



FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

JOSEFA FERREIRA GUERRA

**THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND THE  
SATISFACTION ON CONSULTATION IN GENERAL AND  
FAMILY MEDICINE**

A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE E A SATISFAÇÃO EM CONTEXTO DE  
CONSULTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

*Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada  
pelo Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e pelo Professor Doutor  
Pedro Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra*

JULHO/2023

# **THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP AND THE SATISFACTION ON CONSULTATION IN GENERAL AND FAMILY MEDICINE**

**A RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE E A SATISFAÇÃO EM CONTEXTO DE  
CONSULTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**Author:** Josefa Ferreira Guerra

**Filiation:** Faculty of Economy, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Electronic Mail Address:** josefaguerra99@gmail.com

**Co-adviser:** Pedro Lopes Ferreira

**Filiation:** Faculty of Economy, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Electronic Mail Address:** pedrof@fe.uc.pt

**Adviser:** Luiz Miguel Santiago

**Filiation:** Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Electronic Mail Address:** lmsantiago@netcabo.pt



## **ACKNOWLEDGEMENTS**

I would like to express my gratitude to my adviser Professor Luiz Miguel Santiago and my co-adviser Professor Pedro Lopes Ferreira for the guidance and support during this project.

I am also thankful to all the health professionals at USF Marquês de Marialva for opening their doors and minds to our work and for helping and listening when needed as well as to the patients that willingly enrolled in this study.

I am indebted to my family and friends, for their unwavering support and encouragement during my academic journey and for teaching me to always work hard for my ambitions.

## ABSTRACT

**Introduction:** The doctor-patient relationship is crucial in medical practice, especially in primary health care, where patients often cooperate with the same physician. Relying on an empathetic and effective communication, it enhances satisfaction, compliance, and autonomy, fostering trust, enabling patients, and leading to better outcomes. Our study evaluates patient satisfaction on the physician's empathy (ability to correctly understand *the inner processes of the patient concerning his health-related problems*) and enablement (patient's perception that the consultation was both helpful and empowering) at a Portuguese primary health care provider.

**Methods:** This study comprised 100 patients at USF Marquês de Marialva. Inclusion criteria involved adult individuals who had just completed a doctor's consultation, capable of completing a questionnaire autonomously, and willing to participate by signing an informed consent form. We assessed patient satisfaction on the physician's empathy and enablement by applying two questionnaires: PEI - Patient Enablement Instrument and JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy. Data analysis involved descriptive and inferential statistics using SPSS software.

**Results:** A convenience size-representative sample of n=100 (60% female) was studied. Nonparametric tests were performed as collected data for PEI and JSPPPE questionnaires were not normally distributed. The median age was of 60 years. PEI and JSPPPE scores had a median of 6.0 and 7.0, respectively, with no gender differences. Significant differences in SEDI (Socioeconomic Deprivation Index) classes were found for JSPPPE scores (0,009) and age (< 0,001). PEI did not significantly correlate with age or JSPPPE. Significant correlations were found between age/JSPPPE scores ( $\rho = 0,330$ ,  $p < 0,001$ ) and age/socioeconomic class ( $\rho = -0,576$ ,  $p < 0,001$ ). Patient suggestions regarded mostly an improvement on waiting times.

**Conclusion:** Patients at USF Marquês de Marialva expressed high satisfaction with their physician-patient relationship, despite medium enablement levels after consultation. Gender had no significant impact on satisfaction and

enablement, while socioeconomic status and age appeared to influence satisfaction but not enablement. Older patients tended to have lower socioeconomic status and higher satisfaction levels.

**Keywords:** Empathy, Enablement, Primary Health Care, Doctor-patient relationship, Patient satisfaction

## RESUMO

**Introdução:** A relação medico-doente é crucial na prática clínica e em especial nos Cuidados de Saúde Primários, onde os doentes contactam regularmente com o mesmo profissional. Esta relação, ao basear-se numa comunicação adequada e empática, aumenta a satisfação e autonomia, fomentando a confiança e capacitando os doentes, traduzindo-se em melhores resultados em saúde. Este estudo avalia a satisfação do doente em relação à empatia do clínico (capacidade de compreender a posição do doente em relação à sua saúde) e a capacitação (perceção do doente de que a consulta foi benéfica e empoderadora) numa unidade de cuidados de saúde primários em Portugal.

**Métodos:** Este estudo envolveu 100 doentes da USF Marquês de Marialva. Os critérios de inclusão abrangem adultos que completaram uma consulta, capazes de responder a um questionário de forma autónoma e que aceitassem participar no estudo através da assinatura do consentimento informado. Avaliámos a satisfação do doente em relação à empatia do clínico e à capacitação através da aplicação dois questionários: PEI - Patient Enablement Instrument and JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, traduzidos e validados para o português europeu. A análise dos dados recolhidos envolveu métodos de estatística descritiva e inferencial com recurso à ferramenta SPSS.

**Resultados:** Uma amostra de conveniência, representativa, de  $n=100$  (60% feminina) foi estudada. Os dados recolhidos nos questionários PEI e JSPPPE não apresentavam distribuição normal, pelo que foram realizados testes não paramétricos. A mediana de idades foi de 60 anos. As medianas dos resultados para o PEI e JSPPPE foram respetivamente 6,0 e 7,0, sem diferenças por sexo. Encontraram-se diferenças significativas nas classes SEDI (Socioeconomic Deprivation Index) para o JSPPPE ( $p = 0,009$ ) e para a idade ( $p < 0,001$ ). O PEI não se correlacionou significativamente com a idade ou com o JSPPPE. Encontraram-se correlações significativas entre o JSPPPE e a idade ( $\rho = 0,330$ ,  $p < 0,001$ ) e entre a idade e as classes socioeconómicas ( $\rho = -0,576$ ,  $p < 0,001$ ). As sugestões dos respondentes prenderam-se sobretudo com a diminuição dos tempos de espera.

**Conclusão:** Doentes na USF Marquês de Marialva expressaram altos níveis de satisfação na relação médico-doente, apesar de níveis médios de capacitação. O sexo do respondente não teve impacto significativo na satisfação ou capacitação, enquanto o nível socioeconómico e a idade aparentam influenciar a satisfação, mas não a capacitação. Doentes mais velhos tendem a ter menor nível socioeconómico e níveis mais altos de satisfação.

**Palavras-chave:** Empatia, Capacitação, Cuidados de Saúde Primários, Relação médico-doente, Satisfação do doente



## LIST OF ABBREVIATIONS

|       |   |
|-------|---|
| USF   | Unidade de Saúde Familiar                                     |
| UCSP  | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados                   |
| PEI   | Patient Enablement Instrument                                 |
| JSPPE | Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy |
| SEDI  | Socioeconomic Deprivation Index                               |
| CARE  | Consultation and Relational Empathy                           |

## LIST OF TABLES

**Table 1** PEI - Patient Enablement Instrument

**Table 2** JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy

**Table 3** Results (\*gender)

**Table 4** Results (\*SEDI class)

## LIST OF IMAGES

**Image 1** Portuguese version of the Patient Enablement instrument

**Image 2** Portuguese version of JSPPPE

**Image 3** Form applied at USF Marquês de Marialva

## **INDEX**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| <i>ACKNOWLEDGEMENTS</i> .....      | 4  |
| <i>ABSTRACT</i> .....              | 5  |
| <i>RESUMO</i> .....                | 7  |
| <i>LIST OF ABBREVIATIONS</i> ..... | 9  |
| <i>LIST OF TABLES</i> .....        | 10 |
| <i>LIST OF IMAGES</i> .....        | 11 |
| <i>INDEX</i> .....                 | 12 |
| <i>INTRODUCTION</i> .....          | 13 |
| <i>METHODS</i> .....               | 16 |
| <i>RESULTS</i> .....               | 23 |
| <i>DISCUSSION</i> .....            | 28 |
| <i>CONCLUSIONS</i> .....           | 32 |
| <i>REFERENCES</i> .....            | 33 |
| <i>APPENDIX</i> .....              | 38 |

## INTRODUCTION

The doctor-patient relationship is a substantially relevant topic in today's world. This relationship is shaped by the doctor's empathy<sup>1</sup> and good communication between these two parties. In primary health care services, the significance of the doctor-patient relationship becomes particularly evident<sup>2</sup> as patients are routinely followed by the same physician. The stability regarding health care professionals allows the patient to develop a therapeutic bond that leads to higher patient satisfaction, compliance, and autonomy<sup>3,4</sup>.

Doctor-patient communication relies on both verbal and non-verbal elements. A doctor needs effective questioning skills and the ability to transmit information while being empathetic and showing concern. It is crucial to foster a collaborative and participatory relationship with the patient when it comes to decision-making<sup>5</sup>.

On the one hand, an inadequate relationship can result in a negative emotional effect on the patient<sup>6</sup>. By itself, this effect can diminish the patient satisfaction, decrease the perception that their needs were heard and considered and thus reduce therapeutic adherence. Furthermore, it can lead to information misinterpretation, medication errors (e.g. posology mistakes), inadequate knowledge about their health and illnesses, lack of trust in the therapeutic regime, among others.

An adequate, empathetic, and patient-focused communication helps create a healthy doctor-patient relationship. This is essential to a trusty and comfortable environment<sup>7</sup>, allowing the provision of adequate health care. When comfortable with their physician, patients are more likely to disclosure complaints or information that might be relevant to diagnose the underlying issue as well as to find the best therapeutic approach. Patients are also more likely to ask questions about their condition. Good communication allows the patients to engage in comprehending their condition or disease and, ultimately, empowers them to join the therapeutic decision side by side with the doctor<sup>8,9</sup>.

Empathy is the capacity to connect with other people and share their feelings of happiness or sadness. It allows us to make assumptions about other people's emotions and feelings based on their description of events. However, being

empathetic doesn't mean we lose perception of one's own self or of one's own feelings<sup>10</sup>. In clinical practice, empathy is the ability to correctly understand *the inner processes of the patient concerning his health-related problems*<sup>11</sup>.

Therefore, fostering empathy, establishing an adequate doctor-patient relationship and communication skills should be a part of the program in Medical Schools<sup>11</sup>. These matters are already taught at most Portuguese Medical Courses. Hence, it becomes important to measure patient satisfaction regarding their relationship with their physician to locate potential mistakes or improvable aspects. Ultimately, the goal is to improve medical care and medical education and by that means to provide the best health care possible. In primary healthcare, a doctor's consultation can be seen as an economic good. Patients acquire these services and a positive outcome and satisfaction with the results mirror the quality for the economic good they acquired. Our study is relevant as it values patient satisfaction as a marker of effectiveness.

Our study aims to assess patient satisfaction and enablement scores at a Portuguese primary health care provider (*Centro de Saúde*). There are two organization models followed by Portuguese primary health care providers: *Unidade de Saúde Familiar* (USF) and *Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados* (UCSP). In simple terms, the USF can be considered the younger and improved sibling of the UCSP. UCSPs can voluntarily apply to become USFs, which have autonomy in implementing their plan of action, participatory management involving its professionals, and incentives for goal achievement<sup>12</sup>. We chose to perform our study on a USF as this model of organization has had good results in terms of providing health care and more and more UCSPs have been applying to become USFs<sup>13</sup>.

Therefore, we chose USF Marquês de Marialva as institution of study. Due to low economic and human resources we were only able to perform our study at one institution. We intended to evaluate patient satisfaction and enablement in that facility regarding the physician communication and empathy. We aimed to analyze and discuss our results with the health professionals of that USF to improve their consciousness about patient satisfaction and their own communication skills. Thus,

our work intends not only to measure satisfaction, but to create awareness and support professionals to improve their communication and empathy.

## **METHODS**

This study was conducted with data collected between February and June 2023. During this period, we questioned 100 patients at USF Marquês de Marialva.

We included adult individuals who had just completed a doctor's consultation at the moment we approached them. They were required to have the ability to autonomously comprehend and complete a questionnaire. In addition, patients had to agree to participate in our study by signing an informed consent form. Our minimum sample size was of 61 individuals, 60% of them women, 50% older than 65 years old and 20% between 18 and 40 years old. Considering the limited knowledge of the entire population, we opted to have a minimum of 10 respondents per question on the most extensive questionnaire we applied (PEI - Patient Enablement Instrument), which consisted of 6 questions.

### **Informed Consent and Ethics Committee**

To inquire patients at *USF Marquês de Marialva*, we submitted a proposal to the Ethics Committee of *Administração Regional da Saúde do Centro*. This proposal included a written authorization from this institution allowing us to perform our inquiries at their facilities.

We meant to request patients at USF Marquês de Marialva to fill a questionnaire including the PEI – Patient Enablement Instrument and the JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy along with some personal data: age, household, income, and scholar degree for demographic purposes. These patients were eligible for enrolment if at the time we approached them they had just completed a doctor's consultation and met our study criteria.

All patients eligible for our study would be asked to sign an informed consent form after being explained the implications of enrollment.

The proposal was accepted, and we were allowed to proceed with our study.



## The questionnaires

To measure satisfaction scores at our chosen institution, we applied two questionnaires that had already been translated and validated into the Portuguese language: PEI – Patient Enablement Instrument - and JSPPPE - Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy. We requested authorization from the authors before we proceeded.

### PEI - Patient Enablement Instrument

The PEI questionnaire evaluates the result of a doctor’s consultation according to the patient’s enablement<sup>14</sup>. This instrument was first introduced by Howie et al. in 1997 and relies on the belief that is possible to achieve positive outcome when healthcare professionals can successfully enable the patient during consultation<sup>15</sup>. The authors described “enablement” as the patient’s perception that the consultation was both helpful and empowering<sup>15</sup>.

Within the questionnaire, there are six questions relating to the patient’s coping skills regarding life and illness, their capacity to understand their illness and the ability to help themselves and keep themselves healthy. Each one of these questions can score up to 2 points (0-2) and the final score can go as high as 12 points. Table 1 displays PEI’s questions as well as its possible answers and corresponding score.

| <b>As a result of your visit to the doctor today, do you feel you are:</b> |                    |               |                     |
|--|--------------------|---------------|---------------------|
|  | <b>Much Better</b> | <b>Better</b> | <b>Same or less</b> |
| Able to cope with life?  | 2 points           | 1 point       | 0 points            |
| Able to understand your illness?   | 2 points           | 1 point       | 0 points            |
| Able to cope with your illness?  | 2 points           | 1 point       | 0 points            |
| Able to keep yourself healthy?   | 2 points           | 1 point       | 0 points            |
|  | <b>Much more</b>   | <b>More</b>   | <b>Same or less</b> |
| Confident about your health?   | 2 points           | 1 point       | 0 points            |
| Able to help yourself?   | 2 points           | 1 point       | 0 points            |

**Table 1** – PEI – Patient Enablement Instrument<sup>15</sup>

To perform our study, we used the European Portuguese version of the instrument, which was translated from the original English language and validated to the Portuguese one in 2013 by Pintalhão<sup>14</sup>. Image 1 shows the specific version we employed to inquire our study subjects.

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está<sup>1</sup>:

- Coloque um X na opção que melhor se adequa.

|                                   | Muito melhor | Melhor | Igual ou pior |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------------|
| Capaz de lidar com a vida         |              |        |               |
| Capaz de compreender a sua doença |              |        |               |
| Capaz de lidar com a sua doença   |              |        |               |
| Capaz de se manter saudável       |              |        |               |

|                                  | Muito mais | Mais | Igual ou menos |
|----------------------------------|------------|------|----------------|
| Confiante em relação à sua saúde |            |      |                |
| Capaz de se ajudar a si próprio  |            |      |                |

**Image 1** – Portuguese version of the Patient Enablement instrument<sup>14</sup>

The Portuguese version of PEI has an excellent internal consistency translated by a Cronbach alpha value of 0,934.

### JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy

The JSPPPE questionnaire measures the patients' perception on the empathy the doctor shows towards them<sup>16</sup>. This instrument was developed in the early 2000s to address the lack of available tools for assessing patient perception of physicians' empathy<sup>17</sup>.

JSPPPE comprehends five items in which respondents are required to evaluate their grade of concordance. It assesses patients' perception of physicians:

- understanding of their perspectives,
- asking about their daily lives,
- interest in them and their family,
- understanding of their emotions, feelings, and concerns and

- being understanding doctors.

Patients evaluate the items on a scale ranging from 1 to 7 where 1 corresponds to “Strongly disagree” and 7 corresponds to “Strongly agree”. Table 2 displays the original version of this assessment instrument.

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| My doctor can view things from my perspective (see things as I see them) |   |   |   |   |   |   |   |
| My doctor asks about what is happening in my daily life                  |   |   |   |   |   |   |   |
| My doctor seems concerned about me and my family                         |   |   |   |   |   |   |   |
| My doctor understands my emotions, feelings, and concerns                |   |   |   |   |   |   |   |
| My doctor is an understanding doctor                                     |   |   |   |   |   |   |   |

**Table 2** – JSPPE - Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy <sup>17</sup>

This questionnaire was translated and validated to the Portuguese language and published in 2019 by Domingues AC. Image 2 represents this translated version we employed in our study.

| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7<br>Discordo totalmente <span style="float: right;">Concordo totalmente</span> |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <b>Consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)</b>                          |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Pergunta acerca do que está a acontecer a minha vida diária</b>  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Parece preocupado acerca de mim e da minha família</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>É um médico que me compreende</b>  |   |   |   |   |   |   |   |

**Image 2** – Portuguese version of JSPPE<sup>16</sup>

This version of the JSPPPE questionnaire has an excellent internal consistency translated by a Cronbach alpha value of 0,936.

## **Demographics**

Additionally, we gathered information about participants' sex, age, and socio-economic score. This score was calculated using a scale based on the following parameters: Living alone (0) Vs Living accompanied (1); Not having finished 9<sup>th</sup> grade at school (0) Vs Having finished 9<sup>th</sup> grade at school (1); Having a monthly income lower than the Portuguese minimum wage (0) Vs Having a monthly income higher than the Portuguese minimum wage (1)<sup>18,19</sup>. Thus, it ranged between 0 and 3 when summing all the three factors. The Sociodemographic Deprivation Index (SEDI) was calculated for 3 levels: low, medium, and high<sup>18,19</sup>. A low level on SEDI indicated a calculated socio-economic score between 0 and 1, while medium and high corresponded to a socio-economic score of 2 and 3, respectively.

## **The Form**

All the above were compiled into a form and applied anonymously and confidentially to the individuals that met the enrolment criteria and had willingly signed the consent form. The survey took place at USF Marquês de Marialva's facilities in random days, without its doctors' knowledge. Image 3 displays the complete form we requested patients to fill out.

Caro utente,

Muito obrigada por aceitar preencher o presente questionário. Pedimos-lhe que responda aos seguintes itens, colocando um X na opção que melhor se adequa e preenchendo os campos assinalados com “ \_\_\_\_ ” quando solicitado.

Idade: \_\_\_\_

Sexo Feminino  Masculino  Outro

Vive sozinho? Sim  Não

Frequentou o 9º ano? Sim  Não

Tem rendimento mensal igual ou superior ao ordenado mínimo nacional? Sim  Não

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está<sup>1</sup>:

- Coloque um X na opção que melhor se adequa.

|                                   | Muito melhor | Melhor | Igual ou pior |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------------|
| Capaz de lidar com a vida         |              |        |               |
| Capaz de compreender a sua doença |              |        |               |
| Capaz de lidar com a sua doença   |              |        |               |
| Capaz de se manter saudável       |              |        |               |

|                                  | Muito mais | Mais | Igual ou menos |
|----------------------------------|------------|------|----------------|
| Confiante em relação à sua saúde |            |      |                |
| Capaz de se ajudar a si próprio  |            |      |                |

Gostaríamos de o inquirir acerca do seu grau de concordância ou discordância acerca das seguintes frases, no que respeita ao seu médico. Por favor, coloque um X na opção que melhor se adequa. Na escala, 1 significa que está em completo desacordo e 7 que está em completo acordo.<sup>2</sup>

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
Discordo totalmente Concordo totalmente

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo) |   |   |   |   |   |   |   |
| Pergunta acerca do que está a acontecer a minha vida diária                        |   |   |   |   |   |   |   |
| Parece preocupado acerca de mim e da minha família                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações                           |   |   |   |   |   |   |   |
| É um médico que me compreende  |   |   |   |   |   |   |   |

[1] Pintalhão I, Santiago LM. Desenvolvimento de tradução para português de “Patient Enablement Instrument”. RevADSO 2013 (02):18-22

[2] Domingues, A. C., Santiago, L., & Saraiva, C. (2015). A empatia na consulta e a capacitação dos confluente [Artigo Científico].

Image 3 – Form applied at USF Marquês de Marialva

After completing the questionnaires, we verbally requested all the participants to provide us with their suggestions on what could improve the experience they had just had at the consultation. When patients reported a good overall experience with their consultation and had no improvement suggestions, we would record their answer to this question as “Satisfied”.

### **Statistical data analysis**

The data were analyzed using SPSS software (v28.0). We conducted a descriptive statistical analysis and an inferential statistical analysis. To assess when to use parametric and non-parametric tests, we performed normality tests (Kolmogorov-Smirnov test). When statistical significance was found, we performed correlation tests on our variables.

### **The results**

After data analysis, we will conduct a result’s presentation at USF Marquês de Marialva. We intend to create awareness in doctors about our results as well as to provide some improvement suggestions. The main goal is to help stimulate discussion between health professionals on ways to improve health care and patient satisfaction and health abilities.

## RESULTS

A convenience size-representative sample of  $n=100$ , 60% female one, was studied. Out of our inquired patients, 7 (7,0%) lived on their own, 36 (36,0%) did not complete the 9<sup>th</sup> grade at school and 43 (43,0%) had a monthly income lower than the Portuguese minimum wage. Table 3 presents an overview of our sample according to gender as well as the results for PEI and JSPPPE questionnaires.

Our collected data for the PEI and JSPPPE questionnaires were not normally distributed as proven by  $p$  values  $< 0,05$  on the Kolmogorov-Smirnov test for both variables ( $< 0,001$  for both). Age was not normally distributed as well ( $p$  value =  $0,007$  on the Kolmogorov-Smirnov test). Therefore, we performed nonparametric tests.

The age median was of 60 years old (59,6 years old for men and 62,5 years old for women). PEI and JPSSSE scores had a median of 6,0 and 7,0, respectively, with no differences by gender (median value was 6,0 and 7,0 for both men and women, respectively). There were no differences by gender for PEI ( $p = 0,556$ ), JSPPPE ( $p = 0,764$ ) or SEDI ( $p = 0,309$ ).

Most our respondents lived accompanied (93,0%; similar for both genders 92,5%/93,3%). Even though our sample had more women than men to attend 9<sup>th</sup> grade, the percentage was lower when compared with the percentage of men: 70,0% of men attended 9<sup>th</sup> grade while 60,0% of women did so. Over half of our sample had an income higher than the Portuguese minimum wage (57,0%). This trend was observed in both genders (65,0% for men and 51,7% for women). Regarding SEDI (where Socio-economic scores of 0-1 were classified as low, 2 as medium and 3 as high) we observe that 45,0% of the respondents were classified as high, while 29,0% and 26,0% are classified as low and medium, respectively. There was no statistically significative association between gender and the demographic variables (Living alone; having attended 9<sup>th</sup> grade; having an income higher than the Portuguese minimum wage) as Chi-square  $p$  values lie above 0,05 (Table 3).

|  |               | Total        | Male                               | Female          |                          |
|--|---------------|--------------|------------------------------------|-----------------|--------------------------|
|  |               | Median       |                                    |                 |                          |
| <b>Age</b>   |               | 60,0         | 59,6                               | 62,5            | <b>Mann-Whitney Test</b> |
| <b>PEI</b>   |               | 6,0          | 6,0                                | 6,0             | 0,556                    |
| <b>JSPPE</b>   |               | 7,0          | 7,0                                | 7,0             | 0,764                    |
|  |               | <b>f (%)</b> | <b>f (% per gender/% in total)</b> |                 |                          |
| <b>Gender</b>  |               | 100 (100%)   | 40 (100%/40,0%)                    | 60 (100%/60,0%) | $\chi^2$ *Gender         |
| <b>Live alone?</b>                                     | <b>Yes</b>    | 7 (7%)       | 3 (7,5%/3%)                        | 4 (6,7%/4%)     | 0,026                    |
|  | <b>No</b>     | 93 (93%)     | 37 (92,5%/37%)                     | 56 (93,3%/56%)  |                          |
| <b>Attended 9<sup>th</sup> Grade?</b>                  | <b>Yes</b>    | 64 (64%)     | 28 (70%/28%)                       | 36 (60%/36%)    | 1,042                    |
|  | <b>No</b>     | 36 (36%)     | 12 (30%/12%)                       | 24 (40%/24%)    |                          |
| <b>Income higher than the Portuguese minimum wage?</b> | <b>Yes</b>    | 57 (57%)     | 26 (65%/26%)                       | 31 (51,7%/31)   | 1,741                    |
|  | <b>No</b>     | 43 (43%)     | 14 (35%/14%)                       | 29 (48,3%/29%)  |                          |
| <b>Socio-economic Score</b>                            | <b>0</b>      | 2 (2%)       | 0 (0%/0%)                          | 2 (100%/2%)     | <b>Mann-Whitney Test</b> |
|  | <b>1</b>      | 27 (27%)     | 8 (20%/8%)                         | 19 (47,5%/19%)  |                          |
|  | <b>2</b>      | 26 (26%)     | 13 (32,5%/13%)                     | 13 (21,7%/13%)  |                          |
|  | <b>3</b>      | 45 (45%)     | 19 (47,5%/19%)                     | 26 (43,3%/26%)  |                          |
| <b>SEDI</b>  | <b>Low</b>    | 29 (29%)     | 8 (20%/8%)                         | 21 (35%/21%)    | 0,309                    |
|  | <b>Medium</b> | 26 (26%)     | 13 (32,5%/13%)                     | 13 (21,7%/13%)  |                          |
|  | <b>High</b>   | 46 (46%)     | 19 (47,5%/19%)                     | 26 (43,3%/26%)  |                          |

Table 3 – Results (\*gender)



|  |            | SEDI Class                |                |               | Kruskal-Wallis Test |        |
|--|------------|---------------------------|----------------|---------------|---------------------|--------|
|  |            | Low                       | Medium         | High          | H                   | p      |
|  |            | f (% by class/% in total) |                |               |                     |        |
| <b>Total</b>   |            | 29 (100%/29%)             | 26 (100%/26%)  | 45 (100%/45%) |                     |        |
| <b>Live alone?</b>                                     | <b>Yes</b> | 3 (10,3%/3%)              | 7 (26,9%/7%)   | 45 (100%/45%) | 6,626               | 0,036  |
|  | <b>No</b>  | 26 (89,7%/26%)            | 19 (73,1%/19%) | 45 (100%/45%) |                     |        |
| <b>Attended 9<sup>th</sup> grade?</b>                  | <b>Yes</b> | 0 (0%/0%)                 | 19 (73,1%/19%) | 45 (100%/45%) | 77,020              | <0,001 |
|  | <b>No</b>  | 29 (100%/29%)             | 7 (26,9%/7%)   | 45 (100%/45%) |                     |        |
| <b>Income higher than the Portuguese minimum wage?</b> | <b>Yes</b> | 1 (3,4%/1%)               | 11 (42,3%/11%) | 45 (100%/45%) | 69,467              | <0,001 |
|  | <b>No</b>  | 28 (96,6%/28%)            | 15 (57,7%/15%) | 45 (100%/45%) |                     |        |
|  |            | Median                    |                |               |                     |        |
| <b>PEI</b>   |            | -                         | -              | -             | 4,003               | 0,135  |
| <b>JSPPPE</b>  |            | 7,0                       | 7,0            | 6,4           | 9,461               | 0,009  |
| <b>Age</b>   |            | 72,0                      | 63,0           | 49,0          | 32,889              | <0,001 |

Table 4 – Results (\*SEDI Class)

For SEDI significant differences were found for “Living alone”, “Attended 9<sup>th</sup> grade”, “Income higher than the Portuguese minimum wage”, JSPPE score, and age according to Table 4 ( $p$  values  $< 0,05$ ). Enablement score (PEI) did not present statistical significance as the  $p$  value was higher than 0,05 ( $p = 0,135$ ).

PEI and JSPPE questionnaire’s scores correlation was weak and not significant:  $\rho=0,131$ ,  $p=0,192$ .

There was a significant positive correlation between age and empathy results (JSPPE)  $\rho = 0,330$ ,  $p < 0,001$ , and a significant negative correlation between age and socioeconomic class  $\rho = -0,576$ ,  $p < 0,001$ . Age did not significantly correlate to the enablement score  $\rho = -0,040$ ,  $p = 0,696$ .

Finally, we categorized respondents’ suggestions by its nature. Some respondents gave more than one suggestion. Therefore, we accounted with 22 suggestions and 80 satisfied patients. 11 patients referred they would appreciate a decrease in waiting times. 2 patients pointed out that the institution should provide urgent care consultations outside normal working hours and 2 patients thought there should be better working conditions for professionals (improved infrastructures and more working professionals). Other suggestions related to accessibility to appointments, and mental health support. Only two patients mentioned empathy and doctor-patient related suggestions: one of them thought doctors should stay longer periods at the institution to establish a better relationship with their patients and the other thought their physician in specific should be more empathetic.

## DISCUSSION

Our findings point out that our respondents are very satisfied with their physician level of empathy ( $\mu_{1/2}= 7$  in a scale range from 1 to 7 - JSPPPE). However, when it comes to their perception of enablement, the median score was about half of the highest possible score ( $\mu_{1/2} = 6$  in a scale range from 0 to 12 – PEI), indicating a medium level of enablement. These results are compatible with a study conducted by Simões *et al* in 2017, where patients, despite having perceived good levels of empathy, had a medium/low enablement<sup>20</sup>.

We tried to assess if gender influenced our demographic variables, but no statistical significance was found. Therefore, gender has not proven to have an influence on whether the respondent lived alone or accompanied, on their income or on their level of education. Gender also did not seem to influence the socioeconomical status of our respondents. However, international studies have shown an association between gender and living alone, where women were more likely to live alone<sup>21-23</sup>. Some state that this phenomenon is due to women being widowed earlier in life rather than men<sup>24</sup>. This is consistent with the findings that older women are more likely to live alone than older men<sup>24</sup>. We could not find a link between gender and income, but it is stated that there's an everlasting tendency for income differences, where women are paid less than men<sup>25</sup> (which applies to the Portuguese reality as well<sup>26</sup>). Finally, despite our findings, other studies suggest that gender influences education from a young age, where women are less prone to have higher grades of education<sup>27</sup>.

Regarding empathy, gender does not seem to have a significant effect on the respondent's perception of their physician's empathy. Very few studies were performed on empathy in Portugal. Simões *et al*, like us, did not find an association between gender and the perception of empathy<sup>20</sup>, although some international studies did find such association<sup>28,29</sup>. The same applies to enablement: we did not find that men or women had differences on their enablement after a doctor's consultation, even though some studies described that male patients became more enabled than female ones.<sup>29,30</sup> Simões *et al* conclusions support our findings in this matter<sup>20</sup>.

No significant correlation was found between empathy levels and enablement. These do not seem to be connected: the satisfaction a patient feels with their physician's empathy seems to not affect their perception of enablement and vice versa. A Danish study performed on the influence of the physician's empathy on enablement of high-risk patients, like us, found no association between these two factors<sup>29</sup>. On the other hand, the study conducted by Simões *et al* in Portugal found that patients who perceived higher scores of empathy had higher scores of enablement. Some international studies found this association as well<sup>31,32</sup>.

Enablement did not prove to be associated with the SEDI Class of the respondent. A study performed in 2002 stated the same<sup>32</sup>. A review conducted by Frost *et al* described such association, where the patient's socioeconomic status can limit enablement<sup>33</sup> *i.e.*, enablement increases with higher socioeconomic status. On the other hand, a cross-sectional study on doctor-patient relationship found that, in terms of enablement, patients on a lower socioeconomic group experienced greater benefits from consultation compared to those on higher socioeconomic groups<sup>30</sup>. On the one hand, patients on a higher socioeconomic status may have higher levels of health literacy and can become more enabled after a doctor's consultation, as they have a better understanding of their health. However, as they already have some measure of knowledge, they can feel like the consultation itself did not significantly improve their enablement. On the other hand, patients on a lower socioeconomic status can have a more passive attitude, where they don't feel enabled, as they are following instructions from a capable physician. Patients in this group can also feel a higher perception of enablement as the doctor's consultation provided them the tools to be more in charge of their health. Therefore, the role of socioeconomic status in patient enablement is not consensual in literature.

Patient perception of physician's empathy (JSPPE) was significantly associated with SEDI Class. A meta-analysis, comprising 18 studies, found that patients on a lower socioeconomic status experienced a lower empathy perception from their physicians<sup>34</sup>. This meta-analysis, however, comprised studies using Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure and not JSPPE. Simões *et al*, which, like us, used JSPPE in their study, did not find association between demographics and empathy levels<sup>20</sup>.

Enablement did not show to be associated to the respondent's age. A Croatian study found that older age predicted a lower level of enablement<sup>35</sup>. Simões *et al* stated similar findings. Other study found a significant association between age and enablement, where older patients had better enablement scores. The team also found a significant association between being single and having lower enablement scores. When controlling for the effects of age, the association was not significant as younger people tend to be single<sup>32</sup>.

Age, on the other hand, seems to have an influence on socioeconomic status and empathy levels. A positive correlation was found between age and empathy levels. The older the respondent, the higher their perception of their physician's empathy. A study conducted in Argentina revealed the same tendency<sup>36</sup>. However, other studies did not find such association, though some of them used the CARE-score and not JSPPPE to measure empathy levels<sup>20,29,37</sup>. We additionally found that age correlates negatively with socioeconomic class. Which means that, in our sample, the elderly seem to be in lower socioeconomic status than the younger respondents. This means the elderly, which are in a lower socioeconomic status, have better perceptions of empathy from their physician.

As for the improvement suggestions, we found that, despite empathy and enablement scores, most of our respondents (80%) were satisfied with the care provided by the institution. Only 20% of the respondents had improvement suggestions. Half of these suggestions were related to waiting times and not to the doctor-patient relationship. Regarding the suggestions on empathy and doctor-patient relationship, one was related to a perception of poor empathy shown by the physician. We believe this is a valuable indicator, as only 1% of the respondents expressed concerns about this matter. The other was about doctors staying more time at the institution. It is important to mention recent changes had occurred at the institution with a doctor leaving a new physician taking their place. Thus, this concern may be due to the respondent having a new physician and having to establish a new bond with them, which takes time, effort, and trust.

Limitations in our study include uncertainty about the sample's representativeness due to variations in typology of consultation for specific days of the week, and therefore, different populations of patients. We collected information

about a limited number of demographic characteristics. Since these characteristics may highly influence patient satisfaction and enablement<sup>20,28-30,33-36</sup>, we are of the opinion that further research should be conducted with the collection of a wider range of demographic characteristics and preferably following a research protocol that assures a highly representative sample of the study population.

Literature shows that there are discrepant results in various studies<sup>20,29-37</sup>. There are also few studies on these topics in Portugal<sup>1,14,16,20,38</sup>. Thus, further research should be conducted to assess satisfaction and enablement at Portuguese primary care facilities and to understand to which extent demographic characteristics influence these parameters.

## **CONCLUSIONS**

We found that patients at USF Marquês de Marialva are very satisfied with the relationship they established with their physician (median of 7,0 on JSPPPE), despite reporting a medium level of enablement following consultation (median of 6,0 on PEI). Gender did not present a significant impact in satisfaction or enablement. However, socioeconomic status and age seem to affect patient satisfaction, but not enablement. Older patients tend to be on a lower socioeconomic status and to report higher levels of satisfaction.

## REFERENCES

1. Loureiro, J., Gonçalves-Pereira, M., Trancas, B., José Miguel Caldas-de-Almeida, & Alexandre Castro-Caldas. (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 Médica Portuguesa*, 24, 431–442. <https://doi.org/10.20344/amp.1451>
2. Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), 116–133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>
3. Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
4. Pollak, K. I., Alexander, S. C., Tulsy, J. A., Lyna, P., Coffman, C. J., Dolor, R. J., Gulbrandsen, P., & Ostbye, T. (2011). Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(6), 665–672. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110025>
5. Haskard Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31819a5acc>
6. Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
7. Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10209.x>



8. Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>
9. Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Medical Care*, 27(Supplement), S110–S127. <https://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00010>
10. Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875–R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
11. Gelhaus, P. (2011). The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 103–113. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9366-4>
12. *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. (2016). Entidade Reguladora da Saúde.
13. Pereira, Á., Nunes, C., Botelho, H., Biscaia, J. L., Barbosa, M., Oliveira, M., & Barbosa, P. (2015). *Avaliação de custos-consequências das USF B e UCSP 2015: Unidades Funcionais dos CSP como Centros de Resultados*. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários.
14. Pintalhão, I., Botas, P., Pereira, C., Santiago, L. M. (2013). Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument. *Revista ADSO*, 1(2), 18–22. <https://doi.org/10.35323/revadso.12201313>
15. Howie, J. G., Heaney, D. J., & Maxwell, M. (1997). Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure. *Occasional Paper (Royal College of General Practitioners)*, 75, i–xii, 1–32.
16. Domingues AC., Santiago LM, Rodrigues AR, Pires B, Velho D, Ferreira P L. (2019). Cross-cultural adaptation and validation of the Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) for the Portuguese

- population. *Patient Preference and Adherence*, 2019 (13): 1145–1152. <https://doi.org/10.2147/ppa.s211764>
17. 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. <https://doi.org/10.5116/ijme.4d00.b701>
18. Ribeiro, A. I., Mayer, A., Miranda, A., & De Pina, M. de F. (2017). The Portuguese Version of the European Deprivation Index: An Instrument to Study Health Inequalities. *Acta Médica Portuguesa*, 30(1), 17. <https://doi.org/10.20344/amp.7387>
19. Reigota Miranda, M., & Santiago, L. (2020). *Classificação Socioeconómica Familiar em Medicina Geral e Familiar. A comparação de dois modelos.*
20. Simões, J. A., Prazeres, F., Maricoto, T., Simões, P. A., Lourenço, J., Romano, J. P., & Santiago, L. M. (2021). Physician empathy and patient enablement: survey in the Portuguese primary health care. *Family Practice*, 38, 606–611. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab005>
21. Bum KIM, Y., & Hee LEE, S. (2019). Gender Differences in the Relationship between Living alone and Depressive Symptoms in Elderly Korean Adults. *Iranian Journal of Public Health*, 48, 465–473. <https://doi.org/10.18502/ijph.v48i3.890>
22. De Vaus, D., & Qu, L. (2015). *Demographics of living alone (Australian Family Trends No.6)*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
23. Sandström, G., & Karlsson, L. (2019). The educational gradient of living alone: A comparison among the working-age population in Europe. *Demographic Research*, 40(40), 1645–1670. <https://doi.org/10.4054/demres.2019.40.55>
24. Gaymu, J., & Springer, S. (2012). Vivre seul ou en couple: quelle influence sur la satisfaction de la vie des hommes et des femmes âgés en Europe ? *Population*, 67(1), 45. <https://doi.org/10.3917/popu.1201.0045>

25. Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2018). *Economic inequality by gender*. Our World in Data .
26. *Gender Pay Gap em Portugal*. (2021). Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
27. Kline, J. A., Lin, M. P., Hall, C. L., Puskarich, M. A., Dehon, E., Kuehl, D. R., Wang, R., Hess, E. P., Runyon, M. S., Wang, H., & D. Mark Courtney. (2019). *Perception of Physician Empathy Varies With Educational Level and Gender of Patients Undergoing Low-Yield Computerized Tomographic Imaging*. 7(3), 386–394. <https://doi.org/10.1177/2374373519838529>
28. Hansen, C. B., Pavlovic, K. M. H., Sondergaard, J., & Thilsing, T. (2020). Does GP empathy influence patient enablement and success in lifestyle change among high risk patients? *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01232-8>
29. Banerjee, A., & Sanyal, D. (2012). Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(1), 12. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.94006>
30. Mercer, S. W., Jani, B. D., Maxwell, M., Wong, S. Y., & Watt, G. C. (2012). Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-6>
31. W Mercer, S., Reilly, D., & C M Watt, G. (2022). The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(484), 901–905.
32. Frost, J., Currie, M. J., & Cruickshank, M. (2015). An Integrative Review of Enablement in Primary Health Care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 6(4), 264–278. <https://doi.org/10.1177/2150131915598373>

33. Roberts, B. W., Puri, N. K., Trzeciak, C. J., Mazzairelli, A. J., & Trzeciak, S. (2021). Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(3), e0247259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247259>
34. Adžić, Z. O., Katić, M., Kern, J., Lazić, Đ., Nekić, V. C., & Soldo, D. (2008). Patient, Physician, and Practice Characteristics Related to Patient Enablement in General Practice in Croatia: Cross-sectional Survey Study. *Croatian Medical Journal*, *49*(6), 813–823. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.813>
35. Borracci, R., Doval, H., Celano, L., Ciancio, A., Manente, D., & Calderón, José G. E. (2017). Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Education for Health*, *30*(1), 19. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.210513>
36. Gerger, H., Munder, T., Kreuzer, N., Locher, C., & Blease, C. (2023). Lay Perspectives on Empathy in Patient-Physician Communication: An Online Experimental Study. *Health Communication*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2210380>
37. Gonçalves Rodrigues, A. R., Santiago, L., & Simões, J. (2017). *A empatia médica sentida pelo consulente: correlação entre JSPPPE e EUROPEP*.
38. Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLOS ONE*, *13*(5), e0198488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198488>

## APPENDIX

### 1. Proposal submitted to the Ethics Committee

#### Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

##### 1- Título do Projeto/Trabalho:

A Relação Médico-Doente e a satisfação em contexto de consulta em Medicina Geral e Familiar

**2 - Identificação dos proponentes** (anexar CV resumido de cada um dos autores).

2.1 - Autor principal/afiliação institucional:

Josefa Ferreira Guerra/Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

2.2 - Co-autor(es) /afiliação institucional:

Luiz Miguel Santiago/Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

##### 3 - Protocolo.

###### 3.1 - Introdução/Justificação

A relação médico-doente centrada no doente, pautada pela empatia do médico<sup>1</sup> e pelo estabelecimento de uma boa comunicação apresenta-se como uma temática de extrema relevância na atualidade. Isto, particularmente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários<sup>2</sup>, em que os doentes são seguidos rotineiramente por um profissional, estabelecendo uma relação interpessoal que vai determinar, não apenas a satisfação, como a *compliance* e autonomia do doente<sup>3,4</sup>.

Uma inadequada relação potencia um efeito emocional negativo no doente<sup>5</sup>. Este, por si só, pode determinar uma menor satisfação, a sensação de que as suas necessidades não foram ouvidas e uma menor adesão terapêutica. Adicionalmente, poderá levar a erros de interpretação, falhas na toma de medicação, desinformação acerca da sua doença, desconfiança perante a decisão terapêutica, entre outros.

Por outro lado, uma comunicação adequada, empática, centrada no doente, levará ao estabelecimento de uma boa relação médico-doente, essencial para um clima de confiança e conforto<sup>6</sup>, necessários à prestação de cuidados de saúde adequados. O doente, confortável com o seu médico assistente é mais provável de revelar queixas ou informações relevantes para o seu diagnóstico e/ou terapêutica<sup>6</sup>, bem como colocar questões acerca da sua condição. A boa comunicação permite também a integração do doente na compreensão da sua condição/doença e, conseqüentemente na decisão terapêutica, empoderando-o no que concerne à sua saúde<sup>7,8</sup>.

Pelas razões acima descritas, a promoção da empatia, estabelecimento de uma correta relação médico-doente e boa comunicação deve integrar o currículo médico<sup>9</sup>, já integrando os programas curriculares de aprendizagem da maioria dos cursos médicos da atualidade. Assim, torna-se cada vez mais relevante avaliar a satisfação do doente acerca da relação que estabelece com o seu médico assistente de modo a localizar potenciais erros ou pontos a melhorar e, dessa forma, adaptar a atividade e o ensino médico às necessidades dos doentes e promover a melhor prestação de cuidados de saúde possível.

- [1] Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-De-Almeida JM, Castro-Caldas A. *Empatia na relação médico-doente evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal*. Acta Med Port. 2011;24(SUPPL.2):431-42
- [2] Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). *The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives*. British Journal of General Practice, 59(561), 116–133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>
- [3] Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). *The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance*. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- [4] Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Luyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. *Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy*. J Am Board Fam Med 2011 Nov-Dec; 24 (6): 665-72.
- [5] Teutsch, C. (2003). *Patient–doctor communication*. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- [6] Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). *How are patients’ specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians?* *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10209.x>
- [7] Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). *Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease*. *Medical Care*, 27(Supplement), S110–S127. <https://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00010>
- [8] Tehranineshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., & Fararouei, M. (2019). *Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review*. *Journal of the National Medical Association*, 111(5), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.04.002>
- [9] Gelhaus P. *The desired moral attitude of the physician: (I) empathy*. *Med Health Care Philos* 2012 May; 15 (2): 103-13.

### 3.2 – Objetivos

Avaliar a satisfação e capacitação dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar quanto à comunicação e empatia do médico assistente em contexto de consulta. Os resultados serão analisados e discutidos com o fim de realizar uma intervenção prática na instituição estudada. Por sua vez, esta intervenção pretende alertar os profissionais relativamente à satisfação sentida pelos seus doentes, criando oportunidade para reflexão e capacitação destes profissionais. Assim, além de realizar uma avaliação de parâmetros, este estudo visa abrir a discussão para eventuais estratégias de melhoria dentro das instituições que fornecem Cuidados de Saúde Primários. Posteriormente, para compreender o impacto da intervenção realizada, será efetuada nova recolha de dados, em tudo semelhante à primeira.

### 3.3 - Material e métodos

Após aprovação ética e da USF, serão inquiridos utentes da Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva, em Cantanhede, quanto à satisfação acerca da relação que estabeleceram com o seu médico assistente em contexto de consulta.

Para o efeito, serão incluídos indivíduos maiores de idade, capazes de compreender e preencher autonomamente um questionário, aceitando a participação no estudo pela assinatura do consentimento informado e tendo frequentado uma consulta na instituição em estudo nos momentos que antecedem o preenchimento do dito questionário. A amostra contemplará pelo menos 61 indivíduos em ambas as fases - 60% para a mulher; 50% para os maiores de 65 anos; 20% para os entre 18 e 40 anos.

Recorrer-se-á a dois questionários, o PEI – Patient Enablement Instrument e o JSPPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, ambos já adaptados culturalmente e validados para a o português falado na Europa e sob autorização dos autores, sendo um deles o orientador. O PEI avalia o resultado de uma consulta com base na capacitação do consulente<sup>10</sup>. O JSPPPE mede a perceção dos doentes sobre a empatia do médico<sup>11</sup>. Estes questionários serão aplicados de forma anónima, confidencial e sigilosa aos indivíduos que cumpram os critérios previamente explicitados, de modo presencial na instituição em estudo após a saída da consulta e em área própria em dias de escolha da investigadora e sem o conhecimento dos médicos. Adicionalmente, será instituído um campo aberto em que os doentes poderão livremente deixar as suas sugestões de melhoria. À instituição em estudo será pedida autorização, anexa ao presente formulário a submeter à Comissão de Ética.

Serão variáveis a estudar o sexo, o grupo etário e a classe socio-económica, sendo esta medida em função de escala baseada em viver só ou acompanhado (0 ou 1 ponto), ter formação académica inferior ao 9º ano ou superior a esta ano (0 ou 1 ponto) e ter rendimento financeiro mensal individual inferior ao ordenado mínimo nacional ou superior (0 ou 1 ponto), sendo assim o intervalo entre 0 e 3 pontos.

A agregação dos resultados globais das duas escalas, constituirá “A Relação Médico-Doente e a satisfação em contexto de consulta em Medicina Geral e Familiar” num cômputo numérico.

Os resultados serão tratados e analisados com recurso à ferramenta “SPSS statistics” e discutidos de forma a serem organizados e apresentados ao corpo clínico da instituição em estudo. Esta intervenção visa capacitar os médicos quanto aos resultados obtidos, bem como apresentar sugestões de melhoria e fomentar a discussão para promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados. Será feita estatística descritiva e inferencial não paramétrica para variáveis ordinais, numéricas de distribuição não normal e nominais, bem como paramétrica caso se verifique normalidade de variáveis numéricas.

[10] Pintalhão I, Santiago LM. *Desenvolvimento de tradução para português de “Patient Enablement Instrument”*. RevADSO 2013 (02):18-22

[11] Domingues A, Santiago LM, Rodrigues A, Pires B, Velho D, Ferreira P. *A empatia médica sentida pelo consulente: correlação entre JSPPPE e EUROPEP Cross-cultural adaptation and validation of the Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) for the Portuguese population*. Patient Preference and Adherence 2019;13 1145–1152

### 3.4 – Cronograma

Após aprovação da Comissão de Ética, o estudo decorrerá entre os meses de Fevereiro e Junho de 2023, sendo os inquéritos realizados preferencialmente nos meses de fevereiro e março com intervenção em Março e re-avaliação em Maio de 2023, fucando a fase de campo concluída em Junho de 2023.

### 3.5 - Expetativa de resultados

Supõe-se que, em primeira fase, a mulher, a mais elevada idade e o nível socioeconómico mais baixo sintam melhor índice de satisfação, e que haja melhoria significativa após a intervenção.

### 3.6 - Local de realização

Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva

### 3.7 - Concordância das instituições em que se realizará o trabalho (anexar documento comprovativo)

Em anexo.

### 3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo)

Trabalho aceite pela FEUC no âmbito do Mestrado em Economia da Saúde.

### 3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada

“O presente questionário está inserido num estudo acerca da satisfação na relação médico-doente em contexto de consulta para Tese de Mestrado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Estamos a estudar a sua satisfação com a consulta em Medicina Geral e Familiar.

As suas respostas não serão sabidas por ninguém, ninguém saberá quem respondeu e ninguém saberá como respondeu. As suas respostas são anónimas, não havendo identificação dos respondentes em momento algum do estudo.

A sua participação é voluntária, podendo retirar o consentimento e interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião em dois curtos questionários acerca da consulta que acabou de acontecer estimando-se um tempo de preenchimento de cerca de 4 minutos no máximo.

Nenhum prejuízo decorrerá para si do preenchimento ou da recusa de preenchimento deste questionário.

Mais lhe solicitamos que autorize que as suas respostas sejam colocadas em base de dados para tratamento estatístico com as respostas de outras pessoas.

Declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente neste estudo.



Cantanhede, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em caso de problema poderá contactar:

[josefaguerra99@gmail.com](mailto:josefaguerra99@gmail.com) ou o telemóvel: 912587062”

3.10 - Pedido de autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Não aplicável.

3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento

Não aplicável.

3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro

Não aplicável.

3.13 – Trabalho já submetido a outra Comissão de Ética. Se sim anexar o respetivo parecer

Não aplicável.

#### **4 - Termo de Responsabilidade:**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

**Data:**

**O investigador responsável:**

### Anexo 3.9 – Esboço de Consentimento informado

Caro Utente,

O presente questionário está inserido num estudo acerca da satisfação na relação médico-doente em contexto de consulta para Tese de Mestrado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Estamos a estudar a sua satisfação com a consulta em Medicina Geral e Familiar.

As suas respostas não serão sabidas por ninguém, ninguém saberá quem respondeu e ninguém saberá como respondeu. As suas respostas são anónimas, não havendo identificação dos respondentes em momento algum do estudo.

A sua participação é voluntária, podendo retirar o consentimento e interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião em dois curtos questionários acerca da consulta que acabou de acontecer estimando-se um tempo de preenchimento de cerca de 4 minutos no máximo.

Nenhum prejuízo decorrerá para si do preenchimento ou da recusa de preenchimento deste questionário.

Mais lhe solicitamos que autorize que as suas respostas sejam colocadas em base de dados para tratamento estatístico com as respostas de outras pessoas.

Declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente neste estudo.

Cantanhede, \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em caso de problema poderá contactar:

[josefaguerra99@gmail.com](mailto:josefaguerra99@gmail.com) ou o telemóvel: 912587062

Anexo – Formulário a aplicar na instituição em estudo

Caro utente,

Muito obrigada por aceitar preencher o presente questionário. Pedimos-lhe que responda aos seguintes itens, colocando um X na opção que melhor se adequa e preenchendo os campos assinalados com “\_\_\_” quando solicitado.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo  Feminino  Masculino  Outro

Vive sozinho? Sim  Não

Frequentou o 9º ano? Sim  Não

Tem rendimento mensal igual ou superior ao ordenado mínimo nacional? Sim  Não

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está<sup>1</sup>:

- Coloque um X na opção que melhor se adequa.

|                                   | Muito melhor | Melhor | Igual ou pior |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------------|
| Capaz de lidar com a vida         |              |        |               |
| Capaz de compreender a sua doença |              |        |               |
| Capaz de lidar com a sua doença   |              |        |               |
| Capaz de se manter saudável       |              |        |               |

|                                  | Muito mais | Mais | Igual ou menos |
|----------------------------------|------------|------|----------------|
| Confiante em relação à sua saúde |            |      |                |
| Capaz de se ajudar a si próprio  |            |      |                |

Gostaríamos de o inquirir acerca do seu grau de concordância ou discordância acerca das seguintes frases, no que respeita ao seu médico. Por favor, coloque um X na opção que melhor se adequa. Na escala, 1 significa que está em completo desacordo e 7 que está em completo acordo.<sup>2</sup>


1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
Discordo totalmente Concordo totalmente

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo) |   |   |   |   |   |   |   |
| Pergunta acerca do que está a acontecer a minha vida diária                        |   |   |   |   |   |   |   |
| Parece preocupado acerca de mim e da minha família                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações                           |   |   |   |   |   |   |   |
| É um médico que me compreende  |   |   |   |   |   |   |   |

[1] Pintalhão I, Santiago LM. Desenvolvimento de tradução para português de “Patient Enablement Instrument”. RevADSO 2013 (02):18-22

[2] Domingues, A. C., Santiago, L., & Saraiva, C. (2015). A empatia na consulta e a capacitação dos confluentes [Artigo Científico].

Anexo – CV da autora



## Josefa Ferreira Guerra

---

### Experiência profissional

---

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Colaborador SNS24</b><br><i>SNS24 - ABC Medical, Coimbra</i>  | Jan 2022 - Presente |
| <b>COORDENADORA DA POLÍTICA CULTURAL</b><br><i>DIREÇÃO-GERAL DA ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DE COIMBRA, Coimbra</i>                       | Dez 2020 - Dez 2021 |
| <b>COORDENADORA DO PELOURO DAS RELAÇÕES EXTERNAS</b><br><i>DIREÇÃO-GERAL DA ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DE COIMBRA, Coimbra</i>           | Dez 2019 - Dez 2020 |
| <b>SECRETÁRIA DA MESA DA ASSEMBLEIA MAGNA</b><br><i>ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DE COIMBRA, Coimbra</i>                                   | Dez 2018 - Dez 2019 |
| <b>COORDENADORA-GERAL DO XVI HOSPITAL DO URSINHO</b><br><i>Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra</i> |                     |

---

### Formação e Qualificações

---

|  |                     |
|--|---------------------|
| <b>Mestrado Integrado em Medicina</b><br><i>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra</i>            | Set 2017 - Presente |
| <b>Mestrado em Gestão e Economia em Saúde</b><br><i>Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra</i>    | Set 2021 - Presente |
| <b>Licenciatura em Ciências Básicas da Saúde</b><br><i>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra</i> | Set 2017 - Jul 2020 |
| <b>12.º Ano</b><br><i>Escola Secundária Lima de Faria, Cantanhede</i><br>Média 19 valores                            | Set 2014 - Jul 2017 |

## Anexo – CV do co-autor

### **Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago:**

Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra em 1979, é Mestre em Saúde Pública desde 2006 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e Doutorado em Medicina pela Universidade de Coimbra, por unanimidade com distinção e louvor em 2009. Defendeu Provas de Agregação em Janeiro de 2018, na Universidade da Beira Interior, sendo aprovado por unanimidade.

Especialista em Medicina Geral e Familiar, é Consultor com o Grau de Assistente Graduado Sénior da Carreira de Medicina Geral e Familiar.

Foi orientador de Formação Específica de sete médicos.

Como Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, desde Julho de 2017, regeu as Unidades Curriculares de Medicina Geral e Familiar, de Métodos de Investigação de Saúde das Populações e de Medicina Humanitária. Foi Diretor da Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Lecionou na Universidade da Beira Interior de 2011 a 2017 as Unidades Curriculares de Cuidados de Saúde Primários, e na Escola Superior de Tecnologias da Saúde a Unidade Curricular de Patologia Geral, de 2016 até 2022.

Desempenhou funções no INFARMED, dirigindo o Observatório de Medicamentos e Produtos de Saúde entre 2003 e 2004, e foi Co-Ordenador da Sub-região de Saúde de Coimbra entre 2004 e 2005.

É membro da EURACT, da ADSO da APMedicina Geral e Familiar e das SPCardiologia, SPDabetes, SP Hipertensão Arterial e de SPAterosclerose.

É Vice-Presidente da Direção do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

Desde 2011 é membro da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

Desde Novembro de 2017 é sócio correspondente da Academia Nacional de Medicina.

Na Ordem dos médicos foi membro eleito da Direção do Colégio entre 2002 e 2009, e membro dos órgãos sub-regionais e, no triénio 2019-2022, do Conselho Superior.

Orientador de Teses de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (194) e na Universidade da Beira Interior (15), de Mestrado pré-Bolonha (13) e de Doutoramento, nestas cinco já defendidas e outras oito em progresso. Tem mantido atividade de publicação e revisão em revistas nacionais e internacionais de fator de impacto relevante para a sua área, tendo um total de 1041 citações à data de 12 de Novembro de 2022 para 154 publicações. A realização de conferências e participação em júris em congressos médicos tem sido frequente.

Foi arguente em júris de Doutoramento (9) e de Mestrado em Medicina ou em Ciências da Saúde, em Ciências Farmacêuticas e em Economia da Saúde (21) e em Mestrado Integrado em Medicina.

Foi membro de concursos para Professor Auxiliar para as Universidades da Madeira, do Algarve, Lisboa e Beira Interior na área da Medicina Geral e Familiar.

Foi agraciado em 11 de novembro de 2022 com a Medalha de mérito da Ordem dos Médicos e em novembro de 2022 com a Medalha da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Como atividade extra-curricular tem participação ativa no Coro dos Antigos Orfeonistas da Universidade de Coimbra no qual, além de coralista, desempenhou várias funções na Direção, dentre as quais, a de Presidente.

Coimbra, 30 de novembro de 2022

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

## Anexo – Autorização da instituição

Gmail - Pedido de autorização - Inquérito a consulentes

25/01/23, 17:41



Josefa Guerra <josefaguerra99@gmail.com>

### Pedido de autorização - Inquérito a consulentes

2 mensagens

**Josefa Guerra** <josefaguerra99@gmail.com>

13 de dezembro de 2022 às 19:07

Para: usf.marquesmarialva@arscentro.min-saude.pt

Ao cuidado da Coordenação da USF Marquês de Marialva,

Exm.ª Coordenadora da USF Marquês de Marialva,  
Dr.ª Francisca Mangas,

Espero que este e-mail a encontre bem.

O meu nome é Josefa Guerra e frequento o Mestrado em Gestão e Economia em Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra paralelamente aos meus estudos em Medicina. No âmbito deste mestrado, encontro-me a realizar um estudo acerca da Relação Médico-doente e satisfação em contexto de consulta em Medicina Geral e Familiar.

Para tal, necessito de realizar inquéritos numa amostra de consulentes numa unidade de cuidados de saúde primários portuguesa e, posteriormente, intervir, apresentando os resultados ao corpo médico da instituição para efetuar nova recolha de dados. Gostaria que a USF Marquês de Marialva fosse a instituição para o efeito. Assim sendo, venho por este meio questionar se será possível a realização do estudo mencionado nesta unidade.

Os questionários a aplicar serão o PEI – Patient Enablement Instrument e o JSPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, ambos já adaptados culturalmente e validados para a o português falado na Europa e sob autorização dos autores. O PEI avalia o resultado de uma consulta com base na capacitação do consulente. O JSPPE mede a perceção dos doentes sobre a empatia do médico.

Em anexo, poderá encontrar informações acerca do estudo constantes no formulário a submeter à ARS Centro mediante concordância da USF Marquês de Marialva, bem como o esboço do formulário a utilizar. Este estudo carece ainda de parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro, dado que é por esta solicitada a concordância das instituições onde o mesmo será realizado.

Agradeço desde já a atenção e tempo despendidos.

Com os melhores cumprimentos,  
Josefa Guerra

#### 2 anexos

**CE - Esboço.pdf**  
381K

**Formulário + CI.pdf**  
147K

**Conselho Técnico USF Marques de Marialva** <ctusf.marquesmarialva@arscentro.min-saude.pt>

20 de janeiro de 2023 às 12:33

Para: Josefa Guerra <josefaguerra99@gmail.com>

Bom dia!

Após leitura da documentação enviada, foi entendido autorizar a realização do estudo na nossa Unidade.

Com os melhores cumprimentos,

Pelo CT,  
Liliana Carvalho (médica)  
Verónica Cavadas (enfermeira)



## 2. USF Marquês de Marialva's authorization

Gmail - Pedido de autorização - Inquérito a consulentes

25/01/23, 17:41



Josefa Guerra <josefaguerra99@gmail.com>

### Pedido de autorização - Inquérito a consulentes

2 mensagens

Josefa Guerra <josefaguerra99@gmail.com>

13 de dezembro de 2022 às 19:07

Para: usf.marquesmarialva@arscentro.min-saude.pt

Ao cuidado da Coordenação da USF Marquês de Marialva,

Exm.ª Coordenadora da USF Marquês de Marialva,  
Dr.ª Francisca Mangas,

Espero que este e-mail a encontre bem.

O meu nome é Josefa Guerra e frequento o Mestrado em Gestão e Economia em Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra paralelamente aos meus estudos em Medicina. No âmbito deste mestrado, encontro-me a realizar um estudo acerca da Relação Médico-doente e satisfação em contexto de consulta em Medicina Geral e Familiar.

Para tal, necessito de realizar inquéritos numa amostra de consulentes numa unidade de cuidados de saúde primários portuguesa e, posteriormente, intervir, apresentando os resultados ao corpo médico da instituição para efetuar nova recolha de dados. Gostaria que a USF Marquês de Marialva fosse a instituição para o efeito. Assim sendo, venho por este meio questionar se será possível a realização do estudo mencionado nesta unidade.


Os questionários a aplicar serão o PEI – Patient Enablement Instrument e o JSPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy, ambos já adaptados culturalmente e validados para a o português falado na Europa e sob autorização dos autores. O PEI avalia o resultado de uma consulta com base na capacitação do consulente. O JSPPE mede a perceção dos doentes sobre a empatia do médico.


Em anexo, poderá encontrar informações acerca do estudo constantes no formulário a submeter à ARS Centro mediante concordância da USF Marquês de Marialva, bem como o esboço do formulário a utilizar. Este estudo carece ainda de parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro, dado que é por esta solicitada a concordância das instituições onde o mesmo será realizado.

Agradeço desde já a atenção e tempo despendidos.

Com os melhores cumprimentos,  
Josefa Guerra

#### 2 anexos

 **CE - Esboço.pdf**  
381K

 **Formulário + CI.pdf**  
147K

Conselho Técnico USF Marques de Marialva <ctusf.marquesmarialva@arscentro.min-saude.pt>

20 de janeiro de 2023 às 12:33

Para: Josefa Guerra <josefaguerra99@gmail.com>

Bom dia!

Após leitura da documentação enviada, foi entendido autorizar a realização do estudo na nossa Unidade.

Com os melhores cumprimentos,

Pelo CT,  
Liliana Carvalho (médica)  
Verónica Cavadas (enfermeira)

### 3. Informed Consent form

Caro Utente,

O presente questionário está inserido num estudo acerca da satisfação na relação médico-doente em contexto de consulta para Tese de Mestrado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Estamos a estudar a sua satisfação com a consulta em Medicina Geral e Familiar.

As suas respostas não serão sabidas por ninguém, ninguém saberá quem respondeu e ninguém saberá como respondeu. As suas respostas são anónimas, não havendo identificação dos respondentes em momento algum do estudo.

A sua participação é voluntária, podendo retirar o consentimento e interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião em dois curtos questionários acerca da consulta que acabou de acontecer estimando-se um tempo de preenchimento de cerca de 4 minutos no máximo.

Nenhum prejuízo decorrerá para si do preenchimento ou da recusa de preenchimento deste questionário.

Mais lhe solicitamos que autorize que as suas respostas sejam colocadas em base de dados para tratamento estatístico com as respostas de outras pessoas.

Declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente neste estudo.

Cantanhede, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em caso de problema poderá contactar:

[josefaguerra99@gmail.com](mailto:josefaguerra99@gmail.com) ou o telemóvel: 912587062

#### 4. Questionnaire (PEI – Patient Enablement Instrument and JSPPE - Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy)

Caro utente,

Muito obrigada por aceitar preencher o presente questionário. Pedimos-lhe que responda aos seguintes itens, colocando um X na opção que melhor se adequa e preenchendo os campos assinalados com “\_\_\_” quando solicitado.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo Feminino  Masculino  Outro

Vive sozinho? Sim  Não

Frequentou o 9º ano? Sim  Não

Tem rendimento mensal igual ou superior ao ordenado mínimo nacional? Sim  Não

Como um resultado da sua consulta com o médico hoje, sente que está<sup>1</sup>:

- Coloque um X na opção que melhor se adequa.

|                                   | Muito melhor | Melhor | Igual ou pior |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------------|
| Capaz de lidar com a vida         |              |        |               |
| Capaz de compreender a sua doença |              |        |               |
| Capaz de lidar com a sua doença   |              |        |               |
| Capaz de se manter saudável       |              |        |               |

|                                  | Muito mais | Mais | Igual ou menos |
|----------------------------------|------------|------|----------------|
| Confiante em relação à sua saúde |            |      |                |
| Capaz de se ajudar a si próprio  |            |      |                |

Gostaríamos de o inquirir acerca do seu grau de concordância ou discordância acerca das seguintes frases, no que respeita ao seu médico. Por favor, coloque um X na opção que melhor se adequa. Na escala, 1 significa que está em completo desacordo e 7 que está em completo acordo.<sup>2</sup>

|  |
|--|
| 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7                                      |
| Discordo totalmente <span style="float: right;">Concordo totalmente</span> |

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo) |   |   |   |   |   |   |   |
| Pergunta acerca do que está a acontecer a minha vida diária                        |   |   |   |   |   |   |   |
| Parece preocupado acerca de mim e da minha família                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações                           |   |   |   |   |   |   |   |
| É um médico que me compreende  |   |   |   |   |   |   |   |

[1] Pintalhão I, Santiago LM. Desenvolvimento de tradução para português de “Patient Enablement Instrument”. RevADSO 2013 (02):18-22

[2] Domingues, A. C., Santiago, L., & Saraiva, C. (2015). A empatia na consulta e a capacitação dos confluentes [Artigo Científico].

## 5. Approval by the Ethics Committee



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

|   |   |
|---|---|
| <b>PARECER FINAL:</b><br><br><b>FAVORÁVEL</b> | <b>DESPACHO:</b> <i>Tudo de conhecimento e deliberação<br/>do Conselho da A.R.S. do Centro e<br/>Atração para a Saúde.</i><br><br>02.03.2023<br><br>Conselho Diretivo<br>da A.R.S. do Centro, I.P.<br><br><br>Dr.ª Rosa Reis Marques<br>Presidente, |
|---|---|

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ASSUNTO:</b> | <b>Estudo 138/2022 (Ressubmissão) - A relação médico-doente e a satisfação em contexto de consulta em medicina geral e familiar</b><br><br><br>Dr. Mário Rulvo Vogel, |
|-----------------|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Ressubmissão:</b>  | <br>Dr. Fernando Cravo Vogel,                        |
| A investigadora anexa a autorização da USF Marquês de Marialva e dos questionários. |  |
| Parecer favorável   |  |
| Coimbra, 16 de fevereiro de 2023  |  |
| <br>O Relator: Prof. Doutor Vítor Rodrigues   | <br>O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro |