



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

THAIS CLEMENTE MENDES

ESPECIALISTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR: CARÁTER  
SISTÉMICO OU MECANICISTA?

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA CÉLIA MARIA DE OLIVEIRA BARRETO COIMBRA  
CARVALHO

SETEMBRO 2020

# ESPECIALISTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR: CARÁTER SISTÉMICO OU MECANICISTA?

## **Investigadores:**

Thais Clemente Mendes<sup>1</sup>

Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago<sup>2</sup>

Professora Doutora Célia Maria De Oliveira Barreto Coimbra Carvalho<sup>3</sup>

## **Morada Institucional:**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra  
Azinhaga de Santa Comba, Celas 3000-548 Coimbra

## **Afiliação:**

1- Aluna do Mestrado integrado na Faculdade de Medicina de Coimbra

2-Luiz Miguel Santiago. Professor Associado com Agregação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

3- Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade dos Açores; **CINEICC** -Cognitive and Behavioural Centre for Research and Intervention; Faculty of Psychology and EducationSciences, University of Coimbra, Portugal; **Institute for Genomic Health** - Department of Psychiatry/College of Medicine, SUNY Downstate- Brooklyn, N.Y

# Índice

Índice de Tabelas.....	4
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	5
Resumo.....	7
Abstract.....	9
Introdução.....	11
Materiais e Métodos.....	14
Resultados.....	17
Discussão.....	23
Conclusão.....	25
Agradecimentos.....	27
Referências Bibliográficas.....	29
Anexos.....	32

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em S.....	17
Tabela 2 - Classificação do tipo de médico em S.....	18
Tabela 3 - Distribuição dos componentes P e Z relativos à classificação ICPC2 em S..	18
Tabela 4 - Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em A.....	19
Tabela 5 - Classificação do tipo de médico em A.....	19
Tabela 6 - Distribuição dos componentes P e Z relativos à classificação ICPC2 em A..	20
Tabela 7 - Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em P.....	21
Tabela 8 - Classificação do tipo de médico em P.....	21
Tabela 9 - Distribuição dos componentes P relativos à classificação ICPC2 em P.....	22

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

MCP – Medicina Centrada na Pessoa

ICPC2 – International Classification for Primary Care

SOAP – Subjetivo Objetivo Avaliação Plano

S – Subjetivo da Metodologia SOAP

A – Avaliação da Metodologia SOAP

P – Plano da Metodologia SOAP

Capítulo P- Capítulo Psicológico

Capítulo Z – Capítulo Social;

P01 – Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão

P02 – Reação aguda ao stress

P03 – Sensação de depressão

P04 – Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada,

P27 – Medo de perturbação mental

Z05 – Problema com as condições de trabalho

Z06 – Problema de desemprego

Z27 – Medo de problema social

P74 – Distúrbio ansioso / estado de ansiedade

P76 – Perturbação depressiva

P99 – Perturbação psicológica

P48 – Clarificação / discussão dos motivos de consulta pedido

P45 – Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta

P50 – Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos

P58 – Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica

Z48 – Clarificação / discussão dos motivos de consulta / pedido

Z45 – Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta

Z50 – Medicamentos, tratamentos e procedimentos terapêuticos

Z58 – Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica

## Resumo

**Introdução:** A abordagem em função da Medicina Centrada na Pessoa (MCP) tem vindo a adquirir relevo por associar-se a efeitos positivos em médico e paciente. O presente estudo visou saber se a abordagem a um caso clínico, através da classificação de problemas na consulta de um caso fictício por médicos de Medicina Geral e Familiar, mostrava características de abordagem mecanicista (apenas a visão médica da patologia) ou sistémica (a visão do médico e da causalidade no paciente).

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal quantitativo na Região Centro de Portugal e na Região Autónoma dos Açores. Os médicos foram convidados a participar, em anonimato, por convite eletrónico quer na rede oficial dos Internatos, quer pela rede MGFamiliar. Utilizou-se um questionário de auto-resposta para verificar a classificação de um caso clínico em Subjetivo, Avaliação e Plano (da metodologia SOAP) com as opções de resposta da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC2) nos capítulos P (Psicológico) e Z (Social) possíveis para esse caso. Consideraram-se como médicos mecanicistas os que apenas classificaram "P" e sistémicos os que selecionaram opções dos capítulos P+Z ou apenas Z. O questionário incluía, ainda, questões para caracterização epidemiológica, tais como sexo, idade, tempo de exercício de Medicina, ser especialista ou interno, ser orientador de especialidade e tipo de unidade de trabalho.

**Resultados:** Obtiveram-se dados de 227 médicos (70% género feminino; 66% especialistas, 34% internos). Sem diferenças significativas em função das variáveis utilizadas, foram considerados sistémicos em Subjetivo 56% dos médicos e em Avaliação 59%. Em Plano, houve um predomínio de tecnicistas (58%).

**Discussão:** O predomínio de médicos sistémicos no Subjetivo e Avaliação pode advir da inclusão de programas de treino de competências comunicacionais no currículo universitário de Medicina e na formação específica em Medicina Geral e Familiar. O predomínio de tecnicistas em plano pode dever-se a que a terapêutica é ainda tecnicamente orientada para a medicação e mais pensada na órbita do que o médico pensa. A sobrecarga de trabalho e modelos negativos de médicos seniores podem justificar a ausência de uma prática mais frequente de MCP. A realidade pandémica do novo coronavírus (SARS-CoV-2) poderá vir influenciar a atuação médica pelo aumento da sobrecarga de trabalho e do modelo de trabalho em teleconsulta ou de consulta presencial com distanciamento, bem como de apresentação de problemas complexos via correio eletrónico.

**Conclusão:** Os médicos em Medicina Geral e Familiar exerciam, nesta amostra, maioritariamente segundo uma abordagem sistémica no Subjetivo e Avaliação e mais tecnicista no Plano, sendo necessárias ações de formação, em pré-graduado e em pós graduado em Desenvolvimento Profissional Contínuo, para melhoria desta prática.

**Palavras-chave:** Medicina Centrada no Doente; Medicina Geral e Familiar; SOAP; ICPC2; Qualidade

## Abstract

**Introduction:** Patient Centered Medicine (PCM) approach is becoming ever more important because of its association with positive effects on doctor and patient. The present study aimed to know whether the approach to a clinical case, through the consultation's problems classification of a fictitious case by doctors of General and Family Medicine, showed characteristics of a mechanistic approach or a systemic one.

**Methods:** A cross-sectional observational study was carried out in the Central Region of Portugal and in the Autonomous Region of the Azores. Doctors were invited to participate, anonymously, by electronic invitation either on the official internship network or on a doctor's social network, the MGFamiliar network. A self-fulfilling questionnaire was used to verify the classification of a clinical case in Subjective, Assessment and Plan (from the SOAP methodology) with the response options of the International Classification of Primary Health Care (ICPC2) in chapters P (Psychological) and Z (Social) possible for this case. Mechanicists were considered as those who only classified " P " and systemic those who selected options from chapters P + Z or only Z. The questionnaire also included questions for epidemiological characterization, such as sex, age, time of exercise of Medicine, being a specialist or intern, being a specialist advisor and type of work unit.

**Results:** A sample of 227 doctors (70% female; 66% specialists, 34% interns) was studied. There were no significant differences in the studied variables. In Subjective SOAP chapter classification 56% of the doctors were systemics and in Assessment such proportion was of 59%. In the Plan, there was a predominance of technicians with a frequency of 58%.

**Discussion:** The predominance of systemic physicians in the Subjective and Assessment may be due to the inclusion of communication skills training programs in the university medical curriculum and in specific training in general practice / family medicine. The predominance of technicians in the Plan may be due to the fact that the therapy is still technically oriented towards medication and more thought about in the orbit of what the doctor thinks. The overload of work and negative models of senior doctors may justify the absence of a more frequent practice of MCP. The pandemic reality of the new coronavirus (SARS-CoV-2) may influence medical performance by increasing the workload, the tele-consultation model, the in-cabinet consultation with physical distancing and complex email reasons for encounter.

**Conclusion:** General Practice/Family Medicine doctors of this sample, were mostly systemics for the Subjective and Assessment parts of consultation and more technician

in the Plan, requiring training actions, in undergraduate and postgraduate courses in Continuous Professional Development, to improve PCM.

**Keywords:** Patient Centered Medicine; General Practice; Family Medicine; SOAP; ICPC2; Quality

## Introdução

O conceito de “humanização dos cuidados de saúde” é discutido desde 1950<sup>1</sup> sendo consensual que se baseia na potencialização da expressão de valores humanos entre os profissionais de saúde e os que os procuram,<sup>2</sup> manifestando-se, de forma consciente, através do altruísmo, dever, integridade, compaixão, respeito pelo outro e o princípio do “*primum non nocere*”.<sup>3</sup> Reconhece aquele que procura médico como sujeito com direitos e autonomia<sup>4</sup>, bem como o profissional de saúde digno como aquele que tem condições que lhe permitam realizar o atendimento humanizado desejado.<sup>1</sup>

Uma das formas de atingir a “Humanização dos cuidados de saúde” é através da “Medicina Centrada na Pessoa” (MCP),<sup>5</sup> ideia que consiste no reconhecer da pessoa na sua integridade, valorizando as suas crenças, convicções e preocupações, assim como na partilha do poder entre médico e paciente.<sup>6</sup> A aplicação deste método é possível através de uma comunicação efetiva, mediante uma escuta ativa e empática<sup>7</sup> que permita o desejável progresso de uma relação médico-doente, resultando, conseqüentemente, numa maior capacitação e empoderamento por parte do doente.<sup>8</sup> Esta metodologia tem, assim, como objetivo o avocar de um papel dinâmico, no processo terapêutico, por parte de quem consulta o médico, dinamismo este que resultará num acréscimo de responsabilidade e maior controlo da saúde por parte do mesmo.<sup>6</sup>

De uma maneira geral, verifica-se que este tipo de abordagem médica tem vantagens tanto para o médico como para a pessoa, uma vez que se encontra associada: a uma melhoria significativa do estado geral de saúde física e mental; a uma mais adequada realização de testes de diagnóstico e de referenciações;<sup>9</sup> à resolução mais eficaz de possíveis sintomas, melhor condição fisiológica e controlo da dor;<sup>10</sup> bem como à melhor aceitação e adesão ao tratamento por parte do paciente.<sup>11</sup> O profissional de saúde, por sua vez, obtém maior satisfação, fruto de um trabalho mais efetivo.<sup>12</sup>

A prática da MCP requer o crescimento pessoal do profissional de saúde,<sup>13</sup> caracterizado pela aquisição de autoconsciência e autoconhecimento,<sup>7</sup> os quais podem ser promovidos pelos tutores, através de relações de apoio e promoção de reflexão sobre situações delicadas e frágeis.<sup>14</sup> Ao adquirir estas competências, os médicos

aprendem a reconhecer e a lidar com as suas emoções, as quais são resultantes do confronto frequente com o sofrimento,<sup>7</sup> e impedem que estas experiências individuais, bem como os seus valores e ideais, interfiram na forma como se relacionam com terceiros,<sup>14</sup> quer no âmbito pessoal, quer profissional, possibilitando manutenção de relações saudáveis em ambos contextos e impedindo a deterioração da sua saúde mental.

Apesar da reconhecida importância e benefício deste referencial e do esforço realizado na maximização da implementação da MCP, acredita-se que esta abordagem ainda não é praticada.<sup>7</sup> Efetivamente, em alguns estudos<sup>15-17</sup> verificou-se uma diminuição da MCP ao longo do ensino pré-graduado e nos anos de formação específica dos novos médicos. Sustentando esta hipótese, foi realizado um estudo<sup>16</sup> em Tóquio no qual se verificou que os médicos internos diminuem as suas atitudes centradas no doente ao final do primeiro ano de internato, verificando-se uma diminuição ainda mais acentuada nos profissionais do sexo masculino. Segundo um outro estudo,<sup>17</sup> realizado na Universidade de Johns Hopkins em Baltimore, os estudantes de medicina percebem uma diminuição, ao longo do curso, de um ambiente propício a uma prática de medicina centrada no doente. Os resultados apontam para o facto de os modelos negativos de tutores e professores serem um fator preponderante e desencorajante desta prática.

O presente trabalho teve como objetivo averiguar a forma como os médicos de Medicina Geral e Familiar, internos de especialidade ou especialistas, a exercer em Coimbra ou na Região Autónoma dos Açores, se situam perante um caso clínico fictício: abordagem tecnicista ou mecanicista (pensar em forma de diagnóstico médico para resolução dirigida ao problema médico diagnosticado e na ótica do médico) ou sistémica (pensar sempre no indivíduo que sofre o problema e não só na doença), sendo esta uma abordagem em MCP.

De forma a obter conhecimento sobre qual a abordagem mais utilizada, foram nossas hipóteses que os médicos orientadores de formação, os médicos com mais anos de prática e os internos de 3º e 4º ano, fossem mais sistémicos do que tecnicistas, escolhendo associações de classificação Z (social) e P (psicológico) ou mesmo só Z em vez de apenas classificarem P na classificação ICPC2<sup>18</sup> nos capítulos classificáveis pela *International Classification for Primary Care* (ICPC2). Foi ainda nossa hipótese que os médicos mais novos ou não associados a formação seriam mais tecnicistas ou

mecanicistas, em todos os domínios da metodologia de consulta SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), com classificação realizável.<sup>19</sup>

Dado que esta especialidade é, normalmente, o primeiro contacto médico dentro dos cuidados de saúde,<sup>20</sup> os seus executantes são confrontados com casos de pessoas fragilizadas na decorrência, quer de problemas de etiologia social, quer de dor<sup>21</sup> ou enfermidade,<sup>22</sup> quer mesmo de cariz múltiplo, casos estes que podem levar os doentes a sofrimento, especialmente em contextos pandémicos.<sup>23,24</sup>

Sem uma prática de MCP, os médicos podem transformar estes casos em doenças mentais ou físicas que são tratadas apenas com medicação, a qual pode ter pouca eficiência e pode levar ao vício, resultando numa maior dificuldade em abandonar o seu uso.<sup>25-27</sup>

A revisão bibliográfica realizada previamente revelou não existirem trabalhos publicados em Portugal ou por autores portugueses sobre esta temática.

## **Materiais e Métodos**

### **Desenho de estudo**

Realizou-se um estudo observacional transversal quantitativo, sob a forma de questionário de auto-resposta.

### **Amostra de estudo e recrutamento dos participantes**

A amostra foi constituída por conveniência, e o seu tamanho foi calculado para uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 90%, sabendo-se de um universo de 2200 médicos, utilizando calculadora encontrável internet [<https://comento.com/calculadora-amostal/>].

O questionário foi aplicado, por convite, em redes de conversação de Internato de Medicina Geral e Familiar da Região Centro e da Região Autónoma dos Açores, visando, assim, possibilitar a participação, quer de internos, quer de seus orientadores. Também foi realizada disseminação de convite pela rede MGFamiliar, objetivando-se o pedido de colaboração apenas a médicos da Região Centro e Açores.

Foi obtido parecer ético positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro IP e dos Açores.

### **Instrumento**

Para a realização deste estudo, os autores elaboraram um questionário de auto-resposta, constituído por um caso clínico que foi adaptado com o objetivo de ser analisado segundo uma abordagem MCP pelos médicos. O caso clínico do questionário foi baseado na prática clínica e nos discursos de uma consulta, incluindo vinheta introdutória e discursos de médico e de doente. Pretendendo-se conhecer como os médicos classificavam em Subjetivo, Avaliação e Plano ("S" "A" e "P" do método SOAP), foram colocadas várias opções de resposta de escolha múltipla da classificação da *International Classification for Primary Care* (ICPC2) nos capítulos P (Psicológico) e Z (Social) possíveis para esse caso, podendo o médico atribuir outra classificação que quisesse em campo específico.

A metodologia SOAP, previamente referida, permite registos clínicos, súmula de anotações e classificações, para posterior consulta e acompanhamento.<sup>19</sup> Divide-se em: Subjetivo ("S"), que corresponde à perspetiva do paciente; Objetivo ("O"), visando os dados concretos do exame objetivo e resultados de exames complementares de diagnóstico e outras informações; Avaliação ("A"), que diz respeito ao diagnóstico feito

pelo médico; e Plano (“P”), onde a proposta terapêutica, farmacológica ou não, as recomendações, referências e requisição de exames complementares de diagnóstico são colocadas.

A classificação Internacional de cuidados de saúde primários (ICPC) é um sistema de codificação alfa-numérico clínico criado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde.<sup>18</sup> Permite classificar motivos de consulta e diagnósticos médicos exclusivos de cada capítulo e cujas letras correspondem a sistemas orgânicos incluindo-se problemas psicológicos e sociais, e as letras a componentes sempre iguais em todos os capítulos.<sup>18</sup>

O questionário inclui, ainda, questões para caracterização epidemiológica, entre as quais: anos de prática de profissão, género do participante, tipo de unidade de trabalho, situação profissional (interno ou especialista), ser formador de internos (no caso dos especialistas) e ano do internato em que se encontrava o interno. Faziam, também, parte integrante deste questionário, um texto introdutório, onde se partilhavam informações relativas ao enquadramento do estudo, bem como o consentimento informado, entendendo-se a resposta ao questionário como aquiescência a tal.

### **Estudo das dimensões tecnicistas ou mecanicista e sistémica.**

Para este trabalho, consideraram-se dois tipos de médicos: os tecnicistas ou mecanicistas, que apenas classificam “P” (pensar em forma de diagnóstico) e os sistémicos, que classificam, associadamente, opções dos capítulos P+Z ou apenas a opção do capítulo Z (pensar sempre no indivíduo e não só na doença).

### **Recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada em abril de 2020, tendo sido enviado o link online do questionário. Duas semanas após a primeira recolha, foi reenviado um lembrete.

### **Análise de dados**

Para os procedimentos de análise de dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 25.0 for Windows.

Realizou-se estatística descritiva e inferencial, com aplicação de testes não paramétricos (*U de Mann-Whitney* e de *Kruskall-Wallis*). A sua utilização deveu-se ao facto de, tipicamente, os testes não paramétricos serem utilizados quando existem

variáveis ordinais e nominais ou quando as variáveis numéricas não provêm de populações normais. O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado nos casos em que existem duas amostras independentes, enquanto que o teste de *Kruskal-Wallis* para três ou mais amostras independentes. Para as variáveis numéricas foi verificada a normalidade da distribuição através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Definiu-se para significância estatística o valor de  $p < .001$ .

## Resultados

Assim, seguindo o procedimento supra referenciado, o tamanho calculado da amostra foi de 222 elementos. A amostra foi constituída por 227 médicos de Medicina Geral e Familiar. Nesta amostra, 30% ( $n= 68$ ) dos indivíduos eram do sexo masculino e 70% ( $n = 159$ ) do sexo feminino. Quanto ao local de trabalho, 15% ( $n= 33$ ) trabalhavam em UCSP, 18% ( $n = 41$ ) em Centro de Saúde, 34% ( $n = 77$ ) em USF modelo A e 33% ( $n = 76$ ) em USF modelo B. Na amostra, 66% ( $n = 149$ ) eram especialistas em Medicina Geral e Familiar e 34% ( $n = 78$ ) internos desta especialidade. Dos médicos especialistas, 49% ( $n = 73$ ) eram formadores de internos de especialidade. Dos internos de especialidade, 24% ( $n = 19$ ) encontram-se a frequentar o 1º ano da especialidade, 18% ( $n = 14$ ) o 2º ano, 28% ( $n = 22$ ) o 3º ano e 30% ( $n = 23$ ) encontram-se no 4ºano de especialidade.

Quanto ao anos de prática profissional, 37% ( $n = 83$ ) tinham  $\leq 5$  anos de prática clínica, 27% ( $n = 62$ ) tinham entre 6 a 10 anos de prática clínica, 14% ( $n = 33$ ) tinham entre 11 a 15 anos de prática clínica, 7% ( $n = 15$ ) tinham entre 16 a 25 anos de prática clínica e, finalmente, 15% ( $n = 34$ ) referiram  $\geq 26$  anos de prática clínica.

Os dados obtidos mostraram não haver diferenças significativas, em função do género, quanto à experiência clínica ( $p = .063$ ), ao tipo de unidade de trabalho ( $p = .944$ ), à situação profissional ( $p = .184$ ) e ao ano de internato ( $p = .976$ ). Igualmente, não se verificaram diferenças significativas em função do género e quanto a ser ou não especialista formador em Internato de especialidade ( $p = .191$ ).

### Respostas da Classificação em Subjetivo ("S") da metodologia SOAP

Analisando os resultados em relação à classificação em Subjetivo ("S") (tabela 1), verifica-se que, para 100 participantes (44%), apenas houve classificação em Psicológico ("P"); para 123 (54%), houve simultaneidade em Psicológico ("P") e Social ("Z"); e para 4 (2%), houve apenas classificação em Social ("Z").

Tabela 1: Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em Subjetivo

Opção ICPC2 em S	Frequência Absoluta	Frequência relativa
P	100	44
Z	4	2
P+Z	123	54
Total	227	100

Nota: ICPC2-Classificação Internacional de cuidados de saúde primários; P-Capítulo Psicológico; Z-Capítulo Social

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que houve um predomínio de médicos sistémicos (56%).

Tabela 2: Classificação do tipo de médico em Subjetivo

Classificação do médico	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Tecnicista (P)	100	44
Sistémico (P+Z e Z)	127	56
Total	227	100

Nota: P-Capítulo Psicológico; Z- Capítulo Social

Pela Tabela 3, verifica-se que no Capítulo Psicológico ("P") foram sobretudo registadas as opções P27 (Medo de perturbação mental) em 30.3% e P04 (Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada), em 27.0%. No que diz respeito à distribuição das classificações Social ("Z"), verificou-se que a mais frequente foi Z05 (Problema com as condições de trabalho), representando 43,2%, seguindo-se, com a mesma frequência (28,4%), os Problema de desemprego (Z06) e o Medo de problema social (Z27). Verifica-se, também, que, das classificações atribuídas pelos 227 médicos, 433 resultaram em Psicológico ("P") e 148 em Social ("Z").

Tabela 3: Distribuição dos componentes P e Z relativos à classificação ICPC2 em Subjetivo

	Opção ICPC2 em S	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Capítulo P	P01	72	16.6
	P02	46	10.6
	P03	67	15.5
	P04	117	27.0
	P27	131	30.3
	Total	433	100
Capítulo Z	Z05	64	43.2
	Z06	42	28.4
	Z27	42	28.4
	Total	148	100

Nota: ICPC2- A classificação Internacional de cuidados de saúde primários;

Capítulo P- Capítulo Psicológico; P01-

Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão; P02- Reação aguda ao stress; P03-

Sensação de depressão; P04-Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada, P27-

Medo de perturbação mental; Capítulo Z- Capítulo Social; Z05-

Problema com as condições de trabalho; Z06-Problema de desemprego; Z27-Medo de problema social

Não se verificaram diferenças significativas na classificação atribuída por género ( $p = .532$ ), tipo de unidade de trabalho ( $p = .274$ ), anos de prática ( $p = .022$ ), ano de internato ( $p = .090$ ), ser interno ou especialista ( $p = .039$ ) e ser ou não formador em Internato de especialidade ( $p = .583$ ).

### Respostas da Classificação em Avaliação ("A") da metodologia SOAP

Das classificações sugeridas e atribuídas para o Capítulo Avaliação ("A") (tabela 4), obtivemos resposta de 226 médicos (99.6%). De forma similar ao previamente observado, dos participantes inquiridos, 93 (41%) assinalou a opção respeitante apenas ao Capítulo Psicológico ("P"), 2 dos inquiridos (1%) optou por endossar apenas o Capítulo Social ("Z") e 131 dos clínicos (58%) assinalou, em simultâneo, ambos os Capítulos, Psicológico e Social ("P" e "Z" respetivamente).

Tabela 4: Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em Avaliação

Opção ICPC2 em A	Frequência Absoluta	Frequência relativa
P	93	41
Z	2	1
P+Z	131	58
Total	226	100

Nota: ICPC2- Classificação Internacional de cuidados de saúde primários;

P- Capítulo Psicológico; Z-Capítulo Social

Tal como se pode observar na Tabela 5, existiu um predomínio de médicos sistémicos (59%).

Tabela 5 Classificação do tipo de médico em Avaliação

Tipo de médico	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Tecnista (P)	93	41
Sistémico (P+Z e Z)	133	59
Total	226	100

Nota: P-Capítulo Psicológico; Z- Capítulo Social

Relativamente à distribuição dos componentes Psicológico (“P”) da tabela 6, as opções mais assinaladas foram P02 (Reação aguda ao stress) e P27 (Medo de perturbação mental), sendo a opção mais frequente no Capítulo Social (“Z”) a Z05 (Problema com as condições de trabalho). É de salientar que “Problema de desemprego” (“Z06”) e “Medo de problema social” (“Z27”), em conjunto, representaram 55% das opções de resposta. Verificou-se, também, que, das classificações atribuídas pelos 226 médicos, 372 resultaram em Psicológico (“P”) e 155 em Social (“Z”).

Tabela 6: Distribuição dos componentes de P e Z relativos à classificação ICPC2 em Avaliação

	Opção ICPC2 em A	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Capítulo P	P01	24	6.5
	P02	114	30.6
	P03	26	7.0
	P04	25	6.7
	P27	94	25.3
	P74	32	8.6
	P76	50	13.4
	P99	7	1.9
	Total	372	100
Capítulo Z	Z05	70	45
	Z06	43	28
	Z27	42	27
	Total	155	100

Nota: ICPC2- A classificação Internacional de cuidados de saúde primários;

Capítulo P- Capítulo Psicológico; P01- Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão; P02- Reacção aguda ao stress; P03-Sensação de depressão; P04- Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada; P27- Medo de perturbação mental; P74- Distúrbio ansioso / estado de ansiedade; P76- Perturbação depressiva; P99- Perturbação psicológica; Capítulo Z- Capítulo Social; Z05-Problema com as condições de trabalho; Z06-Problema de desemprego; Z27-Medo de problema social

Utilizando testes não-paramétricos, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas na classificação atribuída por género ( $p = .751$ ), tipo de unidade de trabalho ( $p = .101$ ), anos de prática ( $p = .769$ ), ano de internato ( $p = .741$ ),

ser interno ou especialista ( $p = .006$ ) e ser formador ou não em Internato de especialidade ( $p = .495$ ).

### Respostas da Classificação Plano ("P") da metodologia SOAP

Quanto às classificações exaradas em Psicológico ("P") do método SOAP (tabela 7), verificou-se que 58% dos médicos participantes apenas assinalaram opções do Capítulo P, 1% dos inquiridos assinalaram apenas opções do Capítulo Z e 41% dos sujeitos assinalaram opções de ambos os capítulos em simultâneo.

Tabela 7: Distribuição da classificação ICPC2 em P e Z em Plano

Opção ICPC2 em P	Frequência Absoluta	Frequência relativa
P	129	58
Z	3	1
P+Z	92	41
Total	224	100

Nota: ICPC2- Classificação Internacional de cuidados de saúde primários;

P- Capítulo Psicológico; Z-Capítulo Social

Segundo a tabela 8, verifica-se que há um predomínio de médicos técnicos (58%).

Tabela 8: Classificação do tipo de médico em Plano

Tipo de médico	Frequência Absoluta	Frequência relativa
Técnico (P)	129	58
Sistémico (P+Z e Z)	95	42
Total (*)	224*	100

Nota: P- Psicológico; Z-Social; (\*)4 médicos escolheram a opção "outra"

Como se pode observar na Tabela 9, registaram-se 423 classificações em Psicológico ("P") e 139 em Social ("Z"). Verificou-se que, relativamente à distribuição dos componentes Psicológico ("P"), as opções mais assinaladas foram P58 (Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica), com 36.8% de frequência e P45 (Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta), com 28.9%, sendo a opção mais frequentemente endossada no Capítulo Social a Z45 (Observação /

educação para a saúde / aconselhamento / dieta), com 36.0% e Z58 (Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica) com 33.1%.

Tabela 9: Distribuição dos componentes P relativos à classificação ICPC2 em Plano

Opção ICPC2 em P	Frequência Absoluta	Frequência relativa	
Capítulo P	P45	122	28.9
	P48	93	22.0
	P50	52	12.3
	P58	156	36.8
	Total	423	100
Capítulo Z	Z45	50	36.0
	Z48	41	29.5
	Z50	2	1.4
	Z58	46	33.1
	Total	139	100

Nota: ICPC2- A classificação Internacional de cuidados de saúde primários; Capítulo P- Capítulo Psicológico da Classificação ICPC2; P48-Clarificação / discussão dos motivos de consulta / pedido; P45-Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta; P50- Medicções, tratamentos e procedimentos terapêuticos; P58-Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica; Capítulo Z- Capítulo Social da Classificação ICPC2; Z48- Clarificação / discussão dos motivos de consulta / pedido; Z45- Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta; Z50- Medicções, tratamentos e procedimentos terapêuticos; Z58- Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica

A realização dos testes não-paramétricos permitiu verificar a não existência de diferenças significativas na classificação atribuída por género ( $p = .248$ ), tipo de unidade de trabalho ( $p = .698$ ), anos de prática ( $p = .260$ ), ano de internato ( $p = .339$ ), ser interno ou especialista ( $p = .392$ ) e ser ou não formador em Internato de especialidade ( $p = .184$ ).

## Discussão

Ao pretender contribuir para o conhecimento da prática da MCP, este trabalho mostra a pertinência e importância que os seus dados podem adquirir, num questionamento que, apesar de relevante, se tem mostrado difícil de alcançar, a saber: a primazia da Medicina Centrada no Paciente na prática clínica dos profissionais de medicina.

O presente estudo permitiu verificar como os médicos de Medicina Geral e Familiar da Região Centro e dos Açores abordam um caso clínico: se valorizando um prisma “tecnicista/mecanicista” ou escolhendo um prisma “sistémico”, arbitrariamente definidos, mas contribuindo, o último, para uma abordagem em MCP.

Verificou-se que na metodologia mais seguida em consulta, Registo Médico Orientado por Problemas Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP), e através da Classificação ICPC2, em Subjetivo (“S”) e Avaliação (“A”), os médicos têm uma abordagem mais sistémica, enquanto que no Plano (“P”) são mais tecnicistas, o que pode indicar que a terapêutica ainda é tecnicamente orientada. O facto de os médicos sistémicos serem mais tecnicistas no plano é uma questão que merece estudo posterior.

Apesar de estudos existentes referirem que a MCP tende a diminuir ao longo do percurso da carreira médica,<sup>15-17</sup> os nossos resultados são discordantes. Tal pode ser consequência da inclusão de programas de treino de competências comunicacionais no currículo universitário de Medicina<sup>28</sup> e na formação específica em Medicina Geral e Familiar.<sup>29</sup> Há estudos que comprovam que um breve treino em comunicação melhora esta capacidade dos participantes<sup>28,30-34</sup> e, por consequência, uma maior probabilidade de uma abordagem segundo a MCP. Foi realizado um estudo,<sup>28</sup> na universidade de Medicina do Minho, dirigido a alunos do 3º ano que não tinham passado no exame final de competências clínicas, exame qual avaliava a recolha de história clínica e exame físico, que demonstra que após a aplicação de um programa de remediação de competências comunicacionais, todos os alunos mostraram melhorias nestas competências, o que resultou em aproveitamento no exame que anteriormente tinham falhado. Outro estudo<sup>34</sup>, realizado em Lisboa, verificou que vários internos de diferentes especialidades mostraram melhorias significativas na comunicação de más notícias após um treino desta natureza.

As frequências relativas favorecem em S e A a existência de abordagem sistémica que se altera em P. Poderão existir barreiras a impedir a prática de MCP por

parte alguns profissionais, sendo que estas barreiras podem ser de carácter administrativo, disso são exemplo: os horários rigorosos e os objetivos específicos a cumprir por dia, com tempo limitado por paciente;<sup>35</sup> a fadiga;<sup>13,14,35</sup> a falta de tempo pessoal;<sup>13,14</sup> e a sobrecarga no trabalho.<sup>13</sup> Esta realidade exaustiva não impossibilita a prática de uma MCP. Assim, a eventual ausência de aprendizagem em MCP e a aprendizagem de como saber geri-la pode estar em causa. Se as consequências, já referidas, resultantes de uma profissão e realidade exigente, forem seguidas por contemplação e apoio emocional, promovem autoconsciência, da qual resulta em crescimento pessoal, favorecendo este, por seu turno, a prática deste método.<sup>13</sup> Este crescimento é possível através da existência de relações de suporte, sendo a relação tutor-supervisor fulcral para os mais novos, pois é responsável pelo ensino prático de competências requeridas na MCP e ensino de gestão emocional face à condição exigente desta profissão.<sup>14</sup>

Verifica-se que os modelos negativos dos médicos mais velhos contribuem para a ausência de prática de MCP dos mais novos.<sup>17,35</sup> Um estudo<sup>35</sup> realizado em Inglaterra, verificou que os médicos mais jovens que tentam manter uma prática de MCP são criticados pelos médicos mais velhos por trabalharem de forma muito lenta, o que constitui um fator desmotivador. Outro estudo<sup>36</sup> concluiu que quando os médicos são mal tratados pelos colegas mais velhos tendem a maltratar os doentes. Desta forma, a modelagem negativa não passa apenas pela forma de como os médicos mais velhos se relacionam com os doentes, mas, também, pela forma de como se relacionam com os mais novos.

Os resultados deste estudo, mostram ainda, que não existiram diferenças significativas pelas variáveis estudadas entre sistémicos e tecnicistas em nenhum dos domínios do SOAP, a saber: anos de prática clínica, situação profissional, anos de internato ou formação de internos e tipo de unidade de trabalho. Também não se verificam diferenças em relação ao género. Este dado é contrário a outros estudos existentes<sup>16,37</sup> que referem que as médicas do género feminino têm, no geral, melhor capacidade comunicativa e uma maior abordagem MCP do que os homens com a mesma profissão.

A nova realidade pandémica que se enfrenta atualmente devido ao novo coronavírus, SARS-CoV-2, irá, por certo, ter impacto na atuação do médico, dada a sobrecarga de trabalho e do modelo de trabalho em teleconsulta ou de consulta presencial com distanciamento, bem como de apresentação de problemas complexos

via correio eletrónico. O impacto poderá passar também por mais casos clínicos eventualmente semelhantes a este, e de medos pessoais e sociais, à semelhança de situações anteriores com aumento de comorbidades do foro mental.<sup>23,24</sup> Adicionalmente, foi realizado um estudo<sup>38</sup> no Reino Unido dirigido à população em geral e a pessoas com doença mental, que revelou que, de uma maneira geral, as suas maiores preocupações em relação à pandemia eram o efeito atroz do isolamento social e o seu impacto na saúde mental, tal como o aumento dos níveis de ansiedade e depressão, preocupações práticas em relação às alterações económicas, assim como o acesso a serviços de suporte aos possíveis problemas de saúde que pudessem vir a ter.

O médico sistémico é capaz de distinguir entre situações de dorência e situações de patologia e, assim, atribuir o plano terapêutico mais adequado, o que resulta em ganho de saúde para o doente.

Verifica-se, ainda, que tanto os médicos como os estudante de medicina estão predispostos ao fenómeno de burnout.<sup>39-41</sup> O contexto pandémico poderá exacerbar esta predisposição,<sup>23</sup> uma vez que, em surtos anteriores, os médicos que trabalharam em ambientes de alto risco de infeção apresentaram mais sintomas de Stress pós-traumático,<sup>42</sup> depressão, ansiedade, medo e frustração.<sup>23</sup> Por estas razões, a MCP fornece capacidade para lidar de forma mais saudável com o sofrimento consequente da pandemia, devido a todas as competências adquiridas já referidas e consequentes desta prática.

Este trabalho teve como limitações a abrangência geográfica de apenas duas áreas de Portugal e de não ser efetuado em amostra aleatória. Como pontos fortes, este é um estudo pioneiro e que conta com uma amostra significativa, o que possibilitou aos médicos responderem quando e onde pudessem.

## **Conclusão**

Os médicos em Medicina Geral e Familiar não reduzem a pessoa apenas à sua doença, mas sim, vêem-nos como uma pessoa que vive com a(s) sua(s) doença (s). No estudo em análise, verificou-se uma abordagem mais sistémica no Subjetivo e Avaliação em consulta, sendo mais frequente a atuação tecnicista em Plano, sendo necessárias ações de formação, em pré-graduado e em pós-graduado em Desenvolvimento Profissional Contínuo, para melhoria desta prática. Numa perspetiva futura, sugerem-se

estudo que permitam clarificar em que medida a relação estabelecida entre tutor e médico mais jovem influencia a prática da MCP.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela excelente orientação, apoio constante, dedicação, paciência e ensinamentos. Acima de tudo, por ser uma inspiração contínua, um dos meus modelos positivos de “Medicina Centrada no Paciente” e por transmitir as suas críticas sempre de forma empática e construtiva. Por ser um médico e professor Humano e por me influenciar de forma positiva para toda a vida.

À Professora Doutora Célia Maria De Oliveira Barreto Coimbra Carvalho, pela excelente coorientação, cuidado e dedicação ao longo deste trabalho. Por ser uma inspiração diária a nível profissional e pessoal, por me acompanhar e tornar possível esta jornada, por nunca desistir de mim e por contribuir para aquilo que sou hoje e que serei enquanto profissional e pessoa. Por ser uma das pessoas mais doces e empáticas que já tive o prazer de conhecer.

À Dra. Gabriela Amaral, por ter contribuído na elaboração e divulgação deste trabalho.

A todos os médicos de Medicina Geral e Familiar que aceitaram participar neste estudo.

Aos meus pais, Dorival e Maria, por serem os meus exemplos de vida, quer em resiliência, quer em carácter, pelo amor e suporte incondicional, por me acompanharem e motivarem neste percurso desafiante, por sempre acreditarem em mim e por me tornarem aquilo que sou hoje. À minha mãe pelo apoio constante e motivação na realização deste trabalho e ao meu pai pelo apoio no estudo ao longo do curso.

Às minhas irmãs, Alice e Luana, por serem uma fonte de inspiração de bondade, pelo apoio incondicional, carinho, motivação e partilha de derrotas, conquistas, por terem tornado este percurso possível. Por serem um dos pilares da minha vida, por sempre estarem “lá” e atenderem o telefone nos momentos mais difíceis.

À Mel, Spike, Lulu e a todos os outros membros da família que sempre me acompanharam e tornaram este percurso mais fácil, pelo seu carinho e amor.

Ao João Sousa pelo apoio na elaboração deste trabalho.

À minha querida amiga Catarina Bettencourt, por ser um exemplo de força e determinação, pela amizade e estima de vários anos, pelo apoio constante e pelas apreciações e críticas inestimáveis que melhoraram este trabalho. Por melhorado este percurso em Coimbra.

Ao meu querido Eurico Lima, por me inspirar, pela amizade e carinho que tanto estimo e pelo apoio na elaboração deste trabalho.

À minha “rosa” Catarina Barcelos, pela amizade, criação de memórias e momentos inesquecíveis, ternura e apoio diário e constante ao longo de todos estes anos.

Às minhas queridas colegas e amigas de curso Raquel S., Maria A. e Mariana P. pelo carinho, empatia, companheirismo e apoio constante.

A todos os meus outros amigos do grupo “Fãs da Mel” (Fanfa, Diogo G, Catarina M. e Sara) pela estima e apoio constante.

## Referências bibliográficas:

1. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005 Feb;13(1):105–11.
2. Serviço Nacional de Saúde. *Compromisso para a Humanização Hospitalar*. Vila Nova de Gaia: República Portuguesa; 2019. 11.
3. Cohen JJ. Viewpoint: Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters: *Academic Medicine*. 2007 Nov;82(11):1029–32.
4. Fortes PA de C, Martins C de L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000 Dec;53(spe):31–3.
5. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev bras educ med*. 2008 Mar;32(1):90–7.
6. Pires P. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2011 Sep;27(5):482–6.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, R.Freeman T. *Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico*. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017. 317 p.
8. Sousa JCD. Do peixe no prato à cana de pesca: Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2007;23:353–8.
9. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*. 2000 Sep;49(9):796–804.
10. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423–33.
11. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998 Sep;47(3):213–20.
12. Roter DL. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1997 Jan 22;277(4):350–6.
13. Levine RB, Haidet P, Kern DE, Beasley BW, Bensinger L, Brady DW, et al. Personal growth during internship: A qualitative analysis of interns' responses to key questions. *J Gen Intern Med*. 2006 Jun;21(6):564–9.
14. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers: Patient-centredness: student and teacher experiences. *Medical Education*. 2010 Jun 15;44(7):662–73.
15. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ*. 2004 May;38(5):522–34.

16. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ.* 2018 Dec;18(1):20.
17. Wilcox MV, Orlando MS, Rand CS, Record J, Christmas C, Ziegelstein RC, et al. Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment. *Perspect Med Educ.* 2017 Feb;6(1):44–50.
18. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários [Internet]. 2nd ed. Oxford University Press; 2011 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://docplayer.com.br/7551022-Classificacao-internacional-de-cuidados-de-saude-primarios-icpc-2-segunda-edicao.html>
19. Queiroz MJ. SOAP revisitado. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.* 2009 Mar 1;25(2):221–7.
20. Howie J. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Family Practice.* 2004 Aug 1;21(4):458–68.
21. Nunes JM. Comunicação em Contexto Clínico [Internet]. Lisboa: Unpublished book; 2010 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://mgfamiliar.mystagingwebsite.com/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico/>
22. Boyd KM. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities.* 2000 Jun 1;26(1):9–17.
23. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry.* 2020 Mar;7(3):228–9.
24. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003 May 13;168(10):1245–51.
25. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming Against the Tide: Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. *Ann Fam Med.* 2017 Jul;15(4):341–6.
26. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's Attitudes, Beliefs, and Experiences Regarding Polypharmacy and Willingness to Deprescribe. *J Am Geriatr Soc.* 2013 Sep;61(9):1508–14.
27. Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI. Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatr.* 2016 Dec;16(1):15.
28. Morgado P, Lemos AR, Almeida S, Cerqueira JJ, Sousa N. A structured remediation program for communication skills. *Int J Med Educ.* 2019 Aug 29;10:161–2.
29. Programa Formativo do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar. Portaria n.º 125/2019, de 30 de abril de 2019. *Diário da República*, n.º. 83 (30-12-2019)

30. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A Controlled Trial of a Short Course to Improve Residents' Communication With Patients at the End of Life. *Academic Medicine*. 2006 Nov;81(11):1008–12.
31. Finset A, Ekeberg O, Eide H, Aspegren K. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology*. 2003 Oct;12(7):686–93.
32. Szmuilowicz E, El-Jawahri A, Chiappetta L, Kamdar M, Block S. Improving Residents' End-of-Life Communication Skills with a Short Retreat: A Randomized Controlled Trial. In: *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2009 [cited 2020 Sep 22]. p. 463–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392409001365>
33. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P-E, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. *Patient Education and Counseling*. 2007 Jun;66(3):270–7.
34. Barbosa M, Del Piccolo L, Barbosa A. Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Education and Counseling*. 2019 Jun;102(6):1104–10.
35. Williams C, Cantillon P, Cochrane M. The doctor-patient relationship: from undergraduate assumptions to pre-registration reality. *Med Educ*. 2001 Aug;35(8):743–7.
36. Baldwin DC, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med*. 1991 Aug;155(2):140–5.
37. Löffler-Stastka H, Seitz T, Billeth S, Pastner B, Preusche I, Seidman C. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. *Wien Klin Wochenschr*. 2016 Sep 1;128(17):663–8.
38. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547–60.
39. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008 Aug 1;25(4):245–65.
40. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population: *Academic Medicine*. 2014 Mar;89(3):443–51.
41. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131.
42. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Can J Psychiatry*. 2009 May;54(5):302–11.

## Anexos

### I-Caso Clínico

#### Caso Clínico

**Identificação:** Senhor 58 anos, Engenheiro civil, gerente de empresa.

Família nuclear com a esposa de 57 anos. Duvall 7, Graffar classe Alta, Excelente relação com a esposa e os dois filhos que já casaram e estão fora de casa e a viver fora de Portugal e APGAR 8 (Família altamente funcional).

**Antecedentes pessoais:** Úlcera duodenal em 2007; UMA=10; 90 g álcool por semana; Risco cardio-vascular baixo; Risco de diabetes a 10 anos baixo. Atividade física diária no trabalho. Plano Nacional de Vacinação cumprido. Faz quinquenalmente PN23 e já fez PN13.

Filho único.

**Antecedentes familiares:** Pai morte por AVC aos 72 anos; Mãe viva com 86 anos e institucionalizada: obesidade, demenciada, hipotireoidismo, artroses do trem inferior.

Tem vindo a seguir regularmente este senhor, última consulta há seis meses por motivo de realização de exames em data aniversária com Medicina Preventiva.

#### 10/10/2019:

**S.** “Sinto-me triste, desconfortável, prefiro estar só. Durmo mal, ando baralhado das ideias e mesmo irritável. Sempre fui assertivo...”

À pergunta “E tem razões para assim estar?” responde: “No último ano tenho estado meio estranho, mas desde há dez dias sinto-me pior desde que tive de encerrar a empresa por causa de um desfalque do meu contabilista... Perdi a empresa e o que mais me preocupa é que foram 7 pessoas para o desemprego e em idades acima dos 50.”

E à pergunta “Que mais receia?” responde “Ficar como a minha mãe.”

Perguntado “E no imediato como podemos ajudá-lo?” responde “Não ficar em depressão nem em ansiedade.”

À pergunta “Julga estar ansioso ou deprimido?” responde “Não, de modo nenhum!”

**O.** Humor triste, fâcies cerrado e pouca mímica e gestualidade. Por vezes irritação e exaltação no seu discurso. MMS=30, HADS depressão=5 (Normal) e HADS ansiedade=5 (Normal).

**A.....**

**P.** Perguntámos: “Julga necessitar de ajuda de medicamentos?” A resposta foi “O senhor é que sabe”. Peço que reflita acerca de “ como aconselharia alguém com os problemas que agora está a notar e que estivesse na sua situação.” Agendámos já consulta para daqui a duas semanas.

Como classificaria em ICPC2, podendo anotar um ou mais códigos. A ordenação está realizada por ordem alfa-numérica

---

S:

- P01: Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão
- P02: Reacção aguda ao stress
- P03: Sensação de depressão
- P04: Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada
- P27: Medo de perturbação mental
- Z05: Problema com as condições de trabalho
- Z06: Problema de desemprego
- Z27: Medo de problema social

A:

- P01: Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão
- P02: Reacção aguda ao stress
- P03: Sensação de depressão
- P04: Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada
- P27: Medo de perturbação mental
- P74: Distúrbio ansioso / estado de ansiedade
- P76: Perturbação depressiva
- P99: Perturbação psicológica, outra
- Z05: Problema com as condições de trabalho
- Z06: Problema de desemprego
- Z27: Medo de problema social

P:

- P48: Clarificação / discussão dos motivos de consulta / pedido
- P45: Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta
- P50: Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
- P58: Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica
- Z48: Clarificação / discussão dos motivos de consulta / pedido
- Z45: Observação / educação para a saúde / aconselhamento / dieta

Z50: Medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos

Z58: Aconselhamento terapêutico / escuta terapêutica

Outro: Se sim, qual?

Por favor, diga-nos:

---

Anos de prática de profissão:

≤5

6 a 10

11 a 15

16 a 25

≥26



Sexo:

Feminino

Masculino

Situação Profissional:

Interno de especialidade

Especialista

Sendo especialista tem/(teve) orientandos em Internato de especialidade:

Sim

Não

Sendo interno, em que ano está?

1º ano

2ºano

3ºano

4ºano

Tipo de Unidade de trabalho:

Centro de Saúde

UCSP

USFA

USFB

## II-Comissão de Ética Centro

GOVERNO  
PORTUGALREGIONAL DE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE SAÚDE DO



DEADMINISTRAÇÃO  
CENTRO, LP

### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL</p> <p>FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Handwritten: Handwritten 9/1/2020</i></p> <p>Conselho Direc A.R.S. do Centro,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Rosa Reis Marques Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. João Rodrigues VICE-Presidente,</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Luís António Sobral</p>
---------------------------------------	--

**ASSUNTO:** Estudo 125/2019

Especialistas de medicina geral e familiar: carácter sistémico ou mecanicista?

Estudo que avaliar o tipo de resposta de 10 médicos – 5 especialistas e 5 internos, para estudar a aceitabilidade, compreensão e tempo de resposta – a um caso clínico teórico, seguindo-se a sua utilização mais alargada.

Possui termo de consentimento informado adequado

Não levanta problemas éticos

Coimbra, 08 de janeiro de 2020

*[Signature]* O relator:  
(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

O Presidente da CES  
*[Signature]*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

### III- Pedido Comissão Ética Açores



**Thais Mendes** <thais.cmendes16@gmail.com>  
para Sandra.CS.Silva ▾

12/12/2019, 17:51 ☆ ↶ ⋮

Exma Enf Sandra Silva,

Boa noite. Chamo-me Thais Mendes, sou natural de São Miguel, frequentei o ciclo básico de Medicina na UAç e atualmente, frequento o 5º ano de Medicina, em Coimbra. Atualmente, estou a iniciar o meu projeto de Tese, que será defendido no meu 6º ano. Depois da escolha do tema com o meu orientador de tese, chegamos à conclusão que era do nosso interesse, englobar no meu estudo, uma amostra de um dos centros de saúde de São Miguel, mais especificamente, o centro de saúde do Nordeste, uma vez que a Dra Gabriela Amaral concordou em colaborar connosco. Posto isto, necessitava de aprovação pela CE de São Miguel para iniciar o trabalho e para futuramente, publicar. A Dra Gabriela deu-me o seu contacto, uma vez que pertence à Comissão de Ética, da Unidade de Saúde De S.Miguel. Estou a contactá-la para me elucidar acerca de como devo proceder neste caso. Já tenho uma declaração da Dra Gabriela a informar que está disposta a colaborar connosco e o meu orientador de Tese (Luiz Santiago), também está disposto a escrever uma declaração, caso seja necessário. Desde já, obrigada pela disponibilidade. Estarei disponível para o que for necessário.

Atenciosamente,  
Thais Mendes.

### IV-Parecer Comissão Ética Açores



**Sandra CSP. Silva** <Sandra.CS.Silva@azores.gov.pt>  
para Vera, mim ▾

segunda, 13/01, 21:52 ☆ ↶ ⋮

Cara Dr.ª Thais

Já enviei o pedido para reunião do CA para anexar ao parecer do responsável pela proteção de dados da USISM e ficar em deliberação, pelo que da nossa parte não há constrangimentos pode avançar com o trabalho.

Posteriormente enviarei a deliberação com a autorização para colocar no trabalho.

Boa investigação.

Ao dispor para esclarecimentos adicionais

Com os Melhores Cumprimentos

**Sandra Silva**  
Vogal Executiva do Conselho de Administração

Grotinha 1  
9500-354 Ponta Delgada  
☎ 296 249 222 📠 296 249 223  
📞 Direto: 296 249 231 📠 968 987 639  
✉ sandra.cs.silva@azores.gov.pt



## **V- Pedido Comissão de Ética Centro**

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

#### **1- Título do Projeto/Trabalho:**

ESPECIALISTAS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR: CARÁTER SISTÉMICO OU MECANICISTA?

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

##### **2.1 - Autor principal/afiliação institucional:**

Thais Clemente Mendes/Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra

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

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

#### **3 - Protocolo.**

##### **3.1 - Introdução/Justificação (inclui orientadores e co-orientadores quando aplicável); Máximo de 500 palavras:**

A Medicina Geral e Familiar é uma disciplina académica e científica, com conteúdos de educação, investigação, base de evidência e atividade clínica próprios. Sendo uma especialidade clínica orientada para os cuidados de saúde primários os seus especialistas têm competências como a construção de uma relação ao longo do tempo através da comunicação médico-doente efetiva e modulação holística integradora, isto é, todas as suas decisões são baseadas no contexto do doente e na prevalência das situações. Assim, espera-se a prática de uma medicina centrada no paciente que lhe permite ser mais capaz de lidar com a sua vida e doenças, pois é envolvido nas suas decisões.

##### **3.2 – Objetivos (máximo de 200 palavras):**

O objetivo do trabalho é verificar como os médicos perante um caso selecionado, fariam a classificação em Subjetivo, Avaliação e Plano, com as várias opções ICPC2 (Z-Social e P-Psicológico) possíveis para esse caso, no método SOAP.

##### **3.3 - Material e métodos (máximo de 500 palavras):**

Em primeiro lugar, será feito o caso clínico, elaborada uma grelha de classificação, e verificada a adequação, por aplicação a um conjunto mínimo de 10 médicos (5 internos e 5 especialistas) com o objetivo de averiguar aceitabilidade, compreensão e tempo de resposta. Posteriormente, o caso será aplicado a grupos de formação de internos e a especialistas sem orientação de internos e a especialistas com orientação de internos na Região Centro através de colaboração a obter da Coordenação do Internato Médico de

Medicina Geral e Familiar. Realizar-se-á estatística descritiva e inferencial não paramétrica adequada em SPSS.

### **3.4 – Cronograma (máximo de 100 palavras):**

Após aprovação de comissão de ética, no período de 2 meses, será feita a aplicação do caso. Nos 2 meses seguintes, haverá a elaboração de estudo da base de dados e elaboração de relatório e 2 meses depois, conclusão de relatório, para apresentação à comissão de ética, defesa e apresentação.

### **3.5 - Expectativa de resultados (máximo de 200 palavras):**

É expectável que com este estudo, se verifique que os médicos orientadores de formação, os médicos mais velhos e internos de 3º e 4ºano, sejam mais sistémicos do que mecanicistas, ou seja, escolham sobretudo mais o Z (social) do que o P (psicológico). Por outro lado, os médicos mais novos ou não associados a formação, serão mais tecnicistas. A melhor alocação de conhecimento e a resolução de um caso com a medicina centrada na pessoa, será o ganho em resultado de consulta e em consequência de saúde futura.

### **3.6 - Local de realização.**

Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários da Região Centro de Portugal e da Região Autónoma dos Açores.

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

Não há instituições envolvidas. Aguardar o que o Coordenador da Região Centro nos vai enviar. Contactar a Dra Gabriela Amaral (gabriela.amaral61@gmail.com)

### **3.8 - Consentimento das instituições dos autores do trabalho (anexar documento comprovativo). Não se aplica**

### **3.9 - Projeto de “Consentimento Informado” pela população/amostra estudada (inclui: identificação do investigador; identificação do estudo; objectivos do estudo; informações relevantes; carácter voluntário da participação; confidencialidade das respostas; declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo).**

Consentimento de participação no estudo:

*“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para verificar como perante um caso selecionado, fará a classificação em subjetivo, avaliação e plano, com as várias opções ICPC2 possíveis para esse caso.*

*O que lhe vamos perguntar tem a ver com a forma como classificaria numa consulta de um caso clínico.*

*Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).*

*A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização da tarefa a qualquer momento.*

*Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo. A entrega do trabalho preenchido ao investigador pressupõe o consentimento para que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.*

*Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.*

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

---

*Assinatura do participante*

---

*Assinatura do investigador*

Consentimento de análise de dados pessoais anónimos em base de dados.

*“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para verificar como perante um caso selecionado, fará a classificação em subjetivo, avaliação e plano, com as várias opções ICPC2 possíveis para esse caso.*

*O que lhe vamos perguntar tem a ver com a forma como avalia e trata um doente num contexto específico,*

*Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).*

*A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.*

*Os dados obtidos serão objeto de tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados.*

*Mesmo que não seja sabido quem respondeu nem como respondeu, mesmo que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo a que possa ser feita análise estatística de tal base onde todos os dados registados se encontram sem a mínima hipótese de conhecimento de quem respondeu ou de como respondeu.*

*Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.*

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

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do investigador*

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

Não aplicável por o estudo ser realizado em anonimato, sigilo e confidencialidade.

**3.11 - Estimativa de custos e fontes de financiamento:**

Integralmente suportados pelos investigadores

**3.12 - Estimativa de inconvenientes e de seguro (se aplicável).**

Não se aplica

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

**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:**

**Check list:**

1 – Preenchimento de todos os campos

2 – Anexar CV (s)

3 – Anexar comprovativos ponto 3.7

4 - Anexar comprovativos ponto 3.8

5 – Anexar documento ponto 3.9

6 – Anexar documento 3.10

7 – Anexar documento 3.12

8 – Anexar termo de responsabilidade.

## VI-Consentimento informado

### Consentimento de participação no estudo:

*“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para verificar como perante um caso selecionado, fará a classificação em subjetivo, avaliação e plano, com as várias opções ICPC2 possíveis para esse caso.*

*O que lhe vamos perguntar tem a ver com a forma como classificaria numa consulta de um caso clínico.*

*Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).*

*A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização da tarefa a qualquer momento.*

*Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo. A entrega do trabalho preenchido ao investigador pressupõe o consentimento para que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.*

*Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.*

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

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do participante*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do investigador*

### Consentimento de análise de dados pessoais anónimos em base de dados.

*“Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para verificar como perante um caso selecionado, fará a classificação em subjetivo, avaliação e plano, com as várias opções ICPC2 possíveis para esse caso.*

*O que lhe vamos perguntar tem a ver com a forma como avalia e trata um doente num contexto específico,*

*Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).*

*A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.*

*Os dados obtidos serão objeto de tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados.*

*Mesmo que não seja sabido quem respondeu nem como respondeu, mesmo que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo a que possa ser feita análise estatística de tal base onde todos os dados registados se encontram sem a mínima hipótese de conhecimento de quem respondeu ou de como respondeu.*

*Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.*

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

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do investigador*