinalar (“*melhor*”) que tem a pontuação 2, muitos assinalaram (“*igual ou pior*”) com pontuação 1, e poucos assinalaram a resposta melhor. Por isso as pontuações médias são muito próximas de 2. Concluindo que os inquiridos se situam maioritariamente entre as respostas (“*melhor/ mais*”) e (“*igual e pior/igual ou menos*”).

Tabela 6: Estatísticas Descritivas das respostas dos itens PEI/ICC

PEI/ICC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Capaz de lidar com a vida	284	1	3	1,69	0,652
Capaz de compreender a sua doença	284	1	3	1,79	0,586
Capaz de lidar com a sua doença	284	1	3	1,75	0,586
Capaz de se manter saudável	284	1	3	1,77	0,584
Confiante em relação à sua saúde	284	1	3	1,77	0,614
Capaz de se ajudar a si próprio	284	1	3	1,84	0,594

Na Tabela 7 observam-se as estatísticas descritivas dos scores Empatia (JSPPE) e Capacitação (PEI/ICC) onde se mostra a média das respostas dadas aos dois questionários e ainda os resultados em função da distribuição quartílica do valor obtido para os indicadores JSPPE e PEI/ICC.

Para o JSPPE, o valor médio obtido foi de 6,2 (desvio-padrão= 1,03). Para o PEI/ICC, o valor médio obtido foi de 1,8 (desvio padrão=0,5).

Tabela 7: Estatísticas descritivas dos scores das respostas aos questionários JSPPE e PEI/ICC (Média, Desvio Padrão e Percentis)

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	P25	P50	P75
JSPPE (Empatia)	284	1	7	6,2	1,03	5,8	6,6	7,0
PEI/ICC (Capacitação)	284	1	3	1,8	0,50	1,3	1,8	2,0

Para maior aperto de qualidade e conhecimento exato da realidade, considerando-se bons resultados pertencentes ao percentil igual ou superior a P75, numa distribuição quartílica para quem está no melhor quartil de ambas as distribuições, relativas às respostas dos Consulentes no questionário JSPPE será=7 e PEI/ICC será >=2.

Na Tabela 8 é dada a distribuição percentilica da Empatia e Capacitação considerando quem está em melhor situação no melhor quartil de ambas as distribuições, de forma a obter uma avaliação de maior qualidade.

Deste modo, aqueles que estão iguais ou superiores no percentil 75, possuem scores altos de empatia e capacitação são na empatia n=110 (38,7%), com pontuação ≥ 7 e no mesmo percentil na capacitação são n=132 (46,5%), com pontuação de ≥ 2 .

Tabela 8: Distribuição percentilica da Empatia e da Capacitação

			Distrib_perc_CAPACITAÇÃO				Total
			<P25	\geq P25 e <P50	\geq P50 e <P75	\geq P75	
Distrib_perc EMPATIA	<P25	Contagem	21	15	5	25	66
		% do Total	7,4%	5,3%	1,8%	8,8%	23,2%
	\geq P25 e <P50	Contagem	12	21	7	32	72
		% do Total	4,2%	7,4%	2,5%	11,3%	25,4%
	\geq P50 e <P75	Contagem	9	8	3	16	36
		% do Total	3,2%	2,8%	1,1%	5,6%	12,7%
	\geq P75	Contagem	12	22	17	59	110
		% do Total	4,2%	7,7%	6,0%	20,8%	38,7%
Total		Contagem	54	66	32	132	284
		% do Total	19,0%	23,2%	11,3%	46,5%	100,0%

A Tabela 9 mostra que de todos os Consulentes questionados, o grupo com melhores resultados no P75, que em simultâneo tenham scores ≥ 7 na empatia e scores ≥ 2 na capacitação, são apenas 59 (20,8%) dos Consulentes da amostra.

Tabela 9: Relação dos Consulentes com melhor Empatia e melhor Capacitação.

			Capacitação		Total
			<2	≥ 2	
Empatia	<7	n	101	73	174
		% do Total	35,6%	25,7%	61,3%
	≥ 7	n	51	59	110
		% do Total	18,0%	20,8%	38,7%
Total		n	152	132	284
		% do Total	53,5%	46,5%	100,0%

3.3 Caracterização dos resultados da Empatia e Capacitação de acordo com as variáveis sócio demográficas

Na Tabela 10 é dada a distribuição da amostra em estudo, de acordo com as variáveis sociodemográficas, caracterizando os Consulentes com os melhores scores, que em simultâneo estão no P 75 com Empatia (≥ 7), Capacitação (≥ 2) e onde se releva o número total de Consu-

lentes de apenas 59 (20,8%).

Da análise destes destaca-se no estudo, que no género a percentagem de mulheres (64,4%) é superior à dos homens (35,6%), sendo a faixa etária entre os 36 e 65 anos (50,8%), que tomam maioritariamente medicamentos regularmente (89,8%), com grau de formação académico abaixo do 9ºano (44,1%) e no concerne a atividade profissional encontram-se ativos, destacando-se nos Serviços (27,1%), Reformados (25,4%) e no Comércio (15,3%).

Tabela 10: Caracterização dos Consulentes que pertencem ao P75 de Empatia (=7) e Capacitação (>=2), em simultâneo.

		n	%
Idade	Até 35 anos	14	23,7
	Entre 36 e 65 anos	30	50,8
	Mais de 65 anos	15	25,4
	Total	59	100,0
Género	Masculino	21	35,6
	Feminino	38	64,4
	Total	59	100,0
Toma medicamentos regularmente?	Sim	53	89,8
	Não	6	10,2
	Total	59	100,0
Habilitações	Sabe ler e escrever	2	3,4
	9.º ano (4ª classe)	24	40,7
	12.º ano (7º ano)	19	32,2
	Superior	14	23,7
	Total	59	100,0
Profissão	Agricultura	0	0
	Comércio	9	15,3
	Indústria	3	5,1
	Serviços	16	27,1
	Doméstica	6	10,2
	Desempregado	7	11,9
	Reformado	15	25,4
	Estudante	3	5,1
	Total	59	100,0

Na Tabela 11 observa-se a distribuição percentilica dos Consulentes que tiveram piores pontuações vs melhores pontuações, em ambos os inquéritos, de acordo com os dados sociodemográficos.

Analisando a distribuição percentilica dos piores (P<25) vs as melhores pontuações(P75) obtidas dos questionários, verifica-se que são predominantemente mulheres 95,2% vs 64,4% respetivamente e que os grupos etários são entre 36 e 65 anos. A grande maioria 81% vs 89,8% consome medicamentos regularmente. Na escolaridade verifica-se uma grande proporção em Consulentes que tem uma maior percentagem é 9ºano (4ª classe), nos piores 61,9% e nos melhores 40,7%, seguida do 12º ano 28,6% vs 32,2%. Quanto à atividade profissional destaca-se nos piores os desempregados e reformados, ambos com 28,6% e nos melhores os serviços 27,1% e reformados 25,4%.

Tabela 11- Distribuição percentilica dos Consulentes que tiveram piores pontuações vs melhores pontuações, em ambos os inquéritos e de acordo com os dados sociodemográficos.

		<P25		P75	
		n	%	n	%
Idade	Até 35 anos	4	19,0	14	23,7
	Entre 36 e 65 anos	12	57,1	30	50,8
	Mais de 65 anos	5	23,8	15	25,4
Género	Masculino	1	4,8	21	35,6
	Feminino	20	95,2	38	64,4
Toma medicamentos regularmente?	Sim	17	81,0	53	89,8
	Não	4	19,0	6	10,2
Habilitações	Sabe ler e escrever	1	4,8	2	3,4
	9.º ano (4ª classe)	13	61,9	24	40,7
	12.º ano (7º ano)	6	28,6	19	32,2
	Superior	1	4,8	14	23,7
Profissão	Agricultura	0	,0	0	,0
	Comércio	1	4,8	9	15,3
	Indústria	0	,0	3	5,1
	Serviços	4	19,0	16	27,1
	Doméstica	3	14,3	6	10,2
	Desempregado	6	28,6	7	11,9
	Reformado	6	28,6	15	25,4
	Estudante	1	4,8	3	5,1

A Tabela 12 descreve os resultados dos testes de comparação entre as variáveis sócio demográficas estudadas (idade, género, toma regularmente medicamentos e habilitações).

Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis, encontrando-se diferenças significativas entre os grupos de idade dos Consulentes e o score de capacitação ($p < 0,001$). Os Consulentes com mais de 65 anos têm um score de capacitação significativamente mais baixo (mediana 1,7 vs 1,8 vs 2,0) do que os restantes grupos de idade.

Entre os géneros não foram encontradas diferenças significativas, pelo teste de Mann-Whitney ($p > 0,05$). Observou-se pelo mesmo teste, que os Consulentes que tomam medicamentos regularmente têm um score de empatia significativamente mais elevado do que os restantes (mediana 6,6 vs 5,7; $p = 0,017$ $p < 0,05$).

Relativamente às habilitações, os níveis mais baixos de educação estarão associados a menores scores de capacitação ($p < 0,001$).

Tabela12: Análise da distribuição segundo “idade”, “género”, “toma medicamento regularmente” para Empatia (JSPPPE) e Capacitação (PEI/ICC).

		Idade		p
		Média	Mediana	
Empatia	Até 35 anos	6,0	6,4	0,325 a)
	Entre 36 e 65 anos	6,3	6,8	
	Mais de 65 anos	6,3	6,6	
Capacitação	Até 35 anos	2,0	2,0	0,001 a)
	Entre 36 e 65 anos	1,8	1,8	
	Mais de 65 anos	1,6	1,7	

		Género		p
		Média	Mediana	
Empatia	Masculino	6,3	6,6	0,130 b)
	Feminino	6,1	6,4	
Capacitação	Masculino	1,8	1,8	0,248 b)
	Feminino	1,7	1,8	

		Toma medicamentos regularmente?		p
		Média	Mediana	
Empatia	Sim	6,3	6,6	0,017 b)
	Não	5,6	5,7	
Capacitação	Sim	1,8	1,8	0,771 b)
	Não	1,8	1,9	

Tabela12: Análise da distribuição segundo “habilitações” para Empatia (JSPPE) e Capacitação(PEI/ICC).

		Habilitações		p
		Média	Mediana	
Empatia	Sabe ler e escrever	6,4	6,6	0,573 a)
	9.º ano (4ª classe)	6,3	6,6	
	12.º ano (7º ano)	6,1	6,4	
	Superior	6,2	6,4	
Capacitação	Sabe ler e escrever	1,4	1,3	<0,001 a)
	9.º ano (4ª classe)	1,6	1,7	
	12.º ano (7º ano)	1,9	2,0	
	Superior	2,0	2,0	

a) Teste não paramétrico de Kruskal Wallis e b) Teste não paramétrico de Mann-Whitney

3.4 Correlação entre Empatia e Capacitação

Após a aplicação do Teste Kolmogorov-Smirnov, apresentado na Tabela 13, verificou-se que como $p < 0,05$, temos que as distribuições das somas totais de Empatia e Capacitação não seguem uma distribuição normal.

Tabela 13-Teste de Kolmogorov-Smirnov da amostra.

		Total Empatia	Total Capacitação
N		284	284
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	31,0528	10,6092
	Desvio Padrão	5,13638	2,99447
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,221	,149
	Positivo	,221	,149
	Negativo	-,185	-,144
Estatística do teste		,221	,149
Significância Assint. (Bilateral)		,000 ^c	,000 ^c
a. A distribuição do teste é Normal.			
b. Calculado dos dados.			
c. Correção de Significância de Lilliefors.			

Como a distribuição de JSPPPE e PEI/ICC no seu somatório não são normais, usamos a correlação de *Spearman*, representada na Tabela 14.

A correlação entre a Empatia e Capacitação, apesar de significativa ($p < 0,001$) é positiva, mas fraca, com r de *Spearman*=0,232, pois nem todos os Consultentes que tem scores elevados de empatia, tem também scores elevados de capacitação.

Tabela 14: Correlação entre Empatia (JSPPPE) e Capacitação (PEI/ICC).

		Total Empatia	Total Capacitação	
rô de Spearman	Total Empatia	Coeficiente de Correlação	,232**	
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	284	
	Total Capacitação	Coeficiente de Correlação	,232**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	284	284

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

O Gráfico 1 mostra que apesar de existirem casos de Consultentes com scores elevados de empatia e scores baixos de capacitação, verifica-se que há uma tendência crescente.

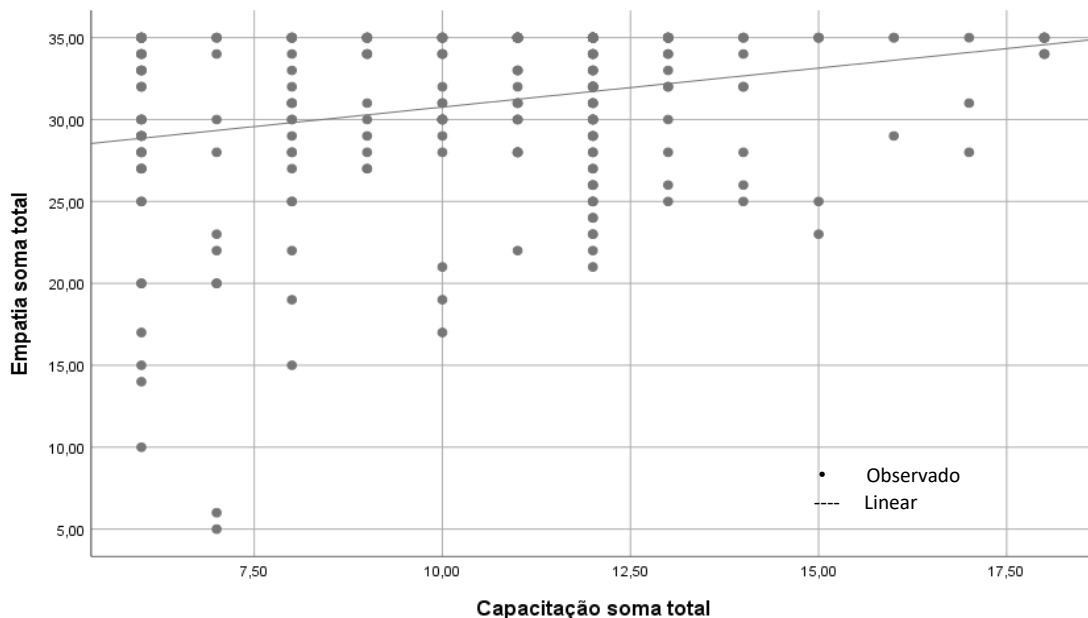


Gráfico 1: Correlação entre Empatia (JSPPPE) e Capacitação (PEI/ICC).

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, o profissional deve entender o Consulente como um todo, assim como o este deve sentir-se parte integral de todo o processo que se está a desenvolver. A consulta é a principal e mais complexa atividade do Médico de Família (MF). Esta acontece no contexto de um relacionamento entre Médico e a pessoa que consulta. A construção deste relacionamento depende da empatia, um elemento emocional e da comunicação, um elemento intelectual.

A empatia é, por si mesma, um pilar dessa relação, uma vez que implica a sensibilização do profissional de saúde pelas mudanças sentidas e refletidas em cada momento pela pessoa. Desta forma, se a empatia médica (EMP) for efetivamente sentida pelo Consulente, os resultados em saúde são positivos e a satisfação, a complacência e a capacitação do doente serão mais evidentes.

O conceito de capacitação (CAC) baseia-se na ideia de que o estado de saúde do doente é muito influenciado pela maneira como se sente logo após a consulta com o Médico.¹⁵ Representa o grau em que o doente se sente fortalecido, após uma consulta, em relação a ser capaz de compreender, lidar e gerir a sua doença.^{16,17} Uma melhor capacitação do doente está diretamente relacionada com um maior bem-estar e os melhores resultados clínicos.¹⁸

Muitos fatores já conhecidos podem influenciar a capacitação de um indivíduo,¹⁷ fatores do próprio Consulente, como (idade, status económico, personalidade, multimorbilidade), fatores da consulta (duração, por exemplo) e fatores do Médico (a), sendo a empatia que se transmite o fator que mais se destaca.

Pela importância em Medicina Geral Familiar (MGF) dos dois conceitos, os objetivos deste trabalho passam pela aplicação dos questionários JSPPPE, PEI/ICC e sociodemográfico, para se conhecer a opinião dos Consulentes sobre a empatia e a CAC do (a) seu(a) MF e verificar se a existência de uma maior perceção de empatia corresponde uma maior CAC em ciclo de garantia de qualidade, numa população nunca antes estudada.

Neste sentido, as aplicações de instrumentos capazes para avaliar a opinião do Consulente revelam-se extremamente importantes, para se saber se os cuidados prestados vão de encontro aos objetivados pelos Consulentes, demonstrada nesta relação entre empatia e capacitação em diversos estudos, reforçando a ideia de que a empatia médica é crucial para que o paciente se sinta capacitado.^{4,10,16,17}

4.1 A Empatia percebida pelos Consulentes após consulta

A percepção da EMP é avaliada pela JSPPPE, mediante a resposta a cinco itens após a consulta com o(a) MF. Estes cinco itens são, na realidade, cinco frases afirmativas que abordam a percepção do Médico quanto à perspectiva 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 Consulente evidencia se concorda ou não com estas afirmações 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.¹⁹

A avaliação da percepção dos Consulentes sobre a EMP, de uma forma geral em todas as perguntas, as respostas dadas correspondem às pontuações mais elevadas. Os inquiridos sentem empatia por parte do seu MF, já que a pontuação mais escolhida em todas as afirmações foi a máxima (7) e a média geral das respostas foi de 6,2 (desvio-padrão de 1,03). Parece haver uma sensação de compreensão bastante satisfatória dos mesmos Consulentes, em relação aos seus MF. Contudo considerando-se os melhores resultados respeitantes ao percentil igual ou superior ao P75, para maior apuro de qualidade e conhecimento exato da realidade, apenas n=110 (38,7%) se encontram nesse nível.

A afirmação que obteve mais vezes a pontuação máxima foi “*Consegue compreender as coisas na minha perspectiva*” (ver as coisas como eu as vejo), seguida pela afirmação, “*É um médico que me compreende*”, onde podemos inferir que se os Médicos melhorarem a sua capacidade de compreensão dos problemas na ótica dos Consulentes e o fato de comunicarem de maneira adequada, os mesmos vão sentir que o(a) Médico(a) os compreende melhor. Configura-se que os MF têm tentado cada vez mais “*pôr-se na pele dos pacientes*” de forma a compreenderem corretamente os seus problemas e têm transmitido isso aos seus Consulentes.

As respostas que menos vezes tiveram pontuação máxima foram “*Pergunta-me acerca do que está a acontecer na minha vida diária*” e “*Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações*”. Estes resultados indicam que a maioria dos Consulentes realmente sente que é compreendida pelo Médico(a) e que este consegue perceber a sua doença e o seu sofrimento. Poderemos justificar estes resultados com uma possível não aplicação completa do modelo Medicina Centrada no Doente, sendo que se privilegia a exploração do problema que motiva a consulta e não todo o contexto do paciente, nomeadamente o quotidiano.

Também a profundidade desta abordagem pode justificar-se este resultado, sendo que as perguntas do dia a dia em todas as consultas exigem mais exploração e tempo despendido

por parte do MF, apesar de haver um esforço cada vez maior por parte dos Médicos(as) para perguntar sobre estas temáticas.

Os resultados mostram que a participação do(a) MF se limita ao assunto da doença e não abrange todo o envolvimento biopsicossocial da pessoa, já que “*se interessa pouco*” acerca do que “*está a acontecer na vida diária*” do Consulente, nem aprofunda o conhecimento do seu estado emocional. Podemos considerar isto como uma falha na abordagem holística do doente, sendo que o Médico se preocupa com a doença da pessoa, mas não a encara globalmente.²² O Médico(a) está mais preocupado em tratar o problema do doente do que em compreendê-lo como um todo, uma pessoa única que vive em determinadas condições e ambientes.

Pode-se verificar que as médias do JSPPPE para o género não foram encontradas diferenças, sendo que o (género masculino mais prevalente), mais altas para maiores de 65 anos e nas habilitações sabem “*ler e escrever*”. Estes podem estar relacionados, uma vez que com a instituição da escolaridade obrigatória. Serão os mais velhos que sabem ler e escrever e uma minoria de mais jovens que se enquadrará neste grupo. Será de esperar que os maiores de 65 anos que saberão “*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(a) MF e daí aderirem mais facilmente a sua empatia. Com a faixa etária mais jovem, estes serão os que menos consultas requerem exceto os que padecem de situações crónicas e por isso a sua relação com o(a) MF será mais afastada.

Através da análise da amostra utilizada neste estudo, verificou-se que o grupo etário e a toma regular de medicamentos são fatores próprios do Consulente que podem influenciar os resultados do questionário. Doentes com uma idade igual ou superior a 65 anos sentem que os médicos são mais empáticos, assim como os que tomam medicação regular. Poderemos justificar esta diferença pela maior longevidade de contacto com o(a) MF em doentes com maior idade, mas também pela maior exigência dos consulentes mais jovens que muitas vezes têm uma pluralidade de emoções, sentimentos e preocupações e um quotidiano mais preenchido e agitado, sendo a perceção e compreensão da perspectiva do doente mais complicada e exigindo uma maior flexibilidade dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. No mesmo sentido, o grupo de doentes com uma idade mais avançada constitui uma parte importante do grupo dos que tomam medicamentos regularmente, pelo que se justifica em parte esta concordância na influência na EMP percecionada pelo Consulente.

Por outro lado, o facto de estes doentes terem normalmente patologias crónicas leva a uma exploração mais aprofundada por parte dos Médicos(as) da vida diária e preocupações dos Consulentes de modo a ajustar as terapêuticas de forma adequada.

Ao considerarmos o grau de sentimento de EMP de todas as pontuações acima do P75,

temos um valor de apenas 110 (38,7%) e em simultâneo EMP e CAC são 58 (20,8%) Consulentes. São muitos os Consulentes que precisavam de ter sentido mais empatia por parte do seu(a) MF. Pode-se pensar em várias explicações para estes níveis de empatia não serem satisfatórios já que o desconhecimento de alguns dos Médicos de família quanto á importância desta aptidão, as cargas excessivas de trabalho, cansaço e até mesmo de exaustão profissional²⁰ e a falta de formação para a prática empática. A empatia exige treino e esforço ²¹ e não pode ser encarada como uma aptidão clínica inata que alguns Médicos têm e outros não.

Uma melhor empatia poderá levar a uma redução das consultas anuais e eficiente utilização dos recursos da saúde, permitindo um maior número de utentes atendidos por MF e a uma menor despesa em terapêutica farmacológica. Também pela perceção do doente de que o Médico(a) compreendeu corretamente as suas preocupações e a sua perspectiva, pelo que não necessita de voltar por não ter sido compreendido anteriormente na consulta.

4.2 A Capacitação dos Consulentes após consulta

Relativamente à abordagem da CAC, esta é aferida pelo PEI/ICC constituído por seis questões e respetivas alíneas que remetem para as componentes fundamentais da Medicina Centrada na Pessoa (MCP). Explorar a doença e a experiência desta, assim como 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.

No questionário PEI/ICC/, as respostas mais dadas foram a resposta (“*Melhor*” / “*Mais*”), o que mostra que, de um modo geral, as consultas foram benéficas para os doentes, porque se sentiram mais capacitados. Contudo, foram poucos os que se sentiram suficientemente capacitados para responder a resposta (“*Muito melhor*”/”*Muito mais*”), que seria a resposta mais pretendida. A segunda resposta mais dada foi (“*Igual ou pior*” / ” *Igual ou menos*”), o que nos deve preocupar, pois o impacto da consulta não foi positivo para um grande número de Consulentes.

A pergunta “*Capaz de lidar com a vida*” foi a que teve pior média. Apesar de a ambiguidade da própria pergunta poder justificar em parte os resultados, o facto de ela ser a que mais se encontra dentro da esfera da MCP, em oposição ao modelo biomédico, poderá ser esta a chave determinante. A questão remete-nos para a necessidade de integrar na consulta a vida do doente como um todo e não apenas focalizando-nos no problema que o traz à consulta.

Por outras palavras podemos inferir que a maioria dos Consulentes não sai do consultório médico com uma sensação de fortalecimento para ser capaz de lidar e compreender a sua doença. Por outro lado, a limitação do próprio questionário em relação a algumas questões

como “*Capaz de compreender a sua doença*” e “*Capaz de lidar com a sua doença*”, não permite uma adequada resposta a consultentes saudáveis que apenas foram ao seu MF para uma consulta de rotina.

Um dos principais dados deste trabalho que merece ser salientado relaciona-se com o elevado número de respostas (“*igual ou pior*” / “*igual ou menos*”). Fica a ideia da necessidade de o Médico(a) ter uma abordagem diferente ao longo da consulta, sobretudo para com os pacientes cuja capacitação se prevê que apresente piores resultados após a consulta.

A análise da amostra para o PEI/ICC, revelou a influência do grupo etário, género, da toma regular de medicamentos e habilitações. Dentro dessas características sociodemográficas, a média obtida foi menor para consultentes com idade igual ou superior a 65 anos. No género não foram encontradas diferenças significativas, nem para os que tomam regularmente medicamentos e nem para aqueles com grau de formação académica abaixo do 9ºano. Estes dados não surpreendem e poderão ser explicados pela maior incidência de doenças crónicas e multimorbilidade em idosos. O carácter de irreversibilidade da maioria dos problemas nesta faixa etária não permite uma melhoria da confiança na sua saúde e poderá justificar a dificuldade de lidar e compreender a doença.

Verifica-se uma normal e progressiva perda de capacidade de se manter saudável e de se ajudar a si próprio com o acumular de situações patológicas, necessitando muitas vezes de terceiros. A diferença verificada na toma regular de medicamentos sugere também esta explicação. Utentes não profissionalmente ativos são representados maioritariamente por utentes na faixa etária mencionada ou reformados precocemente por doença crónica, o que justifica os resultados obtidos. Paciente ativo normalmente mantém um estilo de vida ocupado, mais confiante em relação à sua saúde e capacidade de lidar com os seus problemas.

Em último lugar, poderemos justificar a diferença verificada quanto ao grau de formação académica pela melhor capacidade de compreensão da doença e das formas de lidar com ela em indivíduos com uma maior formação. Esta perceção alerta para a necessidade do(a) MF perceber se o consultente realmente entendeu todo o conteúdo discutido na consulta, tanto no que toca à compreensão da sua doença como as medidas que poderá adotar para melhor lidar e geri-la.

Durante a realização dos questionários, alguns inquiridos deram respostas do género: “*O Médico nunca me explica nada*”. Esta situação pode muitas vezes não estar de acordo com a realidade, no entanto, é necessário que o profissional de saúde reserve uma parte do seu tempo para esclarecer dúvidas e verificar se os consultentes compreendem, implica uma melhor gestão do tempo, apesar de conhecidas as condicionantes atuais, como o tempo médio por consulta.²³

As falhas que existem ao nível da comunicação do Médico(a) doente exigirão, porventura

uma maior atenção na linguagem utilizada, dependendo da idade, do grau de instrução ou mesmo de outros fatores, de acordo com o Consulente. Certos utentes necessitam também que este(a) invista uma parte mais significativa do seu tempo com eles, pois o nível de informação que o doente adquirirá ao longo da consulta estará relacionado com os seus níveis de confiança e potencial para enfrentar a(s) sua(s) doença(s).

Também muitos dos inquiridos referiram que a consulta em nada tinha mudado o seu estado de saúde, que este se mantinha igual ou pior, porque ainda tinham que ir comprar a medicação. Após a consulta, os doentes estão mais sensibilizados para a sua doença e o fato de o Médico(a) apenas reforçar ou acrescentar medicação pode levar a que tenham uma perceção ainda mais negativa sobre o seu estado de saúde.²⁴ A relevância das medidas não farmacológicas é aqui evidenciada, já que quando o Médico(a) estimula o Consulente a ter um estilo de vida saudável e a encarar a vida positivamente, fazendo-as sentirem-se mais capazes de se manterem saudáveis e com uma atitude positiva em relação ao seu estado de saúde, este sente-se melhor consigo próprio e a sua capacitação aumenta.

Além da cronicidade dos problemas, outro fator conhecido que influencia a capacitação é a duração da consulta,^{16,24} que frequentemente os doentes sentem que é demasiado curta. Em Portugal tem-se sentido a diminuição do tempo médio por consulta e um aumento do número de utentes por Médico(a) de Família. O caminho deveria ser o inverso, o que poderia conduzir a uma redução de custos na área da saúde. Isto é explicado pelo fato de uma melhor qualidade ao nível dos CSP em geral e uma MCP estarem associadas a uma redução de consulta nos CSP, consulta de especialidades hospitalares, recorrência ao Serviço de Urgência, hospitalizações, exames complementares de diagnóstico que representam encargos financeiros no âmbito da Saúde. Deveríamos apontar mais para uma medicina preventiva, centrada no paciente e virada para a prevenção da saúde. Porque motivo esta aposta não é real e efetiva? Torna-se urgente inverter esta tendência.

Em relação às opções do PEI/ICC, importa referir que muitos dos Consulentes queriam escolher apenas a opção “*Igual*” e não compreendiam, porque é que esta opção equivalia a escolher “*Pior*”. A não discriminação entre estas duas respostas leva a alguma confusão da parte dos inquiridos, porque as respostas não têm o mesmo significado. Como não há discriminação entre estas duas respostas, não conseguimos saber qual a proporção de Consulentes que sentiram pior depois da consulta. Outra dificuldade que notei foi nos parâmetros “*Capaz de compreender a minha doença*” e “*Capaz de lidar com a minha doença*”, os indivíduos saudáveis não podiam dar uma resposta adequada à sua situação, escolhendo quase sempre nesses dois parâmetros “*Igual ou pior*”. Como podem comentar em relação a compreender ou lidar com uma doença que não existe? Fica a questão de como adequar este questionário a todo o tipo de Consulentes, incluindo aqueles que apenas vão ao Médico(a) de Família por consulta de rotina.

Apesar de tudo, realça-se a necessidade de uma abordagem holística perante todos os pacientes, sendo que as diferenças que ocorrem ao nível da capacitação após cada consulta deveriam ser sempre avaliadas.

Os dados apresentados não invalidam o papel fundamental do Médico(a) em relembrar aos seus pacientes em cada consulta a forma como lidar com os seus problemas, de forma a melhorarem a sua saúde em geral e indo de encontro às suas expectativas. A ausência desse diálogo poderá acarretar uma diminuição da CAC e piores resultados para a saúde de cada paciente. Desde que exista uma boa comunicação, será mais fácil para o Médico(a) ajudar o paciente a lidar melhor com o seu problema e compreendê-lo, o que trará benefícios também em relação à sua saúde em geral.

4.3 A Correlação entre Empatia e Capacitação dos Consulentes

Para os dados da amostra constituída por utentes da USF-Gaya que realizaram tanto o questionário JSPPE-VP, como o PEI/ICC e sociodemográfico, no que diz respeito à correlação entre EMP e CAC, como o resultado foi (r_s de Spearman = 0,232), podemos inferir que a correlação obtida foi positiva e fraca, portanto, em relação a este estudo apesar de existirem casos com scores elevados de empatia e scores baixos de CAC, observa-se sem dúvida uma tendência crescente.

Os scores mais elevados de EMP deveriam corresponder a scores mais elevados de CAC, pelo que neste estudo não é possível demonstrar uma melhoria da CAC, quando é percecionada uma maior EMP pelo mesmo. Uma possibilidade para esta baixa correlação é a influência que outros fatores têm sobre estes dois conceitos.

Como verificamos neste estudo, fatores do próprio doente, nomeadamente uma faixa etária superior ou a toma regular de medicamentos, promovem uma percepção mais empática por parte do seu Médico(a), enquanto que na capacitação se verificou o contrário. Também já foi discutida a influência de outros fatores, como o grau de formação académica ou a atividade profissional relativamente ao questionário PEI/ICC. Outras características do Consulente têm também sido apontadas como responsáveis por exercer uma importante influência, como o seu estado de saúde, ansiedade, expectativas em relação à consulta ou disposição. A duração da consulta e a existência de uma relação Médico-Paciente há mais tempo também terá influência.¹⁰⁻¹¹

Existem várias possibilidades para esta falta de correlação entre empatia e capacitação. Como já referimos, há muitos fatores que influenciam a capacitação, fatores do próprio doente, do Médico(a) e da consulta em si.¹⁷ Portanto, podemos supor que estes Consulentes sentiram outros fatores que se sobrepuseram negativamente à EMP. Apesar dos doentes percecionarem

alguma EMP transmitida pelo Médico(a), não devem ter sentido outras características que também têm grande influência na capacitação (duração da consulta, medicina centrada no paciente) ou então a própria condição dos doentes (expectativas em relação à consulta, disposição, estado de saúde, multimorbilidade) influenciou a capacitação por si só. Será, por isso, mais correto dizer que as consultas médicas, no seu todo e com tudo o que envolvem, não foram suficientemente eficazes para capacitar “*Muito melhor*” os pacientes.

4.4 Utilidade e limitações do estudo

Este estudo faz-nos refletir sobre importância indiscutível da empatia na medicina e entender melhor quais os principais fatores que influenciam o potencial de um Médico(a) para capacitar melhor os seus utentes. A empatia é uma aptidão fundamental para o Médico(a) de Família (MF) assim como para qualquer médico(a) de outra especialidade. Através de uma abordagem empática, o Médico(a) consegue recolher histórias clínicas mais completas e adquire informações valiosas sobre o estado de saúde do doente, o que leva a que atinja melhores resultados clínicos.²⁵

A consulta, componente central da relação Médico(a) doente (RMD), não pode ser desvalorizada e encarada como algo a apressar para maior rendimento de tempo e recursos. É durante a consulta que o Médico(a) consegue verdadeiramente fazer a diferença na vida do doente, entre o bem-estar e o mal-estar, entre a saúde e a doença. O(a) MF tem que saber comunicar com o doente, tem que o ouvir, compreendê-lo e também tem que conseguir transmitir os seus conselhos com confiança e atitude positiva.¹⁵ As competências de comunicação são fundamentais no processo de capacitação do utente. A capacidade de capacitar aprende-se. Não de um dia para o outro. Cada utente é diferente e exige uma abordagem adaptada às suas necessidades.

De maneira sintética, podemos dizer que a consulta, a RMD e as consequências em saúde serão melhoradas quanto mais o Médico aplicar o conceito de Medicina Centrada no Paciente (MCP), explorando a doença e a experiência de doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano de cuidados em conjunto, incorporando prevenção e promoção da saúde, intensificando a RMD através da empatia e sendo realista.^{15,22}

O caminho a seguir poderá passar por uma formação específica, contínua, que deverá começar ainda no ensino pré-graduado, processo que obrigará a uma evolução dos Médicos quer do ponto de vista técnico, quer do ponto de vista humano.²⁶

A constante aprendizagem é uma característica fundamental inerente à profissão Médica. A falta desta leva a uma prática médica antiquada e prejudicial ao paciente. Essa aprendizagem

não deve basear-se em conhecimentos técnico-científicos, mas também em todas as práticas clínicas e deve depender de si, pelo seu brio profissional e não só da instituição que o representa.

Quanto às limitações encontradas no decorrer da realização deste trabalho, é importante referir que se trata 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.

Secundariamente é de salientar que a satisfação do Consulente relativamente à consulta e ao seu MF pode influenciar a resposta. Mais do que estar consciente acerca do ganho que adquiriu no final da sua consulta para a sua vida prática, o doente pode ser levado a responder de acordo com os sentimentos mais ou menos positivos que sentiu durante a consulta ou baseado na empatia criada com o seu(a) MF.

A empatia criada com o MF e os sentimentos mais ou menos negativos que se criaram durante a consulta, podem influenciar a resposta do Consulente, não refletindo verdadeiramente o ganho que esta adquiriu no final da consulta para a sua vida prática. De qualquer forma, tendo sido este um questionário auto preenchido, apesar de todos os esclarecimentos prestados aos inquiridos, tentou-se evitar o viés de informação, não tendo sido para isso informado o dia e horário da realização dos questionários. De qualquer forma não é excluída a presença de vieses, nomeadamente de percepção, de memória, do entrevistador ou mesmo de desejabilidade social.

No entanto, apesar das limitações os objetivos foram cumpridos. Mesmo assim, acredita-se que, através da análise deste estudo, o mesmo pode dar um bom contributo, tanto para a instituição referida, como para outras unidades de saúde ligadas aos Cuidados de Saúde Primários(CSP).

Conclusões e perspetivas futuras

O principal objetivo deste estudo foi alcançado. Ele consistia em conhecer a opinião dos Consulentes sobre a empatia do(a) Médico(a) de Família (MF) e a capacitação pela consulta e verificar se uma maior perceção de empatia corresponderá a uma maior capacitação, na área abrangida pela USF-Gaya, com a aplicação dos questionários JSPPE, PEI/ICC e sociodemográficos.

A investigação realizada permite concluir que existiu uma evolução positiva quanto à empatia e que a maioria dos Consulentes tem scores elevados de Empatia. Relativamente à capacitação verificou-se uma evolução positiva, não significativa, onde a maioria dos Consulentes diz estar (*“melhor” / “mais capaz/confiante”*) ou (*“igual ou pior”*). Poucos referem estar *“muito melhores” / “muito mais-capazes/confiantes”*. Os Consulentes mais velhos, maioritariamente do sexo feminino, com idade superior a 36 anos e com habilitações até 9ºano de escolaridade têm scores mais baixos de capacitação. Os níveis mais baixos de educação estão associados a menores scores de capacitação ($p>001$). Quem toma medicamentos regularmente tem um score de empatia mais elevado. Apesar de existirem casos com scores elevados de empatia e scores baixos de capacitação, observa-se, sem dúvida, que há uma tendência crescente. De facto, predominantemente temos valores de capacitação superiores a 1,5 com valores de empatia superiores a 4. Com recurso a essas ferramentas foi possível aferir que a empatia evidencia que para scores mais elevados de empatia corresponde a scores mais elevados de capacitação. O coeficiente de correlação apesar de significativo é fraco, pois nem todos os que têm scores elevados de empatia, têm também scores elevados de capacitação.

Apesar de o objetivo do estudo ter sido alcançado, os resultados obtidos não são, de todo, satisfatórios. A aplicação do PEI/ICC evidenciou que os Consulentes com idade mais avançada, com habilitações abaixo do 9º ano são aquelas cujas intervenções, por parte do Médico(a), são mais necessárias para que a capacitação destes Consulentes no final da consulta seja maior. Para além da atuação diagnóstica e terapêutica, o MF deve reservar um tempo significativo da sua consulta para se certificar que o consulente compreende a sua doença, sempre incentivando a que o mesmo se sinta confiante em relação ao seu estado de saúde e estimulado para se manter saudável. Ao nível da classe Médica, esta poderia ser o principal foco de um estudo, que nos ajudasse a entender melhor quais os principais fatores que influenciam o potencial de um Médico(a) para capacitar melhor os seus utentes. O que há para melhorar? Onde estão as principais falhas? Estarão estas relacionadas com stress, motivação, pressões externas, ambiente desfavorável entre profissionais, dificuldade em trabalhar em equipa?

Ao longo do estudo parece ter ficado evidente que o processo de capacitação não sendo

satisfatório, obriga cada Médico(a) a dar o seu melhor do ponto de vista das competências comunicacionais. Cada utente é diferente e exige uma abordagem adaptada às suas necessidades. O caminho a seguir poderá passar por uma formação específica, contínua, que deve começar ainda no ensino pré-graduado. Tudo isto faz parte de um processo que obrigará a uma evolução dos Médicos(as), quer do ponto de vista técnico, quer do ponto de vista humano.

Desta forma, torna-se evidente a importância que os novos estudos de continuidade têm, estudos de preferência com amostras significativas na área do Grande Porto e em mais locais do país, de modo a avaliar a evolução da qualidade, com base em indicadores mais precisos como os aspetos onde ainda se tem de melhorar por uma medicina cada vez mais centrada no doente. Poder-se-ão utilizar outras abordagens como, por exemplo, avaliando possíveis alterações da empatia e capacitação ao longo do tempo, entrevistando-o novamente entre 3 a 6 meses e mais de 6 meses ou realizando um trabalho que diferenciase qual o motivo da última consulta, fazendo distinção entre patologias crónicas, agudas ou apenas consulta de rotina e testando as diferenças nos diferentes grupos.

Quanto mais informação estiver disponível sobre este assunto, mais fácil será propor a atenção de todos os Médicos(as) de Medicina Geral e Familiar e também de outras especialidades para a importância da empatia e da capacitação na relação médica e, assim, melhorar os resultados clínicos da nossa população.

Logo, concluiu-se que quanto mais empática for a relação Médico-Paciente, maior será a capacitação do Consulente. Nesta relação a principal personagem é o doente que é único e deve ser tratado e olhado como tal.

Bibliografia

1. A definição europeia da Medicina Geral e Familiar. WONCA Europa, Versão reduzida. 2005;5 Disponível em http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf.
2. EURACT. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, Versão Reduzida. Rev Port Clin Geral 2005; 21: 511-516.
3. Ramos V. A Consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas. 2008. Disponível em <http://www.apmgf.pt/ficheiros>.
4. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. Front Behav Neurosci 2014; 8: 457.
5. Despland J-N, de Roten Y, Drapeau M, Currat T, Beretta V, Kramer U. The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. J Nerv Ment Dis 2009; 197: 362-367.
6. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-De-Almeida JM, Castro-Caldas A. Empatia na relação médico-doente evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. Acta Med Port. 2011;24(SUPPL.2):431-442.
7. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg G a et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Acad Med 2009; 84: 1182-1191.
8. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. Croat Med J 2007; 48: 81-86.
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: 83-87.
10. 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 Pract 2012; 13: 6.
11. Mercer SW, Reilly D, Watt GCM. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. Br J Gen Pract 2002; 52: 901-905.
12. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. Fam. Pract 1998; 15: 165-171.
13. McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. Fam Pract 2006; 23: 240-245.
14. Pintalhão I, Al E. Validação da versão Portuguesa do PEI. Revista ADSO. 2013.2013: 18-22.
15. Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, van Dalen J, van der Vleuten C. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - How this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns*. 2012;86(1):70-76. Doi:10.1016/j.pec.2011.04.019.

16. Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med*. 2005;11(4):591-600. doi:10.1089/acm.2005.11.591.
17. Mercer SW, Bhautesh DJ, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. 2012.
18. MacPherson H, Mercer SW, Scullion T, Thomas KJ. Empathy, enablement, and outcome: an exploratory study on acupuncture patients' perceptions. *J Altern Complement Med*. 2003;9(6):869-876. doi:10.1089/107555303771952226.
19. Hojat M. et al. The Jefferson Scale of Physician. Em: Springer, editor. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. 1.a ed. 2007. p. 87-115.
20. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med*. 2015;(August):1-8. doi:10.1080/13548506.2015.1054407.
21. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Familiar* 2012;28. 2012:224-226.
22. Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27. 2011:527-532.
23. Simões J. Ética das Pequenas Coisas. *Revista ADSO*. 2013(2): 8-14.
24. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(SUPPL.):9-12.
25. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2015;8(January) :1-11. Doi :10.3389/ fnbeh. 2014 .00457.
26. Botas P. Capacitação: Uma Ciência com Arte. *Revista ADSO*.1:13-6.
27. Cálculo amostral: Calculadora on-line. Disponível em www.trujillo.com.br/calculadora.htm.

Anexos

Em anexo encontram-se os documentos abaixo enumerados que serviram de base para a realização e a apresentação do estudo:

7.1- Consentimento Informado

Consentimento Informado

Caro Utente

Este questionário pretende estudar a qualidade da relação médico-doente na sua consulta. O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada na USF Gaya. Os resultados serão discriminados por género, idade, grau de formação académica, sofrimento de doença crónica e atividade ocupacional. A participação é totalmente voluntária, podendo o utente interromper a realização do inquérito a qualquer momento. As respostas dadas serão completamente confidenciais, anónimas e sigilosas.

A Investigadora

Joana Alexandra Fernandes Lourenço

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, Covilhã-Portugal



Declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Data: _____

Assinatura do participante: _____

7.2- Questionário sociodemográfico

Questionário de informação relativa aos participantes

Julga-se que a qualidade da relação médico-doente é muito importante no resultado das consultas e na qualidade da saúde. Para sabermos como avaliar as qualidades na consulta e no relacionamento consigo do seu médico elaborámos trabalho para o qual pedimos a sua colaboração pelo preenchimento do questionário abaixo.

A participação é totalmente voluntária. Pode não o preencher e pode mesmo parar o preenchimento a meio.

As respostas dadas serão completamente **confidenciais** (não serão dadas a conhecer a ninguém), **anónimas** (não serão identificadas) e **sigilosas** (ninguém saberá quem respondeu). Apenas os resultados serão revelados em relatório, para que possa haver melhoria da atividade dos médicos.

Assim solicitamos e agradecemos a sua opinião quanto às perguntas abaixo.

Idade:	Até 35 anos <input type="checkbox"/> Entre 36 a 65 anos <input type="checkbox"/> Mais de 65 anos <input type="checkbox"/>	
Género:	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
Toma medicamentos regularmente:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Estudos:	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1 9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> 2	12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 3 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 Comércio <input type="checkbox"/> 2 Indústria <input type="checkbox"/> 3 Serviços <input type="checkbox"/> 4	Doméstica <input type="checkbox"/> 5 Desempregado <input type="checkbox"/> 6 Reformado <input type="checkbox"/> 7 Estudante <input type="checkbox"/> 8

7.3- Questionários JSPPE e PEI/ICC

Questionário JSPPE-VP adaptado

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

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

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

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Nome do médico: _____

1 - Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)

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

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

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

3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família

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

4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações

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

5 - É um médico que me compreende


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

Questionário PEI/ICC

Como um resultado da sua consulta com o médico(a) de Família, sente que está:

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de compreender a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de lidar com a sua doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se manter saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação à sua saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz de se ajudar a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4- Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional da Saúde do Norte

 **ARS NORTE**
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

DATA : 6 setembro 2017

INFORMAÇÃO Nº 111/2017 Nº <Processo> <Registo>

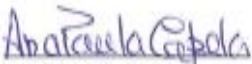
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 111/2017


Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 111/2017 sobre o Estudo "A empatia e a capacitação do consultante em Medicina Geral e Familiar", aprovado na reunião de 5 de setembro de 2017, por unanimidade.


À consideração superior



Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)


ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA Nº 38
REUNIÃO DE 07 09 2017

DELIBERADO CONCORDAR
2017 09 09


Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.


Dr. Poncha
Vogal C. D.


Rita Moreira
Vice-Presidente do CD

7.5- Parecer do ACeS Grande Porto VII - Gaia

		
Crítérios de inclusão : Consultentes Método de recolha dados (anexar instrumento recolha) Anexo questionários: informação dos participantes, questionário ISPPPE –VP Adaptado e questionário PEI/ICC.		
Descrição do que consiste a colaboração do ACeS: Permissão da recolha de dados através de questionários ISPPPE-VP – Adaptado ; PEI / ICC) juntos dos consultentes de consultas de MGF na Unidade Cuidados de Saúde - USF- Gaia. Foi solicitado à ARS Norte o parecer da Comissão de Ética.		
<p align="center">Termo de Responsabilidade</p> <p>Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Grande Porto VII - Gaia.</p> <p>Data: 15 /maio/2017</p> <p>Assinatura: <i>Elisabete Fernandes Loureiro</i></p> <table border="1"><tr><td>Projeto / Estudo n.º <i>12/2017</i></td></tr><tr><td>Data de receção: <i>26/3/2017</i></td></tr></table>	Projeto / Estudo n.º <i>12/2017</i>	Data de receção: <i>26/3/2017</i>
Projeto / Estudo n.º <i>12/2017</i>		
Data de receção: <i>26/3/2017</i>		
<p align="center">PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE</p> <p>Favorável <input checked="" type="checkbox"/> Não Favorável <input type="checkbox"/></p> <p>Data:</p> <p>Assinaturas: <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i></p> <p align="center">A DIRETORA EXECUTIVA ACeS Grande Porto VII – Gaia</p> <p>Nada a opor à sua realização,</p> <p align="center"><i>[Signature]</i> Dra. M.ª Chandra Pinto (Dra. Bárbara Chandra Pinto) Presidente Conselho Clínico e de Saúde ACES GAIA</p> <p> ACES GAIA Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia</p> <p align="center">Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VII – Gaia Rua D. Maria Coça Barro 4430-381 Vila Nova de Gaia TEL: 227 964 800 FAX: 227 964 088 EMAIL: acesgaia@norte.arsnorte.arsnorte.pt</p> <p align="right">8/8</p>		

7.6- Declaração da apresentação do estudo na USF-Gaya



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Joana Alexandra Fernandes Lourenço**, aluna do 6º ano do Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior, apresentou o Trabalho de Investigação realizado por si, na USF Gaya, no âmbito da sua Tese de Mestrado, designado “A Empatia e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar”, no dia 29 de Março de 2019.

Data	Duração	Tema
29/03/2019	1 hora	Trabalho de Investigação - “A Empatia Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar”

USF Gaya, 4 de Abril de 2019

A Enfermeira Responsável pelo Conselho Técnico



A Médica Responsável pelo Conselho Técnico



ACES GAIA
Agrupamento de Centros de Saúde
Grande Porto VII - Gaia

Rua Barão do Corvo, nº 676, piso 1, 4400 – 037, Vila Nova de Gaia
Tel.: 22 374 8040. FAX: 227 000 000
Email: usf.gaya@arsnorte.min-saude.pt



GAYA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR