



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

ANA CATARINA E SILVA DOMINGUES

***A EMPATIA NA CONSULTA E A CAPACITAÇÃO DOS
CONSULENTES***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

FEVEREIRO 2015

“Is it as important to know what kind of man has the disease,
as it is to know what kind of disease has the men.”

Sir William Osler

Índice

Abreviaturas	6
Resumo	7
Abstract	9
Introdução.....	11
Metodologia.....	14
1- Caracterização da Investigação	14
2- Processo de tradução e verificação de fiabilidade do questionário JSPPPE para a língua portuguesa.....	14
3- População e amostra	15
4- Instrumento de colheita de dados	15
5- Critérios de inclusão	16
6- Recolha de dados	17
7- Procedimentos prévios à recolha de dados	17
8- Variáveis.....	18
9- Análise estatística	18
Resultados.....	19
Parte 1	
Caracterização geral da amostra estudada no pré-teste	19
Testes não-paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis	20
Resposta média às questões da JSPPPE entre os 2 tempos de aplicação	21
Teste-reteste.....	23

Parte 2 - Resultados do estudo de campo

Caracterização geral da amostra	23
Resultados na distribuição da amostra em função do sexo	25
Estatística descritiva de centralidade dos resultados da JSPPPE-VP	26
Classe de empatia por Percentil 75	26
Pontuações obtidas com a JSPPPE.....	27
Resultados das respostas em valor absoluto e valor relativo para cada pergunta	28

Questionário MCP-PT

Resultados da aplicação do MCP-PT em função da descrição de medidas centrais e distribuição percentílica	29
Classe de MCP-PT por Percentil 75	29

Parte 3

Caracterização geral dos que em simultâneo apresentam níveis baixos na JSPPPE e no MCP	30
Correlação de Pearson para a média da JSPPPE e do MCP-PT	31
Discussão	32
Conclusão	40
Agradecimentos	41
Referências Bibliográficas	42
Anexos	45
Anexo I- Pedido e autorização do autor da escala.....	45

Anexo II- Questionário JSPPPE - Versão Original	47
Anexo III- Consentimento Informado	48
Anexo IV- Questionário JSPPPE-VP	49
Anexo V- Questionário JSPPPE-VP adaptado.....	50
Anexo VI- Questionário MCP-PT	51
Anexo VII - Autorização da ARS do Centro	52

Abreviaturas

ARS- Administração Regional de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

JSPE- Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPPE- Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

MCP- Medicina Centrada na Pessoa

MGF- Medicina Geral e Familiar

PT- Português

RMD- Relação médico-doente

USF- Unidade de Saúde Familiar

VP- Versão Portuguesa

Resumo

Introdução: Apesar de ainda insuficientemente estudada, a empatia assume-se como um elemento crucial quando se trata da relação médico-doente, existindo evidência da sua associação a melhores resultados clínicos. A Medicina Centrada na Pessoa defende a prestação de cuidados de saúde baseada numa partilha de poder entre o médico e o consulente, com vista a uma maior capacitação deste último.

Objetivos: Validar para a língua portuguesa, a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE), verificar a sua fiabilidade e estudar a correlação entre a relação médico-doente empática e a capacitação do consulente.

Métodos: Foi efetuada uma tradução do questionário JSPPPE para português, segundo as regras internacionalmente aceites para este género de tarefas. O pré-teste da JSPPPE foi aplicado a 46 consulentes, para validade de conteúdo, pela linguística e conhecimento de problemas de perceção e verificação de fiabilidade.

Num estudo observacional, transversal, foram aplicados dois questionários, o JSPPPE e o questionário MCP. A amostra englobou 167 utentes sendo entrevistados consulentes que saíam da consulta com o médico de família, ou aguardavam por esta, na sala de espera da USF Topázio, durante os meses de Agosto e Setembro de 2014. Registaram-se também os dados de cada utente relativamente à idade, sexo, toma diária de medicamentos, grau de instrução e atividade profissional.

Resultados: Relativamente ao pré-teste para avaliar a fiabilidade da JSPPPE-VP, todas as 5 questões apresentaram um alfa de cronbach superior a 0,836, o que assegura boa fiabilidade. Já no posterior estudo de campo, quanto às pontuações obtidas com a JSPPPE, o valor médio global obtido foi de 6,2. Foram considerados melhores os resultados pertencentes ao percentil igual ou superior ao P75. Sendo que 67,1% dos inquiridos, se encontraram abaixo desse limiar. Quanto ao MCP-PT, a média da pontuação obtida foi de 2,42, sendo que 63,5% dos inquiridos, se encontraram acima do percentil 75.

A correlação de Pearson encontrada (0,610) entre os resultados obtidos com a JSPPPE e os obtidos com o MCP-PT, verifica uma associação linear positiva entre estes.

Discussão e conclusão: O presente estudo permitiu cumprir os passos necessários a uma tradução fiável da JSPPPE. Concluiu-se que a exploração da perceção do doente sobre a empatia médica é um elemento chave para se melhorar a medicina centrada na pessoa e, deste modo, a capacitação dos consulentes. A associação positiva encontrada (correlação de Pearson) é de magnitude suficiente para merecer exploração adicional.

Palavras-chave: “Empatia”, “Relação médico-doente”, “Medicina Centrada na Pessoa”, “Perceção do doente”, “Capacitação do doente”

Abstract

Background: Although still insufficiently studied, empathy is assumed as a crucial element when it comes to the doctor-patient relationship and there is evidence of its association with improved clinical outcomes. The Centered Medicine in Patient supports the delivery of healthcare based on a sharing of power between the doctor and the user of consultation leading to a greater empowerment of the latter.

Objectives: To validate to the Portuguese language, the Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE), verify its reliability and to study the correlation between the empathic doctor-patient relationship and the empowerment of the user of consultation.

Methods: The JSPPPE questionnaire was translated to Portuguese, according to the internationally accepted rules for this sort of task. The pre-test of the JSPPPE was applied to 46 users of consultations, to content validity, for linguistics, and knowledge of problems of perception and verification of reliability.

In an observational, cross-sectional study, two questionnaires were applied, the JSPPPE and the MCP questionnaire. The sample comprised 167 users: consultants that came from consultation with the family doctor, or were waiting for it, were interviewed in the waiting room of USF Topázio, during the months of August and September 2014. Data of each patient regarding to age, sex, daily dose of medicines, education level and occupation were also collected.

Results: Regarding the pre-test to assess the reliability of JSPPPE-VP, all 5 questions present an alpha's cronbach higher than 0,836, which ensures good reliability. In the subsequent field study, in the scores obtained with the JSPPPE the overall average value obtained was 6,2. The

results belonging to the percentile equal to or greater than P75 were considered better. A total of 67.1 % of respondents was found below this threshold.

As for the MCP-PT, the average score obtained was 2,42. A total of 63.5 % of respondents were found above the 75th percentile.

The Pearson's correlation found (0,610) between the results obtained with JSPPPE and MCP-PT, shows a positive linear association between these.

Discussion and Conclusion: This study fulfilled the necessary steps to reliable translation of JSPPPE. It was concluded that the exploration of the patient's perception about medical empathy is a key element to improve the medicine centered on the person and, thus, the empowerment of users of consultation. The positive association found (Pearson's correlation) is of sufficient magnitude to warrant further exploration.

Keywords:

“Empathy”, “Doctor-patient relationship”, “Centered Medicine in Patient”, “Perception of patient”, “Empowerment of patient”

Introdução

Muitos dos erros na prática clínica têm a sua origem numa falha na comunicação sendo a comunicação eficaz fundamental e a essência da relação terapêutica.¹

A empatia merece grande destaque quando falamos na relação médico-doente.² Este é um conceito multidimensional que tem sido descrito como vago e traiçoeiro, com uma longa história marcada pela ambiguidade e controvérsia.³ *Hojat* aprofundou este termo definindo-o como “*atributo predominantemente cognitivo (mais que emocional), envolvendo a compreensão (mais que o sentir) das experiências, preocupações e perspetivas do doente, em combinação com a capacidade para comunicar essa mesma compreensão*”. De notar que, o conceito de empatia, em contraposição ao de simpatia, não pressupõe a capacidade do médico sentir o que o doente sente.³

A participação do doente na tomada de decisões emerge com força na primeira década do século XXI como um desenvolvimento concreto da Medicina Centrada na Pessoa (MCP). Esta, por sua vez, surge a partir das contribuições de Engel (modelo biopsicossocial) e Mcwhinney.⁴ Sendo o médico, em si, uma terapêutica, a forma de abordar o doente na consulta é fundamental para o sucesso da relação médico-doente. Segundo *Epstein e Street*, as seis tarefas-chave de uma entrevista centrada na pessoa são:

- A construção de uma relação de ajuda;
- O intercâmbio de informação;
- O cuidado com a resposta às ações;
- A gestão da incerteza;
- A tomada de decisões partilhada;
- A potencialização do autocuidado da pessoa.⁴

Os componentes da relação médico-doente que permitem um envolvimento empático (comunicação, interação verbal, pistas não verbais) estão relacionados com a adesão dos doentes ao tratamento, níveis mais elevados de satisfação com o médico e com o sistema de saúde, melhor memória e compreensão da informação médica, e melhoria na qualidade de vida e bem-estar psicológico, físico e social.⁵

Existe, mesmo assim, uma escassez de investigação nesta área.

Uma das razões para tal era a falta de um instrumento válido e confiável para medir a perceção do doente sobre a empatia médica.⁶ Hojat e colaboradores iniciaram no Jefferson Medical College, em Philadelphia, o processo de validação do instrumento Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), que constituiu a primeira escala de empatia destinada especificamente ao âmbito dos cuidados de saúde,⁷ cujas evidências psicométricas estão demonstradas.⁶

Ultimamente, a empatia tornou-se alvo de uma investigação mais aprofundada. Têm, assim, surgido diversos estudos que mostram associações positivas entre empatia clínica e satisfação e capacitação dos doentes.⁸ Por exemplo, num estudo com 710 doentes na Alemanha, a empatia clínica foi positivamente associada a uma melhoria nos resultados relatados pelos pacientes.⁹ A empatia clínica também levou a uma melhoria na capacitação dos doentes, e nos resultados por eles relatados, num estudo de MGF na Escócia.¹⁰ Num interessante ensaio randomizado e controlado de 719 consultas com doentes com “resfriado”, nos EUA, um aumento na empatia percecionado pelos pacientes foi associado a uma redução na severidade e duração dos sintomas.¹¹ Em 2011, *Hojat et al* demonstraram que a empatia medida pela JSPE está associada a melhores resultados clínicos em pacientes diabéticos.¹² Mais recentemente, um estudo alemão teve por objetivo analisar em doentes com traumatismos, se a perceção dos doentes sobre os resultados do seu tratamento cirúrgico era melhor entre doentes que tinham uma relação de grande empatia com os seus cirurgiões.¹³

Perante estes fatos, e tendo a empatia uma importância inquestionável na comunicação médico-doente, na prática clínica geral¹⁴, torna-se pertinente medi-la, e correlacioná-la com diferentes fatores da MCP.

Neste contexto: Como avaliam os consulentes a empatia na relação com os seus médicos? O objetivo primordial deste estudo consiste em validar para a língua portuguesa, a Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE), verificar a sua fiabilidade e estudar a correlação entre a relação médico-doente empática e a capacitação do consulente.

Metodologia

1 - Caracterização da investigação

Para a concretização deste projeto foi efetuado um estudo observacional e transversal, numa amostra de conveniência, mas de tamanho representativo da população que em número médio aflui a consulta numa semana de trabalho na USF Topázio.

Para esta investigação procedeu-se à aplicação de dois questionários, o JSPPPE, após processo de tradução para português e de verificação de fiabilidade e o questionário MCP.

A entrevistadora foi a autora do trabalho e os entrevistados foram consulentes que num dado lapso temporal se dirigiram à unidade de saúde, até ser perfeito o tamanho da amostra.

2- Processo de tradução e verificação de fiabilidade do questionário JSPPPE para a língua portuguesa.

O autor da escala foi informado da realização do estudo, tendo sido pedida e concedida a autorização (Anexo I). A tradução do questionário para a língua portuguesa envolveu diversos colaboradores e foi efetuada segundo um método internacionalmente recomendado, primeiro pela tradução da versão original inglesa para língua portuguesa, por dois tradutores profissionais de língua nativa portuguesa, independentemente um do outro. Uma equipa constituída por uma psicóloga, uma socióloga, uma enfermeira e três médicos efetuaram a revisão da tradução, verificando-se que a construção portuguesa estava no exato espírito do texto em inglês, criando assim a primeira versão portuguesa da JSPPPE. A retro-tradução foi realizada por três doutorandos de medicina geral e familiar, residentes no estrangeiro.

A validação do questionário continuou com a aplicação de um pré-teste a um conjunto de 46 elementos para verificar e garantir a adequação das características aos indivíduos entrevistados. Avaliou-se assim o conhecimento do tempo de preenchimento e a existência de dificuldades na

perceção do questionário, quer a nível de clareza de perguntas, interpretação ou de linguagem portuguesa, bem como o “lay-out”. Foi mantido o número de itens da versão original (Anexo II), bem como a sua ordem de apresentação. Nenhum dos inquiridos na validação foi incluído na fase de campo. O questionário era preenchido pelos utentes, à saída da consulta, e repetido cerca de 5 minutos depois oralmente pela investigadora, para avaliar eventuais discrepâncias. A recolha das respostas foi feita durante o mês de Julho de 2014, sendo entrevistados 23 utentes da USF Topázio e 23 utentes do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos.

3- População e amostra

Após a verificação da fiabilidade da escala em português foi realizado um estudo observacional, transversal, aplicando o questionário a uma amostra populacional calculada para representar, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a população atendida numa USF durante uma semana de trabalho, o que corresponde a um universo esperado de 625 consultas semanais. Foi determinado que a amostra teria de ter, pelo menos, 160 entrevistados, utilizando a tecnologia acessível em <http://www.vsai.pt/amostragem.php>.

O estudo foi realizado na USF Topázio.

Foi estudada uma amostra de 167 indivíduos, utentes de ambos os géneros, que durante os meses de Agosto e Setembro de 2014 se dirigiram à USF Topázio no período em que decorreu o estudo.

4- Instrumento de colheita de dados

A JSPPPE (Anexo II) inclui 5 itens, respondidos numa escala do tipo Likert de 1 (discordo totalmente) até 7 pontos (concordo totalmente). Este instrumento foi desenvolvido para medir

a perceção dos doentes acerca da empatia dos seus médicos. Os 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. Os dados preliminares de apoio à confiabilidade e validade desta escala estão relatados em capítulo próprio desta tese. A pontuação da escala é obtida somando a pontuação de cada um dos 5 itens e dividindo pelo número total de itens.

Adicionalmente, foi aplicado o questionário MCP (Anexo VI), com fiabilidade já verificada para Portugal, e que é constituído por 12 itens, focados em diferentes aspetos do método clínico centrado na pessoa, sendo as respostas possíveis: “não”, “talvez” ou “sim”. A pontuação é feita pela média dos valores de cada um dos objetivos da MCP - dos seis capítulos, sendo que para cada um foi calculado como o valor médio de cada resposta.

Relativamente a cada utente foram ainda colhidos dados num total de 6 elementos: idade, género, toma regular de medicamentos, nível de instrução, grupo de atividade profissional e nome do atual médico de família (Anexo IV), e obtido o respetivo consentimento informado por escrito (Anexo III).

5- Critérios de inclusão

O estudo incluiu utentes que se encontravam nos respetivos locais nos dias calendarizados para a recolha de dados e que facultaram autorização para o preenchimento do mesmo, tendo já tido pelo menos uma consulta com o atual médico de família.

6- Recolha de dados

A recolha de dados decorreu nos meses de Agosto e Setembro de 2014.

O questionário foi aplicado pela investigadora do projeto, devidamente identificada como estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, que abordava os utentes, informando-os do assunto da investigação. Após obtenção do consentimento informado por escrito (Anexo III), onde se garantia o anonimato dos utentes e se assegurava a confidencialidade das respostas, seguia-se a leitura individualizada de todo o questionário a cada entrevistado e o registo das respostas.

Foram entrevistados consulentes que saíam da consulta, ou aguardavam por esta, para efeitos de ganho de tempo, sem que os médicos tivessem em tempo algum conhecimento da realização do trabalho.

7- Procedimentos prévios à recolha de dados

O estudo teve aprovação pela Comissão de ética da ARS do Centro (Anexo VII), possibilitando a sua aplicação e utilização para o estudo em curso.

A calendarização das datas para a aplicação dos questionários foi feita com a intenção de diversificar o mais possível a população inquirida, para que incluísse utentes com consultas de diversos médicos de família.

8- Variáveis

As variáveis em estudo nesta investigação correspondem a:

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

9- Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi efetuado com o auxílio do software SPSS, *Statistical Package for the Social Science* - SPSS (versão 22.0). O teste χ^2 foi utilizado para variáveis nominais. Quando a distribuição não era normal foram utilizados os testes não-paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Foi feita a sua avaliação e interpretação através de métodos de estatística descritiva e análise inferencial.

Resultados

Parte 1

Caracterização geral da amostra estudada no pré-teste

A tabela I apresenta a caracterização da amostra total à qual foi aplicada o pré-teste, quanto à faixa etária, género, toma regular de medicação, grau de formação académica e atividade profissional.

A amostra é constituída por n= 44 utentes, com 77,3% (n=34) de indivíduos do sexo feminino. Por faixa etária 47,7% (n= 21) dos consulentes, pertence ao grupo etário acima dos 65 anos. Afirmam tomar medicação regularmente 77,3% (n=34) dos inquiridos. Arbitariamente foram definidos dois grupos: profissionalmente ativos, e não ativos: desempregados e reformados. Declaram estar profissionalmente ativos 59,1% (n=26) dos inquiridos. Quanto ao grau de formação académica, 18,2% (n=8) têm grau de formação académica baixo (sem escolaridade ou formação académica até ao 9ºano); 68,2% (n=30) dos utentes grau de formação académica média (entre o 9º e o 12º ano de escolaridade); e 13,6% (n=6) dos utentes, grau de formação académica elevada (correspondente a ensino superior ou análogo).

		N (%)
Faixa etária	≤ 35 anos	6 (13,6)
	Entre 36 a 65 anos	17 (38,6)
	Mais de 65 anos	21 (47,7)
Género	Masculino	10 (22,7)
	Feminino	34 (77,3)
Toma regular de medicação	Sim	34 (77,3)
	Não	10 (22,7)
Grau de Formação Académica	Baixo	8 (18,2)
	Médio	30 (68,2)
	Alto	6 (13,6)
Atividade profissional	Ativo	26 (59,1)
	Não ativo	18 (40,9)

Tabela I- Descrição da amostra no pré-teste, para n=44 utentes.

Testes não-paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis

Conforme se observa na tabela II, verifica-se não existir diferença estatisticamente significativa para as variáveis sexo, toma de medicamentos, grupo de instrução académica, e unidade de saúde, segundo os testes de Mann-Whitney U. Não se verifica também haver diferença estatisticamente significativa para a variável grupo etário, segundo o teste de Kruskal-Wallis.

Valor de p Pergunta	Sexo	Grupo etário	Toma de medicamentos	Instrução Académica	Unidade de Saúde
P1- Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).	0,433	0,205	0,585	0,334	0,658
P2- Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	0,563	0,542	0,456	0,978	0,619
P3- Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	0,454	0,478	0,690	0,590	0,522
P4- Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	0,792	0,301	0,830	0,450	0,740
P5- É um médico que me compreende.	0,453	0,654	0,129	0,104	0,819

Tabela II- Valor de p para as variáveis sexo, toma de medicamentos, instrução académica, e unidade de saúde, segundo os testes Mann-Whitney U, e para a variável grupo etário, segundo o teste de Kruskal-Wallis, para n=44 utentes.

Resposta média às questões do JSPPPE entre os 2 tempos de aplicação do questionário

A tabela III indica as respostas médias às 5 perguntas do questionário JSPPPE-VP, num primeiro tempo por escrito (t1), e cerca de 5 minutos depois oralmente (t2).

Como se pode observar a média das respostas foi sempre igual ou superior a 6, exceto na pergunta P2-t1, que obteve a média mais baixa, de 5,95.

Verificou-se não haver diferença significativa entre as respostas por escrito e oral, com um intervalo de cerca de 5 minutos, neste painel de 44 elementos, o qual não integrou a amostra do presente estudo.

Perguntas	Média	dp	IC a 95%	p
P1-t1- Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).	6,50	0,88	6,2 a 6,8	0,164
P2-t2- Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).	6,34	1,10	6,0 a 6,7	
P2- t1- Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	5,95	1,50	5,5 a 6,4	0,160
P2-t2- Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	6,00	1,50	5,6 a 6,4	
P3-t1- Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	6,27	1,30	5,9 a 6,7	0,372
P3-t2- Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	6,20	1,40	5,8 a 6,6	
P4-t1- Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	6,45	0,93	6,2 a 6,7	1,000
P4-t2- Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	6,45	0,95	6,2 a 6,7	
P5-t1- É um médico que me compreende.	6,50	0,90	5,2 a 6,8	1,000
P5-t2- É um médico que me compreende.	6,50	0,90	5,2 a 6,8	

Tabela III - Respostas médias às 5 perguntas da JSPPPE, em 2 tempos, para um n=44 elementos.

Teste-reteste

No que diz respeito à consistência interna, todas as 5 questões apresentam um alfa de cronbach superior a 0,836, o que assegura boa fiabilidade, tal como se pode verificar na tabela IV.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Alfa de Cronbach	0,836	0,995	0,965	0,944	1,000

Tabela IV- Resultados de não-diferença entre 2 tempos de aplicação do questionário a consulentes de MGF, utilizando o teste de Cronbach, para uma amostra de 44 elementos.

Parte 2 - Resultados do estudo de campo

Caracterização geral da amostra

Foi estudada uma amostra de $n= 67$ utentes.

A tabela V apresenta a caracterização dessa amostra quanto à faixa etária, género, toma regular de medicação, grau de formação académica e atividade profissional.

A amostra é constituída por 69,5% ($n=116$) de indivíduos do sexo feminino. Por faixa etária 58,1% ($n= 97$) dos consulentes, tem uma idade compreendida entre os 36 e os 65 anos. Afirmam tomar medicação regularmente 66,5% ($n=111$) dos inquiridos. Quanto ao grau de formação académica, 50,3% ($n=84$) têm grau de formação académica baixo (sem escolaridade ou formação académica até ao 9ºano); 20,4% ($n=34$) dos utentes grau de formação académica média (entre o 9º e o 12º ano de escolaridade); e 29,3% ($n=49$) dos utentes grau de formação académica elevada (correspondente a ensino superior ou análogo). No que concerne à atividade profissional declaram estar ativos 60,5% ($n= 101$) dos inquiridos.

		N (%)
Faixa etária	≤ 35 anos	30 (18)
	Entre 36 a 65 anos	97 (58,1)
	Mais de 65 anos	40 (24)
Género	Masculino	51 (30,5)
	Feminino	116 (69,5)
Toma regular de medicação	Sim	111 (66,5)
	Não	56 (33,5)
Grau de Formação Académica	Baixo	84 (50,3)
	Médio	34 (20,4)
	Alto	49 (29,3)
Atividade profissional	Ativo	101 (60,5)
	Não ativo	66 (39,5)

Tabela V – Descrição geral da amostra estudada, para n=167 elementos.

Resultados na distribuição da amostra em função do sexo

A explicitação da amostra em estudo em função do género, pelas variáveis faixa etária, grupo de atividade e toma regular de medicação é apresentada na tabela abaixo – tabela VI.

Na análise inferencial, verificou-se existir diferença estatisticamente significativa para a variável faixa etária ($p < 0,001$) sendo o grupo de elementos do sexo feminino com idade compreendida entre 36 a 65 anos, o mais prevalente na amostra [73 (62,9%) vs 24 (47,1%)]. Também se verificou diferença estatisticamente significativa para a variável grupo de atividade profissional ($p=0,015$), sendo o género feminino mais ativo que o masculino [77 (66,4%) vs 24 (47,1%)].

Para a variável toma regular de medicação não se verificou existir diferença estatisticamente significativa.

	Sexo			p
	Masculino	Feminino	Total	
Faixa etária				
Até 35 anos	5 (9,8%)	25 (21,6%)	30 (18%)	<0,001
Entre 36 a 65 anos	24 (47,1%)	73 (62,9%)	97 (58,1%)	
≥ 66 anos	22 (43,1%)	18 (15,5%)	40 (24,0%)	
Total	51 (100%)	116 (100%)	167 (100%)	
Grupo atividade				
Ativo	24 (47,1%)	77 (66,4%)	101 (60,5%)	0,015
Não ativo	27 (52,9%)	39 (33,6%)	66 (39,5%)	
Total	51 (100%)	116 (100%)	167 (100%)	
Medicação crónica				
Sim	36 (70,6%)	75 (64,7%)	111 (66,5%)	0,286
Não	15 (29,4%)	41 (35,3%)	56 (33,5%)	
Total	51 (100%)	116 (100%)	167 (100%)	

Tabela VI- Distribuição da amostra em função do sexo, para n= 167 utentes.

Estatística descritiva de centralidade dos resultados do JSPPE-VP

Na Tabela VII são mostrados os resultados em função da distribuição quartílica do valor obtido para este indicador. O valor médio global obtido com a JSPPE foi de 6,2 (desvio-padrão de 0,84). Verifica-se que um total de 65 elementos (32,5%) estão no ou acima do percentil 75. Por outro lado, 59 elementos (29,5%) encontram-se no ou abaixo do percentil 25.

Variável	Valor
Média±dp	6,2±0,84
Mediana	6,5
<i>Moda</i>	7
<i>Ic a 95%</i>	6,1 a 6,3
P≤25 [5,8] n (%)	59 (29,5)
P>25 e ≤50 [6,5] n (%)	41 (20,5)
P>50 e ≤75 [7] n (%)	35 (17,5)
P≥75 [7] n (%)	65 (32,5)

Tabela VII: Estatística descritiva de centralidade dos resultados do JSPPE-VP.

Classe de empatia por Percentil 75

Para maior aperto de qualidade e conhecimento exato da realidade, consideraram-se bons os resultados pertencentes ao percentil igual ou superior ao P75. Sendo assim, 67,1% dos inquiridos (n=112), encontram-se abaixo desse limiar, como se pode constatar na tabela VIII.

	n	%
≥P75 - Bom	55	32,9
<P75	112	67,1
Total	167	100

Tabela VIII- Classe de empatia por Percentil 75

Pontuações obtidas com a JSPPPE

As médias, medianas, desvio-padrão e intervalo de confiança a 95%, das pontuações obtidas com a JSPPPE, estão relatadas na tabela IX.

É de salientar o valor da média mais baixo, 5,9, obtido na pergunta *P2- Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária*, e o valor mais alto, 6,4, obtido nas perguntas *P1- Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)* e *P5- É um médico que me compreende*.

	Média	Mediana	Dp	IC a 95%
P1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo).	6,4	7	0,9	6,2 a 6,5
P2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	5,9	6	1,3	5,7 a 6,1
P3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	6,3	7	1,1	6,2 a 6,5
P4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	6,2	7	1,1	6,0 a 6,3
P5. É um médico que me compreende.	6,4	7	0,9	6,3 a 6,6

Tabela IX - Médias, medianas, desvio-padrão e intervalo de confiança a 95%, para n=167 utentes.

Resultados das respostas em valor absoluto e valor relativo para cada pergunta do JSPPE-PT

Na tabela X, é de notar que em todas as 5 perguntas, a pontuação mais atribuída pelos inquiridos foi a máxima – 7 pontos, seguida dos 6 pontos, e depois dos 5 pontos. De salientar ainda que a pergunta P3- *Parece preocupado acerca de mim e da minha família*, foi a que obteve um maior número de pontuações máximas, 65,3% (n=109). Por sua vez, a pergunta que obteve menos vezes a pontuação máxima foi a P2- *Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária*, 44,3% (n=74).

Resposta (n %)	1	2	3	4	5	6	7
Pergunta							
P1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)	0	2	0	5	19	41	100
	0	1,2	0	3	11,4	24,6	59,9
P2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.	1	2	3	20	25	42	74
	0,6	1,2	1,8	12	15	25,1	44,3
P3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família.	0	3	0	8	23	24	109
	0	1,8	0	4,8	13,8	14,4	65,3
P4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.	1	0	2	9	27	42	86
	0,6	0	1,2	5,4	16,2	25,1	51,5
P5. É um médico que me compreende.	0	0	2	5	19	36	105
	0	0	1,2	3	11,4	21,6	62,9

Tabela X- Resultados das respostas em valor absoluto e valor relativo para cada pergunta, para n=167 utentes.

Questionário MCP-PT

Resultados da aplicação do MCP-PT em função da descrição de medidas centrais e distribuição percentílica

Nas Tabela XI e XII são expostos os resultados em função da média, mediana, intervalo de confiança a 95% e distribuição percentílica.

A média global obtida com o MCP-PT foi de 2,42 (desvio-padrão de 0,12).

Um total de 122 utentes (61%) encontram-se no percentil igual ou superior a 50.

	Média±dp	Mediana	Ic a 95%	P25	P50	P75
MCP-PT	2,42±0,12	2,50	2,40 a 2,50	2,33	2,50	2,50

Tabela XI- Média, mediana, desvio padrão e intervalo de confiança a 95% e percentis.

Percentil	n (%)
< P25	50 (25,0)
P25 a P50	28 (14,0)
≥ P 50	122 (61,0)

Tabela XII: Distribuição percentílica.

Classe de MCP-PT por Percentil 75

Novamente, como se apresenta na tabela XIII, para maior aperto de qualidade e conhecimento exato da realidade, consideraram-se melhores os resultados pertencentes ao percentil igual ou superior ao P75. Sendo assim, 63,5% dos inquiridos (n=106), encontram-se acima desse limiar.

	n	%
≥P75 - Bom	106	63,5
<P75	61	36,5
Total	167	100

Tabela XIII- Classe de MCP-PT por Percentil 75

Parte 3

Caracterização geral dos que em simultâneo apresentam níveis baixos no JSPPPE e no MCP

A tabela XIV apresenta a caracterização geral dessa amostra, um total de 49 elementos, quanto à faixa etária, género, toma regular de medicação, grau de formação académica e atividade profissional.

A amostra é constituída por 75,5% (n=37) de indivíduos do sexo feminino. Por faixa etária 65,3% (n= 32) dos consulentes, tem uma idade compreendida entre os 36 e os 65 anos. Afirmam tomar medicação regularmente 79,6% (n=39) dos inquiridos. Quanto ao grau de formação académica, 8,2% (n=4) têm grau de formação académica baixo (sem escolaridade ou formação académica até ao 9ºano); 59,1% (n=29) dos utentes grau de formação académica média (entre o 9º e o 12º ano de escolaridade); e 32,7% (n=16) dos utentes grau de formação académica elevada (correspondente a ensino superior ou análogo). No que concerne à atividade profissional declaram estar ativos 61,2% (n= 20) dos inquiridos.

		N (%)
Faixa etária	≤ 35 anos	4 (8,2)
	Entre 36 a 65 anos	32 (65,3)
	Mais de 65 anos	13 (26,5)
Género	Masculino	12 (24,5)
	Feminino	37 (75,5)
Toma regular de medicação	Sim	39 (79,6)
	Não	10 (20,4)
Grau de Formação Académica	Baixo	4 (8,2)
	Médio	29 (59,1)
	Alto	16 (32,7)
Atividade profissional	Ativo	30 (61,2)
	Não ativo	19 (38,8)

Tabela XIV - Caracterização geral dos que em simultâneo apresentam níveis baixos nos questionários, JSPPPE e MCP, para um n=49 utentes.

Correlação de Pearson para a média do JSPPPE-VP e do MCP-PT

A correlação de Pearson encontrada e expressa na tabela XV, 0,610, verifica uma associação linear positiva entre os resultados obtidos com o JSPPPE-VP e os resultados obtidos com o MCP-PT.

		JSPPPE-VP	MCP-PT
JSPPPE-VP	Correlação de Pearson	1	0,610
	p		0,00
	n	167	167
MCP-PT	Correlação de Pearson	0,610	1
	p	0,00	
	n	167	167

Tabela XV- Correlação de Pearson para a média da JSPPPE-VP e do MCP-PT.

Discussão

Muito se tem falado acerca da empatia na consulta médica, mas na verdade existem muito poucos estudos e dados concretos acerca deste tema.

A cada vez maior utilização de meios complementares de diagnóstico e o permanente desenvolvimento das tecnologias podem levar, com frequência, a que o médico se distancie da interação com o doente. Por outro lado, cada vez mais, o médico é alvo de pressões provenientes de exigência de reduções dos custos, diminuição dos tempos de consulta, entre outras de natureza económica e organizacional.

A sábia máxima de Ambroise Paré que evoca “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre”, talvez demonstre de maneira palpável, os contornos da empatia. A relação médico-doente vai além do encontro situacional entre esses dois intérpretes, algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas. Estudos sugerem que a RMD mescla habilidades técnicas e pessoais. Reformas curriculares que reforcem positivamente o treino de habilidades voltadas para a consolidação da prática e a vivência de uma RMD salutar podem ter como alicerce a empatia.¹⁵

O presente estudo abordou pela primeira vez em Portugal a perceção da empatia por parte do próprio consulente, utilizando a escala JSPPPE. Teve como um dos principais objetivos o desenvolvimento de uma tradução portuguesa do questionário JSPPPE, dado que acerca deste instrumento não se conhecem publicações em Portugal.

A tradução do questionário JSPPPE e os posteriores procedimentos permitiram cumprir os passos necessários à validação da tradução linguística deste instrumento. O estudo foi autorizado pelo autor da escala (Anexo I). O outro instrumento utilizado, MCP-PT, foi já alvo de tradução e validação para português, segundo dados de autor.¹⁶

Relativamente ao pré-teste, não foram encontradas dificuldades na compreensão das 5 frases nomeadas. Contudo, a maioria dos utentes não compreendeu que teria de usar a escala de 1 a 7 para cada uma das frases nomeadas, e que teria de escrever o número correspondente no espaço que antecede a frase. A alternativa passou por colocar a escala de 1 a 7 por baixo de cada frase, como se pode constatar na versão final do questionário (Anexo V). A dificuldade foi deste modo ultrapassada, sendo esta a única alteração que se efetuou em relação ao questionário original. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 5 minutos, aproximadamente, sendo que, para os indivíduos com formação académica alta, o tempo médio foi menor, de cerca de 3 minutos.

Já na fase seguinte, no estudo de campo, sempre que indispensável a investigadora procedeu à leitura das questões e registo das respostas, com o objetivo de otimizar a população a abranger pelo estudo, particularmente a tentativa de colmatar a impossibilidade de leitura dos questionários por consulentes sem escolaridade, diminuição da acuidade visual, ou outras causas justificativas, bem como, evitar a existência de dados por preencher e perguntas por responder, e também diminuir o tempo de resposta pelo inquirido. Os critérios de aplicação do estudo excluíram utentes que recorreram às unidades de saúde em situação de urgência de forma a conseguir uma amostra populacional que pudesse ser o reflexo da relação médico-doente desenvolvida na referida unidade de saúde pelo médico de família. Foram também criteriosamente excluídos todos os utentes que independentemente da faixa etária, demonstraram incapacidade de compreensão de conceitos e expressão de opinião.

Nesta investigação foi colmatado o possível viés de informação ou comunicação, pois a realização do estudo não foi anteriormente comunicada aos consulentes da possibilidade de serem entrevistados. Os médicos também não foram informados da sua realização.

Admitem-se vieses de percepção, de memória e de intenção no preenchimento do questionário. Diversos fatores, aqui não estudados, como o tempo de espera para a efetivação da consulta, podem ter influenciado os resultados. Ainda a leitura e preenchimento dos questionários pela autora, em alguns casos, é um possível elemento causador de viés. Todavia apesar das limitações, os objetivos propostos foram cumpridos.

Neste estudo participaram 167 consulentes, cuja caracterização geral da amostra revelou uma maioria dos inquiridos do sexo feminino (69,5%), numa faixa etária entre os 36 e os 65 anos (58,1%), de formação académica baixa (50,3%), profissionalmente ativos (60,5%) e com toma regular de medicação (66,5%). Vale realçar, este último item, pela elevada percentagem que afirma tomar medicação regularmente. Contudo, é de apontar a limitação na análise a esta variável, já que não foram esclarecidas quais as justificações inerentes, e deste modo, numa amostra populacional maioritariamente do género feminino, com elementos em idade fértil, poderá fundamentar-se a toma de medicação crónica englobando tanto medicação para comorbilidades, como medicação anticoncepcional.

Na análise inferencial, foi possível observar diferença estatisticamente significativa para a variável faixa etária ($p < 0,001$) sendo o grupo de elementos do sexo feminino com idade compreendida entre 36 a 65 anos, o mais prevalente na amostra [73 (62,9%) vs 24 (47,1%)]. Também se verificou diferença estatisticamente significativa para a variável grupo de atividade profissional ($p=0,015$), sendo o género feminino mais ativo que o masculino [77 (66,4%) vs 24 (47,1%)].

Como limitação do estudo salienta-se o facto de este trabalho ter sido aplicado a uma amostra populacional de conveniência, ao invés de aleatória, tendo sido aplicado apenas a uma unidade de saúde.

Quanto à exploração da percepção da empatia pelos consulentes, apesar de estes usarem uma escala com grande variação de resposta (1 a 7), a média geral e de cada item foi alta, variando de 5,9 a 6,4. Sendo a escala JSPPPE unidimensional, um alto nível de consistência interna foi esperado e encontrado, como reflexo de um coeficiente alpha de cronbach de magnitude elevada.¹⁷

Por meio da aplicação futura da JSPPPE-VP no nosso país, a percepção da empatia pelos consulentes portugueses poderá ser comparada de maneira consistente, a nível nacional e internacional. Nacionalmente, a disseminação deste instrumento de avaliação a outros contextos fomentará a comparação do nível de empatia percecionado pelos consulentes, em Portugal.

A média global obtida com a JSPPPE foi de 6,2 (mediana= 6,5). Pode-se então concluir em jeito de resposta à questão colocada na introdução: “Como avaliam os consulentes a empatia na relação com os seus médicos?” que a avaliação é satisfatória, contudo, considerando-se melhores os resultados respeitantes ao percentil igual ou superior ao P75, para maior aperto de qualidade e conhecimento exato da realidade, apenas 32,9% (n=55) se encontram nesse nível.

Existem várias explicações para que os níveis de empatia não sejam tão altos.

Até há pouco tempo a educação no que respeita à empatia clínica ficou para trás relativamente a outras áreas da prática clínica. Assim sendo, muitos médicos não receberam educação suficiente para desenvolver ou melhorar as habilidades necessárias à MCP.¹⁸

É também possível que a empatia não seja adequadamente modelada, nem a sua aquisição adequadamente reforçada durante o processo de educação. Finalmente, a educação sistemática nesta área poderá ter-se desenvolvido lentamente porque a aquisição de competências nestes domínios foi considerada como uma intuição, em vez de um conjunto de habilidades que pode ser especificada, ensinada e instruída.¹⁸

A pergunta P2 do JSPPPE - *Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária*, obteve a menor pontuação média (5,9), numa ligeira discrepância em relação às restantes que não parece fácil de explicar.

À partida poderá prender-se com algumas das limitações do estudo. Contudo a investigadora pôde constatar que, na generalidade, este era um dos pontos em que os consulentes se mostraram mais insatisfeitos, podendo então aqui encontrar-se já um elemento que é necessário melhorar para que se estabeleça uma relação mais empática.

A ausência de um grupo de comparação introduz fragilidade metodológica, relembre-se contudo, a originalidade relativa deste estudo.

Na caracterização geral dos que apresentaram em simultâneo pontuações baixas, num total de 49 elementos, nos questionários JSPPPE e MCP, estes consulentes são predominantemente do sexo feminino (75,5%, n= 37) e com uma idade compreendida entre os 36 e os 65 anos (65,3%, n=32), tal como na amostra global, contudo, apenas 8,2% (n=4) têm formação académica baixa, o que pode indicar que uma menor formação estará também associada a uma menor exigência por parte dos consulentes.

Foi encontrada uma correlação linear positiva entre a pontuação obtida na JSPPPE e as respostas ao questionário MCP, de magnitude suficiente para motivar continuação de investigação das tendências encontradas.

Pode então pensar-se que a exploração da perceção do paciente sobre a empatia médica é um elemento chave para se melhorar a relação centrada na pessoa e, deste modo, a capacitação dos consulentes. Assim, quanto mais empática for a RMD, maior é a capacitação do consulente, cumprindo-se assim, outro dos objetivos deste trabalho.

A investigação futura para a verificação da generalização dos achados deve incluir uma amostra mais representativa, de diversas instituições. Para além disso torna-se pertinente aplicar esta escala em diferentes especialidades e cenários de prática médica.

Deverá ser tido em atenção que os pacientes que têm uma opinião positiva sobre os seus médicos estarão provavelmente mais inclinados, que outros, para responder a inquéritos sobre os médicos, particularmente quando esta opinião é formada durante um período relativamente longo de contacto com o seu médico. Isto pode gerar um viés de amostragem que pode limitar a generalização dos resultados.⁶

Este trabalho mostra, também, a necessidade de dar mais ênfase e tempo ao ensino da consulta empática na universidade, no ensino pós-graduado e na formação médica contínua.

Tal está em concordância com o estudo português, que visou contribuir para a validação da JSPE-S, cujos resultados apoiam a ideia de que é possível ensinar atitudes face à empatia. Neste estudo, a pontuação total da JSPE-S na sequência da frequência de uma disciplina de Psicologia médica, sugere ser possível desenvolver a empatia (ou pelo menos, melhorar as atitudes face à mesma).⁷ Outro estudo português, embora através de um questionário diferente, também avaliou a empatia na RMD, obtendo pontuações médias altas. Contudo, obteve uma associação peculiar, baixos níveis de formação foram correlacionados com baixos níveis de empatia, o que não se encontra de acordo com a maioria dos estudos na literatura,¹⁹ nem com o presente estudo.

Sendo o “clínico geral / médico de família” alguém com preocupações prioritárias a nível preventivo, se outras razões não houvesse, esta seria mais que do que suficiente para que na sua formação a aprendizagem de habilidades comunicacionais tivesse uma maior representatividade.²⁰

A qualidade da RMD tem vindo a ser reconhecida como crucial. Deste modo, torna-se urgente avaliar esta relação para que seja possível investir consistentemente nos aspetos identificados como pobres e reforçar os pontos fortes.

José Nunes refere que sendo as emoções indissociáveis de qualquer relação terapêutica, então é imprescindível conhecê-las para as poder moldar no sentido de minimizar as suas consequências quando negativas para a relação terapêutica ou de as potenciar quando positivas.²⁰

Na abordagem das emoções na consulta, deve-se ter em conta que o médico e o doente: Têm emoções na consulta; Expressam emoções durante uma consulta; Interpretam mutuamente a expressão das emoções; As emoções vividas na consulta afetam os resultados na mesma.

Realça-se também que é a associação entre perícias relacionais e informação que determinam a adesão terapêutica. Segundo este autor, a MCP tem precisamente o objetivo de lidar com a complexidade sem desprezar a lógica linear de explicação dos fenómenos, baseia a sua intervenção na compreensão de um doente como um todo, com as suas experiências e conhecimentos, numa tentativa de obter terreno de entendimento comum.²⁰

Destaca ainda a consulta, que, embora seja o ato mais universal e mais antigo na prestação de cuidados de saúde, é o de maior exigência técnica e de conhecimentos por parte do profissional, começando pelo conhecimento, mais profundo e mais difícil, o auto-conhecimento.²⁰

Realmente, o médico é antes de mais uma pessoa. Uma pessoa no seu contexto, com vivências únicas, com aspirações. Tem uma vida familiar e social, tal com as pessoas com quem e para quem trabalha. O mesmo acontece com o utente quer esteja doente quer esteja apenas em atividade preventiva.²¹

Vítor Ramos realça a importância da MCP e de se criar uma atmosfera de corresponsabilização, visto ser o doente quem vai, ou não, concordar, aderir e cumprir o plano terapêutico acordado,

salientado a importância da negociação e de se perceber as verdadeiras motivações, o que o doente sente capaz de fazer e de mudar. Destaca ainda que atualmente nos CSP, os processos de desenvolvimento pessoal e profissional contínuos estão intimamente ligados ao trabalho em grupos dos médicos de família, incluídos em equipas multiprofissionais, designadamente, as USF. Este progresso na organização potencia maior envolvimento, responsabilização, interações criativas e inovações a vários níveis.²¹

Conclusões

A versão portuguesa da JSPPPE preservou as dimensões utilizadas na construção da escala original, o que atesta a sua validade de constructo, permitindo assim a sua aplicação e participação em estudos nacionais e internacionais no futuro.

Concluiu-se que quanto mais empática for a relação médico-doente, maior será a capacitação do consulente.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por toda a disponibilidade, generosidade e orientação, fundamentais a este trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, pela co-orientação.

A todas as pessoas que aceitaram participar de forma anónima e desinteressada neste estudo.

A todos os profissionais de saúde e funcionários das USF que aceitaram colaborar com este estudo.

Aos meus pais Fátima e Jorge, e à minha irmã Beatriz por todo o ilimitado apoio e incentivo que incansavelmente me dão.

Às minhas amigas Catarina, Mariana e Vânia por todo o apoio e incentivo.

Referências Bibliográficas

1. McWhinney, Ian R. (1997). A textbook of family medicine. New York; Oxford University Press; second edition; Chapter 7; 104-128.
2. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croatian medical journal* 2007;48(1):81-86.
3. Hojat M. et al. (2007). Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. 1st ed. Springer; Chapter 1; 3-15.
4. Gusso G, Lopes JMC org. (2012). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed. Vol. I Seção II: 113-140.
5. Ogle, J., Bushnell, J. a, & Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47(8), 824–31.
6. Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1, 83–87.
7. Loureiro, J., Gonçalves-Pereira, M., Trancas, B., Caldas-De-Almeida, J. M., & Castro-Caldas, A. (2011). Empatia na relação médico-doente evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 431–442.
8. Dinesh, B., David, J., & Stewart, N. B. (2012). The Role of Empathy in Therapy and the Physician- Patient Relationship, 252–257.
9. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff H: Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in

- oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 2007;69:63–75.
10. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G: General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland – a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns* 2008; 73:240–245.
 11. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoelt T, Chewning B, Marchand L, Scheder J: Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns* 2011;85:390–397.
 12. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS: Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011;86:359–64.
 13. Steinhausen, S., Ommen, O., Thüm, S., Lefering, R., Koehler, T., Neugebauer, E., & Pfaff, H. (2014). Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 53–60.
 14. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review; 76–84.
 15. Azevedo, R., & Donizete da Costa, F. (2009). Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina : um Olhar Qualitativo, 34(2), 261–269
 16. Reis, Ana Filipa Pinho Pedro. Medicina Centrada no Paciente e Capacitação do Consulente em Medicina Geral e Familiar, Tese de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Setembro de 2014.
 17. Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A Brief Instrument to Measure Patients' Overall Satisfaction With Primary Care Physicians, 43(6).

18. Buckman, R., Tulskey, J. A., & Rodin, G. (2011). Analysis Empathic responses in clinical practice : Intuition or tuition ?, 183(5), 569–571.
19. Macedo, A., Cavadas, L. F., Sousa, M., Pires, P., Santos, J. A., & Machado, A. (2011). Empathy in Family Medicine, 527–532.
20. Nunes, José M. Mendes Lisboa, (2010). A comunicação em Contexto Clínico, 1–203.
21. Ramos, V. (2008). A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas.13-106.

Anexos

Anexo I - Pedido e autorização do autor da escala

With compliments,

Dear Professor Hojat:

I am a Professor at the Portuguese “Universidade da Beira Interior” in the Faculty of Medicine, where I teach General Practice for three years. As part of a curriculum renewal, medical empathy is now being taught.

We have come across the above with your "Jefferson Scale of Patient Perceptions".

The reason for this email is about our need to validate it into European Portuguese language so asking your permission as well as counseling in such work.

Should we be authorized we shall proceed with Portuguese translation by two fluent Portuguese and English doctors, then ask a set of sociologists, psychologists and family doctors to confirm that such translation is in line with the English one and then translate it to English by two different translators to verify semantic or sense differences.

We shall then proceed with the populational validation, applying it to a set of patients to perceive the time length of fulfilling, the difficulties in answering the questionnaire and then with the cronback alfa and component analysis.

We shall follow a strategy of using it in consultations to teach students and also in clinical setting to increase medical skills. Its use will also be made controlling its results with the PEI and the Patient Centered Medicine Scales.

Waiting for your approval and assistance

Luiz Miguel Santiago

MD, PhD

Dear Luiz:

A copy of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician empathy and a relevant article are attached. Good luck with your translation, Send me a copy of your translated version for our file. Jefferson will remain the copyright holder of any translated version and the Jefferson copyright sign must appear in copies of the translated version.

(-:

Hojat

Mohammadreza Hojat, Ph.D.

Research Professor of Psychiatry and Human Behavior

Director of Jefferson Longitudinal Study

Center for Research in Medical Education and Health Care

Jefferson Medical College, Curtis Building

1015 Walnut Street, 3rd Floor, Suite 320

Philadelphia, PA 19107, USA

**Anexo II- Questionário Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy -
Versão Original**

**Jefferson Scale of Patient Perceptions
of Physician Empathy**

Instructions: We would like to know the extent of your agreement or disagreement with *each* of the following statements *about your physician named below*. Please use the following 7-point scale and write your rating number from 1 to 7 on the underlined space before each statement (1 means that you Strongly Disagree, and 7 means you Strongly Agree with the statement, a higher number indicates more agreement).

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

Strongly Disagree

Strongly Agree

Dr.(Name of the physician in here)_____

1. Can view things from my perspective (see things as I see them).
 2. Asks about what is happening in my daily life.
 3. Seems concerned about me and my family
 4. Understands my emotions, feelings and concerns.
 5. Is an understanding doctor.
-

© Jefferson Medical College, 2001. All rights reserved.

Anexo III – Consentimento Informado

Caro Utente

Este questionário pretende estudar a qualidade da relação médico-doente na consulta.

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada na USF Topázio e no Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos. 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.

Ana Catarina e Silva Domingues

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra

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

Data:

Assinatura do participante:

Anexo IV – Questionário JSPPPE-VP

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. Ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu e o que respondeu. Pode não o preencher e pode mesmo parar o preenchimento a meio.

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	12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 3		
	9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> 2	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	Doméstica <input type="checkbox"/> 5		
	Comércio <input type="checkbox"/> 2	Desempregado <input type="checkbox"/> 6		
	Indústria <input type="checkbox"/> 3	Reformado <input type="checkbox"/> 7		
	Serviços <input type="checkbox"/> 4	Estudante <input type="checkbox"/> 8		

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 escrevendo o número com que mais se identifica para cada frase no espaço antes de 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 perspectiva (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**

Anexo V- Questionário JSPPPE-VP adaptado

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. Ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu e o que respondeu. Pode não o preencher e pode mesmo parar o preenchimento a meio.

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	12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 3	
	9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> 2	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	Doméstica <input type="checkbox"/> 5	
	Comércio <input type="checkbox"/> 2	Desempregado <input type="checkbox"/> 6	
	Indústria <input type="checkbox"/> 3	Reformado <input type="checkbox"/> 7	
	Serviços <input type="checkbox"/> 4	Estudante <input type="checkbox"/> 8	

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 perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)

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

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

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

3 - Parece preocupado acerca de mim e da minha família

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

4 - Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações

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

5 - É um médico que me compreende

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

Anexo VI- Questionário MCP-PT

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

Afirmção	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"/>

Anexo VII – Autorização da ARS do Centro



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

Exma. Senhora
Dra. Ana Catarina Silva Domingues

imsantiago@netcabo.pt

018687 '14 07-08 10:05

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "A empatia do médico e a capacitação dos consulentes".

Serve o presente para informar V. Ex.^a, 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 respectiva esfera e "bolsa referencial". Em cada edição há um de um assinante

AL

44/28

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Parecer favorável, mas sujeito ao envio da escala em causa e a explicitação metodologia - "amostra população de conveniência"</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Deliberado concordar com o presente parecer nas condições mencionadas</i></p> <p><i>14.07.08</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Fernando José Lopes de Almeida Vice-Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral Vogal,</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>ASSUNTO:</p>	<p>A empatia do médico e a capacitação dos consulentes - 34/2014</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Maria Augusta Mota Vogal,</p>
<p>Estudo descritivo que pretende fazer a validação da <i>Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy</i>, bem como de estudar diferenças na relação médico-consulente segundo variáveis individuais</p> <p>O relator</p> <p>Prof.Doutor Vitor Rodrigues</p> <p><i>[Signature]</i></p>	

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: A empatia do medico e a capacitação dos consulentes

Nº DO ESTUDO: 34/2014

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 23.05.2014

TIPO DE ESTUDO: estudo de validação de escala de relação médico-consulente

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS): Ana Catarina e Silva Domingues (Mestrado Integrado de Medicinas - FMUC)

ORIENTADOR(ES): Luiz Miguel Santiago (USF Topázio)

CENTROS ENVOLVIDOS:

USF Topázio, ACES Baixo Mondego

OBJECTIVOS DO ESTUDO:

1. Validação da *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

- Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro: sim
- Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras): sim
- Curriculum vitae da investigadora: não (enviado CV orientador)
- Documento específico da CES: sim
- Protocolo do Estudo: sim
- Cronograma/calendarização do estudo: sim
- Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer: custos a suportar pelo investigadores
- Promotor ou financiador do estudo: não
- Contrato financeiro/Orçamento: não se aplica
- Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável): não se aplica
- Consentimento informado: sim
- Declaração sobre a entrega de relatório final: sim (dissertação de mestrado)
- Anexos (identificá-los): Autorização da USF Topázio e CV orientador

APRECIÇÃO GERAL

(Tendo em conta também os documentos anteriores)

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

Trata-se de um estudo de validação da *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy*

PARECER FINAL

(Parecer Favorável ou Desfavorável ou Lista de Questões)

Parecer favorável, mas sujeito ao envio da escala em causa e a explicitação metodologia - "amostra população de conveniência"

DATA: 25 de Junho de 2014

RELATOR: Vitor Rodrigues

ASSINATURA:

Vitor Rodrigues
