



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**JOÃO PEDRO ROMUALDO AFONSO ROMANO**

***A EMPATIA MÉDICA E A CAPACITAÇÃO DO DOENTE NA  
CONSULTA***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA

MARÇO 2017



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# A EMPATIA MÉDICA E A CAPACITAÇÃO DO DOENTE NA CONSULTA

*PHYSICIAN EMPATHY AND PATIENT ENABLEMENT IN MEDICAL CONSULTATION*

JOÃO PEDRO ROMUALDO AFONSO ROMANO

*FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE COIMBRA, PORTUGAL*

**Endereço eletrónico: [jpedroromano@gmail.com](mailto:jpedroromano@gmail.com)**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

*PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO*

*PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA*

MARÇO DE 2017

*“This capacity for empathy leads to a genuine encounter – we have to progress toward this culture of encounter – in which heart speaks to heart...”*

***Papa Francisco***

*“Empathy is patiently and sincerely seeing the world through the other person's eyes.*

*It is not learned in school; it is cultivated over a lifetime.”*

***Albert Einstein***

# ÍNDICE

Índice.....	3
Abreviaturas.....	5
Resumo.....	6
Abstract.....	8
Palavras-Chave.....	10
Keywords.....	10
Introdução.....	11
Material e Métodos.....	14
Caracterização da Investigação.....	14
Questionários Aplicados.....	14
População e Amostra.....	14
Instrumento de colheita de dados.....	15
Critérios de Inclusão.....	16
Recolha de dados.....	17
Procedimentos prévios à recolha de dados.....	17
Variáveis.....	18
Análise estatística.....	18
Resultados.....	19
Caracterização da amostra.....	19
Comparação das características das amostras de 2014, 2015 e 2016 para o questionário JSPPPE-VP.....	20
Comparação dos resultados do JSPPPE-VP em 2014, 2015 e 2016: Estatística descritiva de centralidade e dinâmica de crescimento por pergunta.....	21

Evolução dos resultados do JSPPPE-VP e dos indicadores económicos da USF em 2014, 2015 e 2016 .....	23
Associação dos resultados do JSPPPE-VP com as características sociodemográficas dos consulentes .....	24
Comparação das características das amostras de 2014, 2015 e 2016 para o questionário PEI/ICC .....	25
Comparação dos resultados do PEI/ICC em 2014, 2015 e 2016: Estatística descritiva de centralidade e dinâmica de crescimento por pergunta .....	27
Associação dos resultados do PEI/ICC com as características sociodemográficas dos consulentes .....	28
Correlação entre JSPPPE-VP e PEI/ICC em 2016 .....	29
Discussão.....	30
Empatia médica percecionada pelos consulentes.....	30
Capacitação do consulente após a consulta .....	32
Correlação entre a empatia médica e a capacitação dos doentes .....	35
Limitações do estudo e prospeção futura.....	36
Conclusões .....	37
Agradecimentos.....	38
Referências bibliográficas .....	39
Anexos.....	42
Anexo I – Consentimento Informado .....	43
Anexo II – Questionário de informação relativa aos participantes .....	44
Anexo III – Questionário JSPPPE-VP adaptado .....	45
Anexo IV – Questionário PEI/ICC .....	46

# ABREVIATURAS

CAC – Capacitação Após Consulta

EMP – Empatia Médica Percecionada pelos consulentes

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

JSPPPE-VP – *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* - Versão Portuguesa

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCDT/U – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica prescritos por Utente

Med/U – Medicamentos faturados por Utente

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

PEI – *Patient Enablement Instrument*

PEI/ICC – *Patient Enablement Instrument*/Instrumento de Capacitação do Consulente

USF – Unidade de Saúde Familiar

# RESUMO

## INTRODUÇÃO

A **medicina centrada no doente** assume um papel muito importante na **Medicina Geral e Familiar**, sendo que o investimento na **relação médico-doente** pode levar a uma melhoria clínica. A **empatia**, como atributo cognitivo que envolve a compreensão do consulente e a capacidade para comunicar a intenção de ajudar, e a **capacitação**, enquanto grau de fortalecimento do doente após uma consulta, relativo à capacidade de lidar e compreender a sua doença, são dois conceitos que interessa estudar no sentido de melhorar a prestação de cuidados médicos.

## OBJETIVOS

Avaliar a evolução dos resultados da empatia e capacitação entre 2014 e 2016 e compará-la com a utilização de recursos de saúde; verificar quais as características do consulente potencialmente associadas aos dois conceitos; e investigar a correlação entre empatia e capacitação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional em 2016 numa amostra de 172 utentes de uma Unidade de Saúde Familiar com a aplicação de dois questionários: *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* - Versão Portuguesa (que mede a empatia) e *Patient Enablement Instrument/Instrumento de Capacitação do Consulente* (que mede a capacitação). Para ambos, utilizámos também dados dos dois anos anteriores.

## RESULTADOS

Entre 2014 e 2016 a empatia aumentou não significativamente ( $\Delta=+1,76\%$ ), à exceção das perguntas referentes à compreensão, por parte do médico, da perspectiva do consulente. Verificámos uma associação positiva entre doentes mais idosos ou cronicamente medicados com a perceção de empatia.

A capacitação também aumentou não significativamente ( $\Delta=+2,41\%$ ). O grupo etário, toma regular de medicação, grau de formação académica ou situação de atividade profissional do consulente mostraram associação com os resultados da capacitação.

A correlação de *Pearson* entre os resultados dos questionários foi positiva e significativa mas fraca (0,247).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os consulentes sentem cada vez mais que os seus problemas são compreendidos na sua perspectiva pelos médicos, ficando a faltar uma melhor exploração da vida diária. A empatia médica poderá estar relacionada com a despesa em métodos complementares de diagnóstico e terapêutica, fármacos e com o número de consultas por utente. Os nossos resultados indicam que ela poderá ser maior quanto maior é a longevidade de contacto.

Quanto à capacitação, é necessário que o médico averigue se os consulentes realmente percebem o que é discutido na consulta, principalmente com os mais idosos, com doença crónica, baixa formação académica ou não profissionalmente ativos, estimulando a sua participação no processo de decisão.

A correlação entre empatia e capacitação poderá ser influenciada pelos fatores acima referidos.



# ABSTRACT

## INTRODUCTION

**Patient-centered medicine** plays an important role in **Family Medicine**, hence investing in **doctor-patient relationship** has the potential to lead to a clinical improvement. Based on the previous idea, it is extremely relevant to focus on two key concepts in order to improve healthcare: **Empathy** - a cognitive attribute that involves an understanding of patients as well as the capacity to communicate that comprehension - and **Enablement** - the degree of empowerment felt by the patient after a medical consultation, in terms of being able to understand and cope with one's illness.

## OBJECTIVES

To evaluate the evolution of empathy and enablement between 2014 and 2016 and to compare such results with usage of healthcare resources; to investigate the association between patient characteristics and the two concepts; and to assess the correlation between empathy and enablement.

## MATERIAL AND METHODS

Observational study in 2016 with 172 patients of a Portuguese Primary Health Care Unit that completed the following questionnaires: *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy - Versão Portuguesa* (to measure empathy) and *Patient Enablement Instrument/Instrumento de Capacitação do Consulente* (to measure enablement). For both, we also used data from the two previous years.

## RESULTS

Between 2014 and 2016, empathy underwent a non-significant increase ( $\Delta=+1,76\%$ ), except for the questions that refer to physician's understanding of patient's perspective for which the increase was significant. We verify a positive association between elderly patients or chronically medicated ones with perception of empathy.

Enablement also underwent a not significant increase ( $\Delta=+2,41\%$ ). Patient's age, use of chronic medication, education levels or professional situation were associated with enablement outcomes.

*Pearson* correlation between outcomes of the two instruments was positive and statically significant, but weak (0,247).

## DISCUSSION AND CONCLUSION

Patients feel that their problems are better understood in their perspective by doctors. However the latter need to ask more about patient's daily life. Medical empathy may be related to expenses in methods of diagnosis and treatment, medication and number of consultation per patient. Our results show that the longer the contact lasts the higher empathy levels might be.

Concerning enablement, doctors need to guarantee patients understand everything that is discussed during consultation, especially the elderly and the ones with chronic disease, low academic qualifications or professionally inactive, in order to give patients an active voice in the decision process.

The correlation between empathy and enablement may be influenced by some sociodemographic characteristics of the patients.

# PALAVRAS-CHAVE

CAPACITAÇÃO

EMPATIA

MEDICINA CENTRADA NO DOENTE

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

# KEYWORDS

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

EMPATHY

ENABLEMENT

FAMILY MEDICINE

PATIENT-CENTERED MEDICINE

# INTRODUÇÃO

A **Medicina Geral e Familiar** (MGF), 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. Deste modo, é quando se dá o contacto com a MGF, maioritariamente na consulta, que a **medicina centrada no doente** assume a sua maior relevância: o ponto mais importante da consulta deve ser o consulente, que tem uma história da qual o seu médico de família (MF) faz parte, havendo lugar à partilha de experiências e preocupações. Assim, 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.<sup>1,2</sup>

O médico que investe mais tempo na melhoria da **relação médico-doente** e ouve os seus consulentes com atenção, não só os faz sentirem-se melhor, como aumenta a probabilidade de melhoria clínica independente da terapêutica.<sup>3,4</sup>

Neste sentido, a **empatia** assume relevância na relação médico-doente. 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”.<sup>5</sup> 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-doente e uma pior *performance* médica.<sup>5</sup>

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.<sup>3</sup> Embora haja poucos estudos relativamente à influência de fatores próprios do consulente na empatia médica percebida pelos consulentes (EMP), existem resultados a favor de uma correlação positiva entre o aumento da idade ou do grau de formação académica e uma maior EMP.<sup>6,7</sup>

De modo a avaliar a EMP, foi desenvolvido o *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE), instrumento validado e usado em estudos internacionais<sup>8,9</sup>. Para Portugal também foi traduzido e validado em 2014 (JSPPPE-VP), existindo resultados para 2014 e 2015.<sup>10,11</sup>

Outro conceito importante no âmbito da relação médico-doente 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”.<sup>12</sup> Uma melhor capacitação após consulta (CAC) tem sido relacionada com melhores resultados clínicos, podendo esta ser influenciada por diversos fatores, como a EMP, e outros inerentes ao próprio doente (idade, etnia, ansiedade, auto-perceção do seu estado de saúde) ou à consulta (duração e continuidade de cuidados).<sup>12-15</sup>

De forma a medir a CAC, foi desenvolvido o *Patient Enablement Instrument* (PEI), um instrumento validado e internacionalmente usado<sup>16,17</sup> que foi também traduzido e validado em Portugal (PEI/ICC), existindo resultados para 2014 e 2015.<sup>18-20</sup>

Pela importância, em MGF, dos dois conceitos, os objetivos deste trabalho são: analisar a evolução dos resultados obtidos entre 2014 e 2016 quanto à EMP e à CAC; comparar a evolução da EMP com o número médio de consultas por utente, a despesa de meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescrito por utente (MCDT/U) e a despesa de

medicamentos faturados por utente (MED/U) em cada ano; verificar quais as características próprias do consulente que podem estar associadas com a EMP e com a sua CAC; e, por fim, investigar, para os dados de 2016, a existência de correlação entre os dois conceitos avaliados no mesmo doente.

# MATERIAL E MÉTODOS

## CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Nesta investigação foi realizado um estudo observacional e transversal, numa amostra de utentes da USF Topázio, representativa do número médio de consultas realizadas anualmente na mesma, em ciclo de garantia de qualidade.

Neste estudo foi aplicado o questionário JSPPPE-VP e o questionário PEI/ICC. O entrevistador foi o investigador do projeto e os entrevistados os utentes que, no período da recolha de dados, se dirigiram à referida USF, até ter sido obtida a amostra desejada.

Foram utilizados ainda resultados de 2014 e 2015 relativos aos questionários JSPPPE-VP<sup>10,11</sup> e PEI/ICC<sup>19,20</sup> em conjunto com os resultados obtidos em 2016 para um estudo em ciclo de garantia de qualidade a três anos.

## QUESTIONÁRIOS APLICADOS

Foram utilizados os questionários JSPPPE-VP (*Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy – Versão Portuguesa*) e PEI/ICC (*Patient Enablement Instrument/Instrumento de Capacitação do Consulente*), ambos traduzidos e validados para a população portuguesa.<sup>10,18</sup>

## 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 7,5%, a população atendida na USF Topázio durante um ano, o que corresponde a cerca de 8000 utentes diferentes atendidos num ano. Foi determinado que a amostra deveria

ter, pelo menos 168 entrevistados.<sup>21</sup> Foi utilizada uma amostra de 172 indivíduos, utentes da USF Topázio.

As amostras utilizadas no estudo de 2014 e 2015 foram representativas, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 7,5%, da população atendida numa USF durante um ano.

No caso do JSPPPE-VP, todos os indivíduos da amostra eram utentes da USF Topázio, tendo sido utilizada uma amostra de 167 utentes em 2014 e uma amostra de 179 em 2015.

O questionário PEI/ICC foi aplicado em 2014 a 200 consulentes de três USF da Zona Centro de Portugal: Topázio (n=67), Rainha Santa (n=67) e Briosa (n=66). Em 2015 foi aplicado a 187 utentes de quatro USF em diversas zonas do país: Topázio (n=70) e Celas (n=40), ambas em Coimbra; São Julião (n=37) na Figueira da Foz; e Caniço (n=40) na Região Autónoma da Madeira.

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O questionário JSPPPE-VP (Anexo III) foi desenvolvido para medir a perceção dos doentes acerca da empatia dos seus médicos e já foi validado para a população portuguesa.<sup>10</sup> Este instrumento, que inclui cinco itens, foi adaptado<sup>10</sup> 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.



Neste trabalho iremos referir-nos a estas perguntas como E1, E2, E3, E4 ou E5 respetivamente. O resultado deste questionário foi obtido através da soma das pontuações das cinco questões seguida da divisão pelo número de itens.

Aplicámos ainda o questionário PEI/ICC (Anexo IV) também já traduzido e validado para a população portuguesa.<sup>18</sup> Este instrumento consiste em seis questões 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). Referir-nos-emos a essas questões como C1, C2, C3, C4, C5 ou C6 conforme a ordem do questionário. Para o estudo estatístico foi atribuído o valor numérico dois para as opções “Muito Melhor”/”Muito Mais”, um para “Melhor”/”Mais” e zero para “Igual ou pior”/”Igual ou menos”. O resultado do questionário foi obtido através da soma das pontuações das seis respostas seguida da divisão pelo número de itens.

Para cada utente recolhemos ainda dados sociodemográficos (faixa etária, género, grau de formação académica e atividade profissional) e quanto à toma de medicação regular (Anexo II).

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Neste estudo foram utilizados os dados fornecidos pelos consulentes que se dirigiram à USF Topázio no período da recolha de dados, que facultaram autorização para o preenchimento dos questionários, e que já tinham tido pelo menos uma consulta com o atual MF.

## RECOLHA DE DADOS

Os dados foram recolhidos entre julho e agosto de 2016.

O questionário foi aplicado nesse período aos utentes à saída da USF após a sua consulta de MGF nessa unidade. O entrevistador foi sempre o investigador do projeto, credenciado como estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, que informou os utentes do objetivo da investigação e do anonimato dos participantes, obtendo previamente o consentimento informado (Anexo I) por escrito de cada participante no estudo. O questionário foi posteriormente lido pelo entrevistador e respondido pelo participante.

Durante o período de aplicação dos questionários, nenhum médico ou utente foi informado da hora ou dia em que seriam realizadas as entrevistas.

Os dados de 2014 e 2015 foram recolhidos nas mesmas condições pelos respetivos investigadores dos projetos. Para o JSPPPE-VP a recolha de dados em 2014 foi durante os meses de agosto e setembro e em 2015 de julho a setembro. No caso do PEI/ICC em 2014 os dados foram recolhidos entre março e julho e em 2015 entre julho e setembro.

## PROCEDIMENTOS PRÉVIOS À RECOLHA DE DADOS

Tendo sido previamente dados pareceres positivos quanto a estudos para as escalas aqui usadas, assumiu-se o tácito parecer positivo. O orientador assumiu a função ética dada como encomenda pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A recolha de dados foi agendada de modo a que a população inquirida fosse a mais diversificada possível, incluindo diferentes faixas etárias e médicos de família.

## VARIÁVEIS

Neste estudo foram investigadas as seguintes características sociodemográficas<sup>i</sup>:

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

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi efetuado com o auxílio do *software* SPSS - *Statistical Package for the Social Science* (versão 23.0). Quando a distribuição não era normal foram utilizados os testes não-paramétricos *Mann-Whitney U* e *Kruskal-Wallis*. O teste  $\chi^2$  foi utilizado para variáveis nominais. Foi realizado também análise de correlação de *Pearson*. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$  e muito significativo o valor de  $p < 0,001$ .

Utilizámos métodos de estatística descritiva e análise inferencial.

---

<sup>i</sup> Apesar de a variável “toma regular de medicação” não constituir, em rigor, uma característica sociodemográfica. Por uma questão de parcimónia e por essa ser a única variável de natureza distinta das restantes, será doravante incluída, em conjunto com as outras variáveis em estudo, na designação global “características sociodemográficas”.

# RESULTADOS

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra utilizada foi de 172 utentes da USF Topázio, estando caracterizada na tabela 1. Apenas 25% destes têm uma idade até 35 anos, 30,2% superior ou igual a 66 anos e 44,8% têm entre 36 e 65 anos. Dos entrevistados 61,6% são do sexo feminino. Quanto à toma regular de medicamentos, 65,1% responderam terem hábitos farmacológicos crónicos. Da amostra estudada, 56,4% têm uma baixa formação académica e 54,7% da amostra não tem uma vida profissional ativa.

Variável	n (%)
<b>Grupo etário</b>	
Até 35 anos	43 (25%)
Entre 36 e 65 anos	77 (44,8%)
Maior ou igual a 66 anos	52 (30,2%)
<b>Género</b>	
Masculino	66 (38,4%)
Feminino	106 (61,6%)
<b>Toma regular de medicamentos</b>	
Sim	112 (65,1%)
Não	60 (34,9%)
<b>Grau de formação académica</b>	
Baixo	97 (56,4%)
Médio/Alto	75 (43,6%)
<b>Atividade profissional</b>	
Ativo	78 (45,3%)
Não ativo	94 (54,7%)

Tabela 1 - Características da amostra de 2016 (N=172) quanto ao grupo etário, género, toma regular de medicamentos, grau de formação académica e atividade profissional.

## COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS DE 2014, 2015 E 2016 PARA O QUESTIONÁRIO JSPPPE-VP

Em 2014 foi utilizada uma amostra de 167 utentes, em 2015 foram 179, enquanto em 2016 foi de 172, todos da USF Topázio. A tabela 2 apresenta a caracterização das amostras, comparando-as para cada uma das características sociodemográficas nos três anos.

Todas as amostras são constituídas, maioritariamente, por consulentes entre os 36 e 65 anos, do género feminino e que tomam medicação regularmente. No entanto, tanto na faixa etária como na toma regular de medicação há diferenças estatisticamente significativas nas amostras. Enquanto em 2014 os entrevistados tinham entre 36 e 65 anos em 57,7% dos casos, em 2015 e 2016, esse valor era menor que 50% (44,1% e 44,8% respetivamente). No entanto, em 2015 quase 35% dos utentes tinham menos de 36 anos, em oposição aos 18% de 2014 e aos 25% de 2016. Além disso, em 2014 e 2016 a percentagem de consulentes que tomava medicação regular era de 66,7% e de 65,1% respetivamente, enquanto no ano intermédio foi de apenas 53,1%.

Quanto ao grau de formação académica e à atividade profissional dos utentes, verificámos que há também uma diferença significativa entre as amostras. Em 2014, o número de utentes que responderam ao questionário JSPPPE-VP com baixo e médio/alto grau de formação académica foi praticamente o mesmo (50,3% contra 49,7%, respetivamente), em 2015 a maioria tinha um alto grau (63,1%) e em 2016 mais de 50% tinha um baixo grau (56,4%). Dos entrevistados em 2014 e 2015, a maioria era trabalhador ativo (60,7% e 59,8% respetivamente) ao contrário de 2016 em que 54,7% era não ativo profissionalmente.

		<b>n (%) 2014</b>	<b>n (%) 2015</b>	<b>n (%) 2016</b>	<b>p</b>
<b>Grupo etário</b>	Até 35 anos	30 (18,0%)	62 (34,6%)	43 (25,0%)	<b>0,016</b>
	Entre 36 e 65 anos	97 (58,1%)	79 (44,1%)	77 (44,8%)	
	Maior ou igual a 66 anos	40 (24,0%)	38 (21,2%)	52 (30,2%)	
<b>Gênero</b>	Masculino	51 (30,5%)	52 (29,1%)	66 (38,4%)	0,138
	Feminino	116(69,5%)	127 (70,9%)	106 (61,6%)	
<b>Toma regular de medicação</b>	Sim	111 (66,5%)	95 (53,1%)	112 (65,1%)	<b>0,018</b>
	Não	56 (33,5%)	84 (46,9%)	60 (34,9%)	
<b>Grau de Formação Acadêmica</b>	Baixo	84 (50,3%)	66 (36,9%)	97 (56,4%)	<b>0,001</b>
	Médio/Alto	83 (49,7%)	113 (63,1%)	75 (43,6%)	
<b>Atividade profissional</b>	Ativo	101 (60,5%)	107 (59,8%)	78 (45,3%)	<b>0,006</b>
	Não ativo	66 (39,5%)	72 (40,2%)	94 (54,7%)	

Tabela 2 - Comparação das características sociodemográficas das amostras para JSPPE-VP de 2014 (N=167), 2015 (N=179) e 2016 (N=172).

## COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO JSPPE-VP EM 2014, 2015 E 2016: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE CENTRALIDADE E DINÂMICA DE CRESCIMENTO POR PERGUNTA

Tanto a mediana (6,00) como a moda (7,00) dos resultados do questionário mantiveram-se constantes nos três anos.

A tabela 3 compara as médias com desvio padrão do resultado do JSPPE-VP assim como de cada pergunta para cada ano, apresentando ainda a respetiva dinâmica de crescimento. A média das respostas dadas ao questionário JSPPE-VP foi de 6,25 (desvio padrão de 0,83) em 2014, tendo diminuído 1,92% em 2015 para 6,13 (desvio padrão de 1,15). Em 2016 houve um

aumento de 3,75% correspondendo a uma média de 6,36 (desvio padrão de 0,90). A média de crescimento de 2014 a 2016 foi de 1,76%. Não houve uma diferença significativa nas médias dos três anos.

Analisando cada pergunta individualmente observamos que a pergunta com menor média foi sempre a E2. Pelo contrário, a pergunta E5 teve a melhor média em todos os anos, seguida da E1 que foi sempre a segunda melhor. Todas as perguntas mantiveram o caráter de crescimento da média do resultado do questionário.

Na média dos três anos, o maior crescimento foi registrado pela pergunta E1 com 2,66%, seguida das perguntas E2 e E5 com 2,36% e 2,34% respectivamente. Houve diferenças significativas entre as médias de E1 e E5 ao longo dos três anos.

	<b>Média±dp em 2014</b>	<b>Média±dp em 2015</b>	<b>Média±dp em 2016</b>	<b>p</b>	<b>Δ 2014- 2015 (%)</b>	<b>Δ 2015- 2016 (%)</b>	<b>Δ 2014- 2016 (%)</b>
<b>E1</b>	6,38±0,94	6,27±1,21	6,55±0,87	<b>0,024</b>	-1,72	4,47	2,66
<b>E2</b>	5,92±1,26	5,91±1,39	6,06±1,26	0,407	-0,17	2,54	2,36
<b>E3</b>	6,35±1,08	6,12±1,36	6,36±1,08	0,254	-3,62	3,92	0,16
<b>E4</b>	6,18±1,06	6,08±1,24	6,26±1,12	0,317	-1,62	2,96	1,29
<b>E5</b>	6,42±0,89	6,29±1,10	6,57±0,96	<b>0,003</b>	-2,02	4,45	2,34
<b>Resultado</b>	<b>6,25±0,83</b>	<b>6,13±1,15</b>	<b>6,36±0,90</b>	0,201	<b>-1,92</b>	<b>3,75</b>	<b>1,76</b>

Tabela 3 – Comparação da média com desvio padrão (dp) e dinâmica de crescimento (Δ) dos resultados do JSPPPE (Resultado) e resultados por pergunta (E1, E2, E3, E4, E5), em 2014, 2015 e 2016.

## EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DO JSPPE-VP E DOS INDICADORES ECONÓMICOS DA USF EM 2014, 2015 E 2016

Todas as amostras usadas para este questionário são representativas do número de utentes atendidos durante esse ano na USF Topázio, pelo que se comparou os resultados obtidos com alguns indicadores económicos da referida USF.

A tabela 4 agrupa os dados em 2014, 2015 e 2016 relativos à despesa em meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescrito por utente (MCDT/U), a despesa de medicamentos faturados por utente (MED/U), a média de consultas por utente e a média dos resultados do JSPPE-VP, assim como o seu crescimento nos referidos anos.

No global dos três anos houve um crescimento dos resultados do questionário, apesar de não significativo, assim como da despesa em MCDT/U. Por outro lado houve uma diminuição da despesa de MED/U (13,98%) e assim como uma diminuição do número médio de consultas por utente (5,57%).

	<b>Média em 2014</b>	<b>Média em 2015</b>	<b>Média em 2016</b>	<b>Δ 2014- 2015 (%)</b>	<b>Δ 2015- 2016 (%)</b>	<b>Δ 2014- 2016 (%)</b>
<b>Empatia</b>	6,25	6,13	6,36	-1,92	3,75	<b>1,76</b>
<b>MCDT/U</b>	40	44,6	55,3	11,50	23,99	<b>38,25</b>
<b>MED/U</b>	186,7	163	160,6	-12,69	-1,47	<b>-13,98</b>
<b>Consultas/U</b>	2,87	2,70	2,71	-5,92	0,37	<b>-5,57</b>

Tabela 4 - Média e dinâmica de crescimento ( $\Delta$ ) dos resultados do JSPPE-VP (Empatia), da despesa em MCDT por utente (MCDT/U) em euros, da despesa em medicamentos faturados por utente (MED/U) em euros e número de consultas por utente (Consultas/U) em 2014, 2015 e 2016.



## ASSOCIAÇÃO DOS RESULTADOS DO JSPPE-VP COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS CONSULENTES

Analisando a associação entre os resultados do questionário JSPPE-VP com as características sociodemográficas (Tabela 5), verificamos que apenas há uma diferença significativa na média das perguntas para o grupo etário e para a toma regular de medicação. Assim, para os consulentes com uma idade maior ou igual a 66 anos a média do questionário é significativamente maior assim como para os que tomam medicamentos regularmente.

Variável	2014 a 2016	
	Média	p
<b>Grupo etário</b>		
Até 35 anos	6,07±1,11	<b>0,009</b>
Entre 36 e 65 anos	6,25±0,98	
Maior ou igual a 66 anos	6,41±0,78	
<b>Género</b>		
Masculino	6,29±0,89	0,869
Feminino	6,22±1,02	
<b>Toma regular de medicamentos</b>		
Sim	6,30±0,95	<b>0,017</b>
Não	6,16±1,01	
<b>Grau de formação académica</b>		
Baixo	6,33±0,87	0,107
Médio/Alto	6,17±1,06	
<b>Atividade profissional</b>		
Ativo	6,22±1,01	0,355
Não ativo	6,28±0,94	

Tabela 5 – Associação entre a média dos resultados do JSPPE-VP de 2014 a 2016 (N=518) com as características sociodemográficas.

## COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS DE 2014, 2015 E 2016 PARA O QUESTIONÁRIO PEI/ICC

O questionário PEI/ICC foi aplicado em 2014 a 200 consulentes de 3 USF (Topázio, Rainha Santa e Briososa), em 2015 a 187 utentes de 4 USF (Topázio, Celas, São Julião e Caniço) e em 2016 a 172 utentes da USF Topázio. A tabela 6 compara as características sociodemográficas dos utentes dessas amostras.

Em todos os anos a amostra foi predominantemente constituída por indivíduos entre os 36 e 65 anos, do género feminino e cronicamente medicados. No ano de 2014 o grau académico com maior expressão foi o médio/alto (51%), assim como 2015 (para n=162; 51,2%), enquanto em 2016 foi o baixo (56,4%). Em 2014 não foram recolhidas informações relativamente à atividade profissional dos inquiridos, sendo que tanto em 2015 como em 2016 a maioria era não ativo (64,2% e 54,7% respetivamente). Para nenhuma das variáveis estudadas houve uma diferença significativa entre as amostras.

		<b>n (%) 2014</b>	<b>n (%) 2015</b>	<b>n (%) 2016</b>	<b>p</b>
<b>Grupo etário</b>	Até 35 anos	44 (22%)	63 (33,7%)	43 (25%)	0,211
	Entre 36 e 65 anos	92 (46%)	68 (36,4%)	77 (44,8%)	
	Mais de 65 anos	64 (32%)	56 (29,9%)	52 (30,2%)	
<b>Gênero</b>	Masculino	74 (37%)	62 (33,2%)	66 (38,4%)	0,561
	Feminino	126 (63%)	125 (66,8%)	106 (61,6%)	
<b>Toma regular de medicação</b>	Sim	133 (66,5%)	114 (61,0%)	112 (65,1%)	0,503
	Não	67 (33,5%)	73 (39,0%)	60 (34,9%)	
<b>Grau de</b>			n=162		
<b>Formação Acadêmica</b>	Baixo	98 (49%)	79 (48,8%)	97 (56,4%)	0,269
	Médio/Alto	102 (51%)	83 (51,2%)	75 (43,6%)	
<b>Atividade profissional</b>	Ativo	Sem	67 (35,8%)	78 (45,3%)	0,066
	Não ativo	informações	120 (64,2%)	94 (54,7%)	

Tabela 6 – Comparação das características das amostras para PEI/ICC de 2014 (N=200), 2015 (N=187) e 2016 (N=172) quanto ao grupo etário, gênero, toma regular de medicamentos, grau de formação acadêmica (em 2015 apenas para n=162) e atividade profissional (apenas para 2015 e 2016).

# COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DO PEI/ICC EM 2014, 2015 E 2016: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE CENTRALIDADE E DINÂMICA DE CRESCIMENTO POR PERGUNTA

Nos três anos, a mediana foi de 0,83 e a moda foi de 1,00.

A tabela 7 apresenta a média com desvio padrão e a dinâmica de crescimento dos resultados do questionário PEI/ICC assim como de cada pergunta por ano. Em 2014 a média do PEI/ICC foi de 0,83 (desvio padrão de 0,56) tendo em 2015 verificado uma diminuição de 4,82%, sendo a média de 0,79 (desvio padrão de 0,53). No entanto, em 2016 verificou-se um aumento de 7,59%, pelo que a média foi a maior dos três anos, sendo de 0,85 (desvio padrão de 0,57). O crescimento da média de 2014 a 2016 foi de 2,41% mas a diferença das médias dos três anos não foi estatisticamente significativa ( $p=0,536$ ).

A pergunta com melhor média variou nos três anos: em 2014 foi a C6 ( $0,91\pm 0,66$ ), em 2015 por sua vez foi a C4 ( $0,88\pm 0,62$ ) enquanto em 2016 foi a C2 ( $0,92\pm 0,72$ ). Esta última (pergunta C2) tinha sido a pergunta com pior média no ano anterior (2015). Nos outros dois anos (2014 e 2016) a pergunta com pior média foi a C1, sendo que em 2015 foi a segunda pior.

De 2014 para 2015 a pergunta com maior variação foi C2 com uma diminuição de 15,48%. Também de 2015 para 2016 foi esta a pergunta que registou maior variação com um aumento de 29,58%.

No geral dos três anos, foi C2 a verificar o maior aumento (9,52%), sendo a variação de C2 a única estatisticamente significativa ( $p=0,014$ ). As perguntas C3, C4 e C6 contrariaram o sinal de variação da média das respostas e diminuíram, tendo sido C3 a pergunta com maior descida (5,95%).

	Média±dp em 2014	Média±dp em 2015	Média±dp em 2016	p	Δ 2014- 2015 (%)	Δ 2015- 2016 (%)	Δ 2014- 2016 (%)
<b>C1</b>	0,72±0,61	0,75±0,64	0,75±0,63	0,854	4,17	0,00	4,17
<b>C2</b>	0,84±0,66	0,71±0,67	0,92±0,72	<b>0,014</b>	-15,48	29,58	9,52
<b>C3</b>	0,84±0,65	0,76±0,68	0,79±0,71	0,435	-9,52	3,95	-5,95
<b>C4</b>	0,86±0,64	0,88±0,62	0,85±0,72	0,887	2,33	-3,41	-1,16
<b>C5</b>	0,84±0,70	0,82±0,65	0,87±0,71	0,818	-2,38	6,10	3,57
<b>C6</b>	0,91±0,66	0,87±0,69	0,90±0,71	0,788	-4,40	3,45	-1,10
<b>Resultado</b>	<b>0,83±0,56</b>	<b>0,79±0,53</b>	<b>0,85±0,57</b>	0,536	<b>-4,82</b>	<b>7,59</b>	<b>2,41</b>

Tabela 7 - Média com desvio padrão (dp) e dinâmica de crescimento (Δ) dos resultados do PEI/ICC (Resultado) e resultados por pergunta (C1, C2, C3, C4, C5, C6), em 2014, 2015 e 2016.

## ASSOCIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PEI/ICC COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS CONSULENTES

A tabela 8 mostra a associação entre a média dos resultados do PEI/ICC com as variáveis em estudo. Verificamos que há uma diferença estaticamente muito significativa para as variáveis grupo etário, grau de formação acadêmica e atividade profissional. Também é estatisticamente significativo a diferença na variável toma regular de medicação.

A média do questionário é assim significativamente menor em consulentes com idade maior ou igual a 66 anos, naqueles que tomam medicação regular, nos com baixo grau de formação acadêmica e ainda nos consulentes que são profissionalmente inativos.

Variável	2014 a 2016	
	Média	p
<b>Grupo etário</b>		
Até 35 anos	0,83±0,55	
Entre 36 e 65 anos	0,95±0,56	<b>&lt;0,001</b>
Maior ou igual a 66 anos	0,66±0,49	
<b>Gênero</b>		
Masculino	0,89±0,54	0,310
Feminino	0,79±0,56	
<b>Toma regular de medicamentos</b>		
Sim	0,81±0,54	<b>0,044</b>
Não	0,87±0,58	
<b>Grau de formação acadêmica</b>		
Baixo	0,72±0,48	<b>&lt;0,001</b>
Médio/Alto	0,95±0,60	
<b>Atividade profissional</b>		
Ativo	0,95±0,58	<b>&lt;0,001</b>
Não ativo	0,73±0,51	

Tabela 8 - Associação entre a média dos resultados do PEI/ICC de 2014 a 2016 (N=559) com as características sociodemográficas (variáveis): grupo etário, gênero, toma regular de medicamentos, grau de formação acadêmica (n=534) e atividade profissional (n=359)

## CORRELAÇÃO ENTRE JSPPE-VP E PEI/ICC EM 2016

A correlação de *Pearson* entre os dois questionários usados neste trabalho, para a amostra de 2016 é de 0,247 sendo significativa ( $p < 0,05$ ) e positiva mas fraca (Tabela 9).

		Média do questionário PEI/ICC
Média do questionário JSPPE-VP	Correlação de <i>Pearson</i>	0,247
	Sig. (bilateral)	0,001

Tabela 9 - Correlação de *Pearson* entre JSPPE-VP e PEI/ICC para 2016.

# DISCUSSÃO

## EMPATIA MÉDICA PERCECIONADA PELOS CONSULENTES

Apesar de os estudos terem sido feitos na mesma USF, verificámos que a amostra de 2015 era mais jovem, mais literada e incluía menos pessoas a fazer medicação crónica relativamente às outras duas, e a de 2016 era, em comparação, mais profissionalmente inativa. Estas diferenças, que poderão ser causadas pela dimensão relativamente pequena das amostras, poderão influenciar a média do questionário, como discutiremos adiante.

Entre 2014 e 2016, a média do JSPPPE-VP não variou significativamente, apesar de ter aumentado. Porém, verificámos um aumento significativo da média de E1 (“Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)”) e E5 (“É um médico que me compreende”), sendo estas as duas questões com melhor média em todos os anos e a primeira aquela em cujo resultado averiguámos o maior aumento. Tendo em conta a semelhança semântica dos dois itens, podemos inferir que, se os médicos melhorarem a sua capacidade de compreensão dos problemas na ótica dos doentes, e o comunicarem de maneira adequada, os doentes vão sentir que o médico os compreende melhor. Parece assim que os médicos têm tentado cada vez mais “pôr-se na pele dos doentes” de forma a compreenderem corretamente os seus problemas e têm transmitido isso aos seus consulentes. Por outro lado, a questão “Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária” (E2) foi, sistematicamente, aquela que teve pior média. Poderemos justificar este resultado com uma possível não aplicação completa do modelo de medicina centrada no doente, sendo que se privilegia a exploração do problema que motiva a consulta e não todo o contexto do doente, nomeadamente o quotidiano. Também a profundidade desta abordagem pode justificar este resultado, sendo que as perguntas sobre o dia-a-dia em todas as consultas exigem mais exploração e tempo despendido da parte do médico. De qualquer modo, verificou-se um

aumento dos resultados desta pergunta, o que poderá significar um esforço cada vez maior dos médicos para perguntar sobre esta temática no seu contacto com os consulentes.

Esta dinâmica de crescimento reportada é também interessante para comparar com a variação dos dados económicos. Nesta investigação verificámos que, aos longos dos três anos, os consulentes consideraram que os médicos tinham sido crescentemente mais empáticos (embora com uma diferença não significativa), havendo uma despesa em MCDT/U maior, mas uma despesa em MED/U menor e com uma média de consultas anual por utente menor. As limitações deste estudo, nomeadamente a dimensão da amostra e a não consideração da variação dos preços dos MCDT e dos medicamentos, não nos permitem tirar conclusões concretas e definitivas, mas dão-nos uma ideia e traçam-nos um caminho no sentido de que médicos mais empáticos poderão prescrever mais MCDT por compreenderem melhor as preocupações dos utentes, mas prescrever menos medicamentos através de uma melhor perceção do quotidiano do doente e do modo como este pode modificar o seu estilo de vida, privilegiando assim as medidas não-farmacológicas sobre as farmacológicas. Por outro lado, verificamos que uma melhor EMP poderá levar a uma redução das consultas anuais por utente. Esta observação poderá ser justificada pela perceção do doente de que o médico compreendeu corretamente as suas preocupações e a sua perspetiva, pelo que não necessita de voltar por não ter sido completamente compreendido da primeira vez. Mais estudos serão necessários para perceber exatamente de que modo a EMP poderá significar uma mais eficiente utilização dos recursos de saúde, permitindo um maior número de utentes diferentes atendidos por médico e uma despesa menor em terapêutica farmacológica. Deverá também ser melhor estudado de que modo a EMP tem uma relação com a prescrição de MCDT e se existe, de facto, um benefício neste aumento concordante.

Através da análise conjunta das três amostras utilizadas neste estudo relativas ao período de 2014 a 2016, 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 66 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 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. Por outro lado, o facto de estes doentes terem normalmente patologias crónicas leva a uma exploração mais aprofundada por parte dos médicos da vida diária e preocupações dos consulentes de modo a ajustar as terapêuticas farmacológica e não-farmacológicas de forma adequada. A corroborar estas hipóteses observamos que todas as perguntas do questionário tiveram uma dinâmica de crescimento negativa de 2014 para 2015 (é de notar que a amostra de 2015 é mais jovem e tem menos pessoas a fazer medicação crónica).

## CAPACITAÇÃO DO CONSULENTE APÓS A CONSULTA

Nesta investigação, o questionário PEI/ICC foi aplicado nos três anos em diferentes USF, sendo que não houve diferenças significativas entre as características das amostras.

Numa escala de 0 a 2, a mediana foi sempre de 0,83, o que demonstra que mais de 50% da média das respostas se situa entre o “Igual ou pior/menos” e “Melhor/Mais”. 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” (C2) e “Capaz de lidar com a sua doença” (C3), não permite uma adequada resposta a consulentes saudáveis que apenas foram ao seu MF para uma consulta de rotina.

De 2014 para 2016 a média do PEI/ICC aumentou não significativamente. Apenas se verificou uma diferença com relevância estatística para C2 (“Capaz de compreender a sua doença”), que diminuiu em 2015 (15,48%) e voltou a aumentar em 2016 (29,58%), variação que poderá ser explicada pelos locais onde o questionário foi aplicado: enquanto em 2014 e 2016 foi apenas na cidade de Coimbra, em 2015 incluiu outras áreas do país, onde o acesso à informação poderá ser mais limitado, levando a uma maior dificuldade por parte do consulente de adquirir a referida compreensão. A pergunta “Capaz de lidar com a vida” (C1) foi a que teve pior média em 2014 e 2016, e em 2015 foi a segunda pior, tendo a pior sido nesse ano a C2, acima discutida. Apesar de a ambiguidade da própria pergunta (C1) poder justificar, em parte, os resultados, o facto de ela ser a que mais se encontra dentro da esfera da medicina centrada no doente, em oposição ao modelo biomédico, pode ser a chave determinante. A questão remete-nos para a necessidade de integrar, na consulta, a vida do doente como um todo, não apenas focalizando-nos no problema que o traz à consulta. As perguntas “Capaz de se ajudar a si próprio” (C6) e “Capaz de se manter saudável” (C4) foram as que apresentaram melhores resultados em 2014 e 2015, respetivamente. A semelhança entre as questões, indicando a melhoria da capacidade do doente se auto-ajudar de modo a manter a sua saúde, pode explicar, em parte, o facto de os resultados serem idênticos. Além disso, pode também significar que na consulta os doentes esclarecem as dúvidas relativas ao modo como podem resolver e evitar os problemas que trazem à unidade de saúde. Ainda noutra perspetiva, comparando estas (C4 e C6) com as outras três perguntas (sem incluir C1, já discutida em cima), repararmos que todas as outras incluem mais fatores da própria doença: “Capaz de compreender a sua doença” (C2), “Capaz de lidar com a sua doença” (C3) e

“Confiante em relação à sua saúde” (C5), pelo que nestas o impacto da consulta no consulente poderá ser menor por não haver uma modificação imediatamente visível no curso da doença.

Em linha com estudos já realizados sobre a relação da CAC com fatores específicos do consulente noutros países<sup>12-14</sup>, a análise das três amostras para o PEI/ICC de 2014 a 2016, em conjunto, revelou a influência do grupo etário, grau de formação académica e atividade profissional, e ainda da toma regular de medicamentos. Dentro dessas características sociodemográficas, a média obtida foi menor para consulentes com idade igual ou superior a 66 anos, para os que tomam regularmente medicamentos, para aqueles com baixo grau de formação académica e ainda para os que não são profissionalmente ativos. Estes dados não surpreendem, e poderão ser explicados pela maior incidência de doenças crónicas e multimorbilidade em idosos. Por um lado, 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. Por outro lado 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. Do mesmo modo, utentes não profissionalmente ativo são representados maioritariamente por utentes na faixa etária mencionada, ou reformados precocemente por doença crónica o que justifica os resultados obtidos. Além disso, doentes ativos a nível profissional normalmente mantêm um estilo de vida mais ocupado, estando mais confiantes em relação à sua vida, 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 MF perceber se o consulente 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.

## CORRELAÇÃO ENTRE A EMPATIA MÉDICA E A CAPACITAÇÃO DOS DOENTES

Diversas investigações têm demonstrado que existe um importante efeito positivo da EMP sobre a capacitação dos doentes.<sup>12,14,15</sup> Em Portugal ainda não foi evidenciada de modo claro a importante relação entre os dois conceitos.<sup>19</sup> Para os dados da amostra de 2016, constituída por utentes da mesma USF que realizaram tanto o questionário JSPPPE-VP como o PEI/ICC, o resultado da correlação foi estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) e positivo, mas a correlação obtida foi fraca (correlação de *Pearson* = 0,247), pelo que não é possível demonstrar que há, de facto, uma melhoria da capacitação do consulente após a consulta quando é percecionada uma maior empatia médica por esse consulente. Uma possibilidade para esta baixa correlação é a influência que outros fatores têm sobre os dois conceitos. Como verificamos neste estudo, fatores do próprio doente, nomeadamente a idade ou a toma regular de medicamentos, permitem-nos associar uma perceção mais empática do seu médico a uma faixa etária superior ou à toma regular de medicamentos enquanto 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-doente há mais tempo também terá influência.<sup>12-15</sup>

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROSPEÇÃO FUTURA

Este trabalho junta dados de três anos consecutivos<sup>10,11,19,20</sup> para analisar a evolução dos questionários JSPPPE-VP e PEI/ICC e relacionar os resultados obtidos. No caso do primeiro, conclui-se, neste trabalho, um ciclo de investigação na USF Topázio, com resultados que foram comparados com indicadores económicos da própria USF. Relativamente ao segundo, através do trabalho de outras duas investigadoras<sup>19,20</sup>, pode agrupar-se dados de três anos relativos à aplicação do PEI/ICC em várias USF do país. Não deixa, no entanto, de ser relevante melhorar os estudos até agora realizados, com amostras de dimensões maiores e com períodos de recolha de dados mais extensos, que permitam diminuir a margem de erro e abrangendo um número maior de USF em todo o território nacional.

Nesta investigação, tanto a realizada pelo autor em 2016, como nos anos anteriores pelos respetivos investigadores, tentou-se evitar o viés de informação, não tendo sido para isso informado o local e horário da realização dos questionários. De qualquer forma não é excluída a presença de vieses, nomeadamente de perceção, de memória, do entrevistador ou mesmo de desejabilidade social. No entanto, apesar das limitações os objetivos foram cumpridos.

# CONCLUSÕES

A investigação realizada permite assim concluir que existiu uma evolução positiva mas não significativa tanto quando à EMP (medida pelo JSPPPE-VP) ao longo de três anos (2014 a 2015). Uma possível relação desta evolução com a variação de indicadores económicos precisa de ser melhor estudada, observando-se um aumento de despesa em MCDT/U, e uma diminuição da despesa em MED/U assim como uma menor média de consultas anual por utente. Fatores próprios do doente, nomeadamente a faixa etária e a toma regular de medicamentos podem estar relacionados com a EMP.

Relativamente à CAC (medida pelo PEI/ICC) ao longo dos mesmos três anos verificou-se também uma evolução não significativa e positiva. Os resultados também têm relação com fatores próprios do doente, incluindo a faixa etária, toma regular de medicamentos, grau de formação académica e atividade profissional.

Para os dados de 2016, este trabalho apurou uma correlação fraca mas significativa e positiva entre os resultados dos dois questionários.

# AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por todas as discussões e orientações.

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva pela co-orientação.

A todos os utentes que voluntária e anonimamente aceitaram participar neste estudo.

A todos os profissionais de saúde e funcionários da USF Topázio sempre prontos a ajudar e a colaborar nesta investigação.

Aos meus pais Fernanda e Pedro e à minha irmã Manuela pela força de não deixar de lutar.

À Carolina por toda a sua empatia.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 EURACT. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, Versão Reduzida. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 511–6.
- 2 Ramos V. *A Consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas.* 2008.
- 3 Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci* 2014; 8: 457.
- 4 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.
- 5 Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg G a et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009; 84: 1182–1191.
- 6 Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27: 527–532.
- 7 Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract* 2005; 22: 328–334.
- 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: 81–6.
- 9 Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and



- compliance. *Int J Med Educ* 2010; 1: 83–87.
- 10 Domingues AC. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes. Tese de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2015.
  - 11 Guerra J. A empatia na consulta. Tese de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2016.
  - 12 Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS, Watt GCM. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 6.
  - 13 Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738–743.
  - 14 Ozvacić Adzić Z, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovecki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J* 2008; 49: 813–23.
  - 15 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.
  - 16 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.
  - 17 McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. *Fam Pract* 2006; 23: 240–245.

- 18 Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument Portuguese Translation of the Patient Enablement Instrument. 2013; 2013: 18–22.
- 19 Reis AFPP. 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. 2014.
- 20 Correia ALF de S. A Empatia e a Capacitação do consulente em Medicina Geral e Familiar. Tese de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2015.
- 21 SANTOS GE de O. Cálculo amostral: calculadora on-line.  
<http://www.calculoamostral.vai.la> (acedido a 16 de abril de 2016).

# ANEXOS

## ANEXO I – 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 Topázio. 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.

João Pedro Romualdo Afonso Romano

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



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÃO RELATIVA AOS PARTICIPANTES

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

## ANEXO III – QUESTIONÁRIO JSPPE-VP ADAPTADO

### 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 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 IV – QUESTIONÁRIO PEI/ICC

### Questionário PEI/ICC

Como um resultado da sua consulta com o médico **hoje**, sente que está:

	<b>Muito melhor</b>	<b>Melhor</b>	<b>Igual ou pior</b>
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"/>
	<b>Muito mais</b>	<b>Mais</b>	<b>Igual ou menos</b>
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"/>