



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

BEATRIZ SIMÕES PIRES

***A EMPATIA MÉDICA SENTIDA PELO CONSULENTE:  
CORRELAÇÃO ENTRE JSPPPE E EUROPEP***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

Trabalho realizado sob a orientação de:  
LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO  
JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

NOVEMBRO/2017

Beatriz Simões Pires

***A EMPATIA MÉDICA SENTIDA PELO CONSULENTE:  
CORRELAÇÃO ENTRE JSPPE E EUROPEP***

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de  
Coimbra, Portugal

Rua Brito Xavier, Lote 4, 1ºL, 3000-455 Coimbra

beatriz.pires.03@hotmail.com

## ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS.....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
INTRODUÇÃO .....	9
MATERIAL E MÉTODOS .....	11
RESULTADOS .....	13
DISCUSSÃO .....	18
CONCLUSÃO .....	21
AGRADECIMENTOS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS .....	25
Anexo 1. Questionário utilizado.....	25
Anexo 2. Aprovação da CE da ARS do Centro.....	28
Anexo 3. Aprovação pela Coordenadora da USF Topázio.....	29
Anexo 4. Consentimento Informado.....	30

## LISTA DE ACRÓNIMOS

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>CE</b>	Comissão de Ética
<b>CEISUC</b>	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
<b>EUROPEP</b>	<i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care</i>
<b>IQS</b>	Instituto da Qualidade em Saúde
<b>JSPPPE</b>	<i>Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy</i>
<b>MGF</b>	Medicina Geral e Familiar
<b>RMD</b>	Relação Médico-Doente
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

**Introdução:** O conceito de empatia largamente defendido na prática da atividade médica, em especial de Medicina Geral e Familiar (MGF), tem a possibilidade de ser medido na ótica daquele que procura o médico. Numa perspetiva de ser percebida a valia do instrumento *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE), é necessário, para o contexto português, fazer a sua validação, nomeadamente pela confrontação dos seus resultados com os do instrumento usualmente utilizado e já validado para o português, o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP).

**Objetivos:** Validar a escala JSPPPE, verificando a correlação entre o score médio desta e o capítulo específico do EUROPEP e saber se há diferenças populacionais nos valores médios de ambos os instrumentos em função do sexo, do grupo etário, da formação académica e da atividade laboral.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, em que foi aplicado instrumento especificamente construído, constituído por questionário epidemiológico e instrumentos JSPPPE e EUROPEP, a 185 doentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) “Topázio”, Coimbra, à saída de consultas com o(a) médico(a) de família. O questionário foi autopreenchido, salvo raras exceções previamente definidas, após consentimento informado por escrito.

Foi realizada estatística descritiva e inferencial paramétrica e não paramétrica em função da distribuição dos dados para as variáveis sexo; grupo etário (menor que 35 anos, entre 36 e 65 anos; superior a 65 anos); formação académica (baixa, para menor ou igual a 9º ano; média/alta, para formação superior a 9º ano) e atividade laboral (ativo e não ativo).

**Resultados:** Quanto à distribuição das diferentes características epidemiológicas (género, grupo etário, formação académica e atividade laboral), não se observaram diferenças significativas quanto ao valor das escalas. Também no que diz respeito à comparação das médias obtidas nas duas escalas JSPPPE e EUROPEP, segundo as características epidemiológicas, não se verificaram variações significativas. Verificou-se uma forte correlação positiva e significativa entre as duas escalas.

**Discussão e conclusão:** Não se encontraram diferenças significativas nos valores globais da escala JSPPPE e EUROPEP em função do sexo, do grupo etário, da formação académica e atividade laboral. Verificou-se uma correlação entre elas positiva, forte e significativa. O objetivo deste estudo foi atingido e concluiu-se que a JSPPPE tem então o mesmo valor tornando possível, assim, medir a empatia sentida pelo consulente numa escala curta de cinco questões.

### **Palavras-Chave**

Empatia; *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy*; *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*; Medicina Centrada na Pessoa; Cuidados de Saúde

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The widely in-practice supported concept of medical empathy, especially in General Practice/Family Medicine, can be measured from the patient point of view. In a perspective of understanding the value of the *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) instrument, it is necessary, for the Portuguese context, to make its populational validation, namely, by comparing its results with those of the commonly used and already validated for Portuguese usage, *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP).

**Methodology:** An observational, cross-sectional study in which a specifically constructed instrument, consisting of an epidemiological questionnaire and JSPPPE and EUROPEP instruments, was applied to 185 patients of the *Topázio Health Center* after appointment with the general practitioner. The questionnaire was self-completed, with rare exceptions, upon informed written consent.

Parametric and non-parametric descriptive and inferential statistics were performed according to the distribution of the data for the variables: sex; age (less than 35 years of age, between 36 and 65 years of age, over 65 years of age); academic background (low, for those who completed the 9th grade or less; medium-high, for schooling above 9th grade) and occupation (active and non-active).

**Results:** Concerning the distribution of the different epidemiological characteristics (age group, gender, academic background and occupation), no significant differences were observed in the values of both scales. The comparison of the means of both JSPPPE and EUROPEP scales, in

accordance with the epidemiological characteristics, showed no significant variations. There was a strong and significant positive correlation between the two scales.

**Discussion and conclusion:** Empathy to be easily measured by the JSPPPE shows no value difference from what can be measured by EUROPEP, being a hallmark of good medical care. It is to be concluded that JSPPPE is a good instrument to measure doctor felt empathy by patients.

### **Keywords**

Empathy; *Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy*; *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care*; Patient-Centered Medicine; Quality of Health Care



## INTRODUÇÃO

A empatia é considerada uma condição fulcral na relação médico-doente (RMD). Em cuidados de saúde primários, esta é usualmente considerada como uma competência do médico em compreender eficazmente a situação do doente, a sua perspectiva, os seus sentimentos e as suas necessidades emocionais.<sup>1</sup> Rogers<sup>2</sup>, defende que a empatia envolve um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pela outra pessoa. Para Davis<sup>3</sup>, empatia é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente à observação da experiência do outro. *Hojat*<sup>4</sup> realça o facto da palavra empatia carregar um rastro de ambiguidade e dificuldades conceituais, definindo-a como um “*atributo predominantemente cognitivo (mais que emocional), envolvendo a compreensão (mais que o sentir) das experiências, preocupações e perspetivas do doente, em combinação com a capacidade para comunicar essa mesma compreensão*”.<sup>2-5</sup>

A empatia está claramente associada a uma melhoria dos cuidados de saúde<sup>6</sup>, sendo descrita muitas vezes como uma das principais competências humanísticas no cuidado ao doente. Os componentes da RMD que permitem um envolvimento empático (comunicação, interação verbal, pistas não verbais) estão relacionados com uma maior adesão ao tratamento, níveis mais elevados de satisfação com o médico e com o sistema de saúde, menos complicações hospitalares, melhor memória e compreensão da informação médica, e melhoria na qualidade de vida e bem-estar psicológico, físico e social, sendo um fator contra o stress ou o *burnout* vivido pelos profissionais de saúde.<sup>7-10</sup>

Este conceito de empatia tem sido largamente defendido na prática da actividade médica, em especial de Medicina Geral e Familiar (MGF), e tem a possibilidade de ser medido na óptica daquele que procura o médico. O instrumento *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) foi desenvolvido para permitir uma

comparação internacional dos cuidados de prática geral na Europa, tendo sido já validado para o português, e sendo aquele que usualmente é utilizado no nosso país.<sup>11</sup> Contudo, existem muitas outras escalas que permitem avaliar a empatia nos cuidados de saúde. A *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)* foi construída especificamente num contexto da RMD, numa medicina centrada na pessoa e tem sido amplamente difundida, sendo hoje das mais usadas e tendo sido já traduzida em 25 línguas.<sup>6</sup>

Contudo, a sua validade não está firmemente estabelecida em Portugal. Surge assim a necessidade de perceber a valia do instrumento JSPPPE para o contexto português, pelo que há que analisar se os seus resultados são correlacionáveis com os do instrumento EUROPEP.

Neste estudo pretendeu-se verificar a correlação entre o score médio da escala JSPPPE e do capítulo específico do EUROPEP. Secundariamente, testou-se a existência de diferenças populacionais nos valores médios de ambos os instrumentos em função do sexo, do grupo etário, da formação académica e da atividade laboral.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este é um estudo observacional e transversal, baseado na aplicação de instrumento especificamente construído e do qual constam questionários, com caracterização epidemiológica, JSPPPE e EUROPEP (Anexo 1).

Após processo de tradução e verificação de consistência interna e de fiabilidade do questionário JSPPPE para a língua portuguesa sob autorização do autor da escala e após aprovação pela Comissão de Ética (CE) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo 2) e pela Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio (Anexo 3) foi feito trabalho de campo para a validação da escala.

Os questionários foram aplicados por investigadora externa e treinada, sempre à saída da consulta em Unidades de Saúde de Medicina Geral e Familiar no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego entre maio e outubro de 2017. Aquando da entrega dos questionários pela investigadora, esta apresentava-se sempre como aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo sempre consigo a respetiva identificação.

Os questionários foram autopreenchidos após consentimento informado por escrito (Anexo 4) e em anonimato, excepto para quatro pessoas sem literacia, sendo então a investigadora a registar as respostas.

O estudo de campo, realizou-se em dias aleatoriamente escolhidos pela investigadora, em locais recatados, não acessíveis a médicos e sem que estes soubessem da realização do trabalho. A amostra foi de conveniência em função da aceitação do convite, mas segundo os dias aleatoriamente escolhidos, para completar um tamanho mínimo de amostra de  $n=179$ , segundo o cálculo previamente efectuado para representar com um intervalo de confiança de

95% uma margem de erro de 6% e uma perspectiva de resposta de 35% para uma população representando a média de pessoas atendidas numa semana tipo de trabalho (n=625).

Procedeu-se a análise estatística descritiva e inferencial paramétrica e não paramétrica em função da distribuição dos dados para as variáveis sexo, grupo etário (idades até 35 anos, entre 36 e 65 anos e maior ou igual a 66 anos), formação académica (baixa, se menor ou igual ao 9º ano ou antigo 7º ano, e média/alta para formação superior a 9º ano ou antigo 7º ano) e atividade laboral (ativo e não ativo).

Para o estudo de validação, a JSPPPE foi controlada com 5 itens a serem respondidos numa escala do tipo Likert de 1 (discordo totalmente) até 7 pontos (concordo totalmente), sendo a pontuação dada pela média obtida somando a pontuação de cada um dos 5 itens. O questionário EUROPEP foi controlado com 8 perguntas (da 9 à 16, ambas inclusive) pertencentes às dimensões da relação médico-doente e dos cuidados médicos, do questionário traduzido em Português, na versão do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).<sup>12</sup> O valor deste instrumento foi avaliado segundo a média das respostas às questões, considerando-se, para a resposta “não aplicável” a uma questão, a redução de tal resposta para o cômputo da média.

## RESULTADOS

As características epidemiológicas da amostra estudada estão apresentadas na tabela I, para uma amostra de n=185.

**Tabela I: Caracterização geral da amostra no estudo de validação.**

Variáveis	n	%
<b>Grupo etário</b>		
Até 35 anos	22	11,9
36 a 65 anos	78	42,2
Maior que 65 anos	85	45,9
<b>Sexo</b>		
Masculino	74	40,0
Feminino	111	60,0
<b>Grupo formação académica (*)</b>		
Baixo	117	63,2
Médio/Alto	68	36,8
<b>Grupo atividade laboral (**)</b>		
Ativo	90	48,6
Não ativo	95	51,4

(\*) Baixo até ao 9ºano inclusive;

Médio/Alto maior que 9º ano.

(\*\*) Ativo: Agricultura, Indústria, Comércio, serviços e Doméstica;

Não activo: Estudante, Reformado e Desempregado.

Pelo teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov verificou-se a normalidade da distribuição dos valores médios das escalas JSPPE e EUROPEP com  $p < 0,001$  para ambas, como se pode verificar na Tabela II, onde são mostradas as médias e o desvio padrão associado, bem como o intervalo de confiança (Ic) a 95% das médias das escalas.

**Tabela II: Distribuição dos valores médios das escalas JSPPE e EUROPEP**

	<b>JSPPE</b>	<b>EUROPEP</b>
n	185	185
Média ± Desvio padrão	6,07 ± 1,12	4,53 ± 0,61
Ic a 95%	5,79 a 6,09	4,37 a 4,55
Kolmogorov-Smirnov Z	0,203	0,221
Sig. (bilateral)	<0,001	<0,001

Na análise da distribuição das pontuações pelas variáveis consideradas não se verificam diferenças significativas em função dos resultados para as escalas JSPPE e EUROPEP, como se pode verificar na tabela III.

**Tabela III: Distribuição das pontuações pelas variáveis estudadas.**

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>p</b>
<b>SEXO</b>					
<b>Valor Médio de JSPPE</b>	Masculino	74	6,08	1,00	0,945*
	Feminino	111	6,07	1,19	
<b>Valor Médio de EUROPEP</b>	Masculino	74	4,59	0,48	0,280*
	Feminino	111	4,49	0,68	

**GRUPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA**

<b>Valor Médio de JSPPE</b>	Baixo	117	6,11	1,12	0,527*
	Médio/Alto	68	6,00	1,11	
<b>Valor Médio de EUROPEP</b>	Baixo	117	4,53	0,64	0,898*
	Médio/Alto	68	4,52	0,57	

**GRUPO ATIVIDADE LABORAL**

<b>Valor Médio de JSPPE</b>	Ativo	90	6.08	1.13	0.919*
	Não Ativo	95	6.06	1.11	
<b>Valor Médio de EUROPEP</b>	Ativo	90	4.54	0.63	0.848*
	Não Ativo	95	4.52	0.60	

**GRUPO ETÁRIO**

<b>Valor Médio de JSPPE</b>	≤35 anos	22	5.61	1.56	0.280**
	36 a 65 anos	78	6.18	1.09	
	≥ 66 anos	85	6.09	0.98	
<b>Valor Médio de EUROPEP</b>	≤35 anos	22	4.28	0.90	0.167**
	36 a 65 anos	78	4.57	0.64	
	≥ 66 anos	85	4.55	0.47	

(\*) T de student;

(\*\*) Kruskal Wallis.

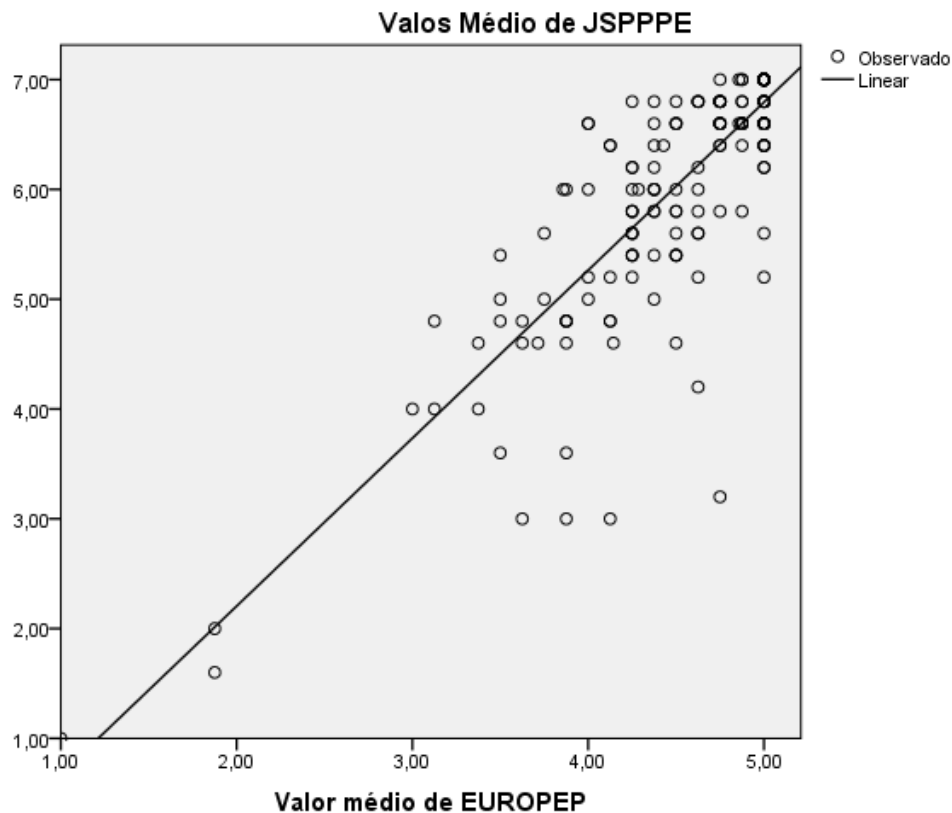
A correlação entre o valor médio dos questionários JSPPE e EUROPEP é mostrada na tabela IV, verificando-se ser elevada e significativa, tal como se mostra graficamente no gráfico 1.

**Tabela IV: Correlação entre o valor médio dos questionários JSPPE e EUROPEP**

<b>CORRELAÇÕES</b>			
		<b>Valor Médio da JSPPE</b>	<b>Valor Médio do EUROPEP</b>
<b>Valor Médio da JSPPE</b>	Correlação de Pearson	<b>1</b>	<b>0,839**</b>
	Sig. (bilateral)		<b>&lt;0,001</b>
	N	<b>185</b>	<b>185</b>
<b>Valor Médio do EUROPEP</b>	Correlação de Pearson	<b>0,839**</b>	<b>1</b>
	Sig. (bilateral)	<b>&lt;0,001</b>	
	N	<b>185</b>	<b>185</b>

(\*\*) A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

**Gráfico 1: Curva de estimação da relação entre o valor médio dos questionários JSPPE e EUROPEP**





Foi estudada a correlação entre o valor médio da JSPPPE e do EUROPEP verificando-se para todas as variáveis medidas correlação elevada e significativa, como se pode constatar na tabela V.

**Tabela V: Correlação entre o valor global de Empatia (JSPPPE) e o valor Global de EUROPEP (Questões 9-16).**

Variável	Valor médio de Empatia (JSPPPE)/Valor médio de EUROPEP (Questões 9-16)	
	$\rho$	p
<b>GRUPO ETÁRIO</b>		
<b>Até 35 anos</b>	<b>0,811</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>36 a 65 anos</b>	<b>0,904</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Maior do que 65 anos</b>	<b>0,770</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SEXO</b>		
<b>Masculino</b>	<b>0,686</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Feminino</b>	<b>0,909</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>GRUPO FORMAÇÃO ACADÉMICA (*)</b>		
<b>Baixo</b>	<b>0,867</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Médio/Alto</b>	<b>0,790</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>GRUPO ATIVIDADE LABORAL (**)</b>		
<b>Ativo</b>	<b>0,840</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Não ativo</b>	<b>0,832</b>	<b>&lt;0,001</b>

(\*) Baixo até ao 9ºano inclusive;

Médio/Alto maior que 9º ano.

(\*\*) Ativo: Agricultura, Indústria, Comércio, serviços e Doméstica;

Não ativo: Estudante, Reformado e Desempregado.

## DISCUSSÃO

A RMD vai além do encontro situacional entre esses dois intérpretes, algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas. Talvez a empatia encontre o seu significado mais compreensível na célebre e sábia máxima de Ambroise Paré: *“curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre”*.<sup>5</sup>

Estudos sugerem que a RMD mescla habilidades técnicas e pessoais. Reformas curriculares que reforcem positivamente o treino de habilidades voltadas para a consolidação da prática e a vivência de uma RMD salutar podem ter como alicerce a empatia.<sup>5</sup>

Muito se tem falado acerca da empatia na consulta médica, mas na verdade existem muito poucos estudos e dados concretos acerca deste tema.<sup>13</sup>

A cada vez maior utilização de meios complementares de diagnóstico e o permanente desenvolvimento das tecnologias podem levar a que o médico se distancie da interação com o doente. Por outro lado, cada vez mais o médico é alvo de pressões provenientes de exigência de reduções dos custos, diminuição dos tempos de consulta e de natureza económica e organizacional, pelo que urge voltar aos princípios da relação terapêutica que, sem dúvida, se não for empática não será clínica.<sup>14</sup>

Desta forma, neste estudo avaliou-se a empatia sentida pelos consulentes após consulta com o seu médico de família pela aplicação da JSPPPE e do questionário EUROPEP, de forma a avaliar a satisfação do doente nos cuidados de saúde primários.

Em relação à amostra estudada, no total 185 indivíduos, verificou-se que a maioria dos inquiridos era do sexo feminino (60%), pertencia a uma faixa etária superior a 65 anos de idade (45,9%), com formação académica baixa (63,2%) e laboralmente não ativos (51,4%).

Na análise inferencial, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis estudadas. Contudo, a característica epidemiológica onde se verifica uma

maior diferença estatística é o grupo etário. Segundo os resultados obtidos, a população com idade igual ou inferior a 35 anos parece valorizar menos a empatia sentida em relação ao seu médico ao passo que a população com idades compreendidas entre 36 e 65 anos é a que valoriza mais esta questão.

Esta diferença pode dever-se a diferentes expectativas e/ou a diferentes eventos de vida e, naturalmente, a diferentes estados de satisfação com os cuidados prestados. Estas expectativas podem ser baixas e resultantes de uma baixa assunção de direitos de cidadania face a um serviço público (*coitados, fazem o que podem e eu é que estou a incomodá-los com um problema que é pessoal*); noutros, pelo contrário, pode ser o resultado de uma sensação de propriedade egoísta do sistema (*eles estão a trabalhar para mim*), de uma sensação pouco colectiva da sociedade (*eles estão aqui apenas para me servir*) e/ou de maior criticismo em relação aos serviços prestados.<sup>15</sup>

Relativamente à análise das médias da JSPPPE e do EUROPEP, comparando-as segundo as características epidemiológicas, não se verificaram diferenças significativas, tal como era esperado e sendo assim cumprido um dos objetivos deste estudo.

Adicionalmente, e uma vez que o coeficiente de correlação de *Pearson* é de 0,839, pode inferir-se que existe uma correlação forte, positiva e, sendo o valor de p sempre <0,001, significativa entre as duas escalas abordadas. Ou seja, a JSPPPE e o EUROPEP relacionam-se e seguem o mesmo sentido, pelo que têm valor e significados correlacionáveis e sobreponíveis. O instrumento de avaliação da empatia cuja validade foi assim verificada - a JSPPPE - será, sem dúvida, uma enorme mais-valia para a prática clínica. Pelos valores da tabela V podemos constatar que para todas as variáveis estudadas há elevada e significativa correlação.

Em relação a possíveis limitações neste estudo, há que realçar que o trabalho de campo foi aplicado de modo a garantir ausência de vieses de informação e/ou de funcionamento, dado que os médicos não eram informados da realização do estudo e não tinham acesso ao local de

preenchimento dos questionários. Por outro lado, o autopreenchimento e anonimato dos inquiridos, excepto em quatro casos, favoreceu também a imparcialidade e integridade deste trabalho, dado que a investigadora apenas auxiliou os doentes com dificuldades visuais e/ou de literacia, e/ou para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Porém, não podemos deixar de referir algumas fontes de possível erro. O facto de se tratar de um estudo unicêntrico faz com que a amostra, apesar de significativa, não permita inferir acerca da realidade de outras Unidades de Saúde.

Além disso, neste processo é sempre difícil garantir que a resposta não tenha sido gerada com base na consulta prévia e não, numa relação médico-doente já estabelecida ao longo do tempo, marcada ou não por experiências menos agradáveis. Não se torna então possível deixar de admitir hipotéticos vieses de percepção, de memória e/ou de intenção no preenchimento dos questionários.

Assim, seria útil e interessante sugerir a reprodução deste estudo noutros locais, com amostras significativas de outras populações, para que se possa alcançar uma conclusão ainda mais consistente da valia da escala JSPPPE.

Por outro lado, sugere-se também que esta escala seja aplicada com o intuito de avaliar não apenas um contacto, mas uma experiência mais prolongada, de uma RMD progressivamente construída.

Além disso, importa referir que resta ainda estudar a relação entre o valor da empatia médica sentida pelo consulente com marcadores ou indicadores de actividade médica, quer de acesso, quer financeiros, quer de gestão de morbilidade.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que não se encontram diferenças significativas nos valores globais da JSPPPE e do EUROPEP segundo as variáveis epidemiológicas e que a correlação entre as duas escalas é fortemente positiva e significativa.

Pode então dizer-se que o objetivo deste estudo foi atingido e que se verificou a valia do instrumento JSPPPE, tornando possível assim medir a empatia sentida pelo consulente numa escala curta de cinco questões.

A aplicação desta escala, em estudos populacionais futuros, poderá permitir a médicos e alunos verificar se esta medida de atividade pode ser um dos marcadores de adequadas consequências na consulta de MGF.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, por toda a sua disponibilidade, dedicação, cuidado, apoio e ensinamentos fulcrais desde o primeiro momento.

Ao meu coorientador, Professor Doutor José Augusto Simões, pelo seu auxílio e cooperação neste meu trabalho.

Aos meus queridos pais e irmãos, pelo inigualável suporte e paciência ao longo de todo o meu percurso académico. Sem eles teria sido impossível a concretização deste projeto.

A todos os utentes da USF Topázio que aceitaram de forma voluntária participar neste estudo.

O meu muito Obrigada!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Derksen F, Bensing J, Kuiper S, van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Fam Pract.* 2015; 32 (1): 94-100.
2. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *J Consult Clin Psychol.* 1992; 60 (6):827-832.
3. Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach.* Madison: Brown and Benchmark Publishers; 1994.
4. Hojat M. et al. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes [S.l.]: Springe; 2007. Part 1: Empathy and Human Relationship.*
5. Costa F., Azevedo R. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Revista brasileira de educação médica.* 2010; 34 (2): 261–269.
6. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Med Educ.* 2011; 11:54.
7. Ogle J, Bushnell JA, Caputi, P. Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education.* 2013; 47(8): 824–831.
8. Kane GC et al. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J.* 2007; 48:81-86.
9. Gleichgerrcht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* 2014; 8:243.
10. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Education and Counseling.* 2011; 85 (3):390–397.
11. Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Rev Saude Publica.* 2016; 50:61.

12. Ferreira PL, Antunes P, Portugal S. O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF - 2009. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010.
13. Rakel RE. The Family Physician. In: Rakel RE. Textbook of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 3-14.
14. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. Rev Port Med Geral Fam 2012; 28:224-6.
15. Ferreira P, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2006; 22 (3):285-296.



## ANEXOS

### Anexo 1. Questionário utilizado

Julga-se que a qualidade da relação médico-doente é muito importante no resultado das consultas e na qualidade da saúde. Para sabermos como avaliar as qualidades na consulta e no relacionamento consigo do seu médico elaborámos este trabalho para o qual pedimos a sua colaboração pelo preenchimento do questionário abaixo. Ninguém conseguirá saber quem respondeu, como respondeu e o que respondeu. Pode não o preencher e pode mesmo parar o preenchimento a meio.

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

Idade:	Até 35 anos <input type="checkbox"/>	Entre 36 a 65 anos <input type="checkbox"/>	Mais de 65 anos <input type="checkbox"/>
Género:	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	
Estudos:	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1	12.º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> 3	
	9.º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> 2	Superior <input type="checkbox"/> 4	
Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Agricultura <input type="checkbox"/> 1	Doméstica <input type="checkbox"/> 5	
	Comércio <input type="checkbox"/> 2	Desempregado <input type="checkbox"/> 6	
	Indústria <input type="checkbox"/> 3	Reformado <input type="checkbox"/> 7	
	Serviços <input type="checkbox"/> 4	Estudante <input type="checkbox"/> 8	

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

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

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

**Discordo totalmente**

**Concordo totalmente**

**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*

<b>Que avaliação faz do seu médico de família quanto a:</b>	
<i>Fazê-lo/a sentir que tem tempo durante a consulta</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Interesse mostrado pela sua situação pessoal</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Facilidade com que se sentiu à vontade para lhe contar os seus problemas</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Forma como foi envolvido/a nas decisões sobre os cuidados que o médico lhe prestou</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Forma como o médico o/a ouviu</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Confidencialidade da informação sobre o seu processo</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Forma como lhe foi prestado alívio rápido dos seus sintomas</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<i>Ajuda que recebeu para se sentir suficientemente bem para desempenhar as suas tarefas diárias</i>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6

## Anexo 2. Aprovação pela CE da ARS do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>Harmonizada 30/10/2017</i>  <i>[Signature]</i>
------------------------------------	---

<b>ASSUNTO:</b> Estudo 82/2017 de 04/08/2017 A empatia médica sentida pelo consulente: correlação entre JSPPPE e Europep Investigador principal: Beatriz Simões Pires (FMUC) Orientador: Prof. Dr. Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago (FMUC)	<i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>
---	--

**Tem como objectivos:** Verificar a correlação entre o score médio da Escala JSPPPE (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy) e o capítulo específico do EUROPEP. Como objectivos secundários, saber se não há diferenças populacionais nos valores médios de ambos os instrumentos em função do sexo, da formação académica e do grupo etário.

Estudo observacional transversal. Questionário auto-preenchido após consentimento informado por escrito, 178 pessoas, sendo do sexo feminino 65 menores de 65 anos e 42 com idade superior a 65 anos; do sexo masculino 28 com menos de 64 anos e 43 com mais de 65 anos.

**CENTROS ENVOLVIDOS:** USF Topázio

Coimbra, 25 de outubro de 2017

O relator:

José António Afonso Pais

O Presidente:

### Anexo 3. Aprovação pela Coordenadora da USF Topázio



#### Aceitação de trabalho

A Coordenadora da USF Topázio, ouvido o Conselho Técnico, aceita a realização nesta USF do trabalho de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra de BEATRIZ SIMÕES PIRE, com o título “*A EMPATIA MÉDICA SENTIDA PELO CONSULENTE: CORRELAÇÃO ENTRE JSPPPE E EUROPEP*”.

Esta USF com lema “Centrados em si” tem todo o interesse neste trabalho.

Coimbra 20 de Maio de 2017,

Maria Glória Neto, Dra.  
Coordenadora  
USF Topázio

Maria da Glória Neto (Dra)

#### **Anexo 4. Consentimento Informado**

Caro Utente,

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

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada na USF Topázio. Os resultados serão discriminados por género, idade, grau de formação académica 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.

Beatriz Simões Pires

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

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

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

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

