



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

BEATRIZ LEITÃO DOMINGOS

Luto e a relação empática entre o médico e o doente em sofrimento

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, MD, PHD

CARLOS SEIÇA CARDOSO, MD, PHD

FEVEREIRO/2024

Luto e a relação empática entre o médico e o doente em sofrimento

Beatriz Leitão Domingos¹

Luiz Miguel Santiago^{1, 2}

Carlos Seïça Cardoso^{1, 3}

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal

² Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal

³ USF Condeixa. Condeixa-a-Nova, Portugal

Morada institucional:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Polo III – Polo das Ciências da Saúde. Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra

Endereço eletrónico do orientador: imsantiago@netcabo.pt

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO.....	26
AGRADECIMENTOS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	30

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

DLP	Distúrbio de Luto Prolongado
ICD11	International Classification of Diseases 11th Revision
DSM5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Quinta edição)
MGF	Medicina Geral e Familiar
USF	Unidade de Saúde Familiar
PG-13	Prolonged Grief Disorder

RESUMO

Introdução: O luto é a reação à perda de um ente significativo, traduzida num conjunto de respostas multidimensionais. A maioria das pessoas não requer intervenção profissional, porém, numa minoria (7-10%), pode associar-se a morbilidade e mortalidade consideráveis, com desenvolvimento de um processo patológico – Distúrbio de Luto Prolongado (DLP). O DLP é caracterizado por dor emocional intensa e ansiedade persistente generalizada e/ou preocupação com o falecido por mais de 6 (ICD11) ou 12 meses (DSM5), associadas a um prejuízo significativo na qualidade de vida.

Objetivo: Comparar respostas de utentes e médicos perante caso de luto e perceber como variáveis de contexto, médicas e de utentes, as influenciam.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal numa amostra de médicos de Medicina Geral e Família (MGF) e seus utentes em luto há menos de 1 ano, com aplicação de um questionário com caso clínico, que descrevia uma senhora recentemente enlutada que recorreu ao seu MGF para a ajudar. Realizou-se estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Obteve-se uma amostra n=41 participantes, média de idade 40,3 anos, 28 do sexo feminino e 21 MGF. Verificaram-se diferenças significativas nas respostas dos MGF e utentes quanto às atitudes terapêuticas a utilizar ($p < 0,001$), sendo a mais respondida o “Aconselhamento Empático”, com 53,3% (n=16) pelos MGF e 46,7% (n=14) pelos utentes. A segunda opção mais escolhida foi “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz” com 19,1% pelos MGF e 60,0% pelos utentes. 65% dos utentes preferiram associações terapêuticas, contrastando com os MGF (4,8%). Verificaram-se diferenças significativas entre os internos e Especialistas ($p = 0,014$), estes a escolher “Aconselhamento Empático” ou “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz” e os internos a responderem além destas duas opções isoladas e em associação, ainda “outras”.

Discussão: Melhor formação de médicos para a gestão de utentes em luto, Medicina Centrada na Pessoa e prescrição social são elementos que este estudo inédito, implica serem realizados.

Conclusão: Para 73,2% dos inquiridos o “Aconselhamento Empático” foi a atitude terapêutica mais selecionada, 60% dos utentes referindo “Poder falar sobre os problemas futuros e os medos que esta situação traz”, contra 19,1% dos Médicos de MGF; 65% dos utentes e 4,8% dos médicos escolheram associações, $p < 0,001$. Entre internos e especialistas verificaram-se diferenças para atitude de “Aconselhamento Empático” e “Tentar saber quais os problemas

futuros e os medos que esta situação traz” com 91,7% e 8,3% dos especialistas contra 55,6% e 27,3% dos internos, a responderem respetivamente, $p=0.014$.

Palavras-chave: Luto; Distúrbio de Luto Prolongado; Medicina Geral e Familiar; Atitude Terapêutica; Empatia; Medicina Centrada na Pessoa.

ABSTRACT

Introduction: Grief is a reaction to the loss of someone close with a group of multidimensional answers. Most of the bereaved don't require professional intervention. However, a minority is associated with a considerable morbidity and mortality and the possibility of developing a pathology – Prolonged Grief Disorder (PGD). PGD is characterized by an intense emotional pain and a generalized and persistent anxiety and/or concern with the deceased for more than 6 (ICD11) or 12 (DMS5) months, associated with a significant loss in the quality of life.

Objective: Compare responses from patients and doctors in a case of grief and understand how context variables, from doctors and patients, influence them.

Methods: It was conducted a cross-sectional observational study in a sample of Family Medicine doctors and their patients grieving in less than 1 year, by applying a questionnaire with a clinical case. The clinical case described a recently bereaved woman, who went to the Family Medicine doctor to help her. It was used descriptive statistics and inferential analysis to evaluate and interpret the data.

Results: In a sample of n=41 participants, average age 40, 28 female and 21 family doctors. Statistically significant differences were detected for the doctors and patients answers regarding therapeutic attitudes ($p < 0,001$). The therapeutic attitude most voted was "Empathetic counselling" with a frequency of 53,3% (n=16) by doctors and 46,7% (n=14) by patients. The second most chosen option was "Trying to know what are the future problems and fears that this situation brings" with a frequency of 19,1% by doctors and 60,0% by patients. 65% of patients preferred therapeutic associations, contrasting with doctors (4,8%). There were significant differences between interns and specialist ($p = 0,014$), them choosing "Empathetic counselling" and "Trying to know what are the future problems and fears that this situation brings" and interns choosing these two options isolated and in association, plus other suggestions.

Discussion: Better formation of doctors for management of bereaved patients, Person-centred care and social prescription are elements that this unprecedented study implies being carried out.

Conclusion: For 73,2% of respondents, "Empathetic counselling" was the most selected therapeutic attitude, with 60% of patients answering "Be able to talk about future problems and fears that this situation brings" against 19,1% of the doctors; 65% of patients and 4,8% of doctors chose associations, $p < 0.001$. Between interns and specialist, there were differences in "Empathetic counselling" and "Trying to know what are the future problems and fears that

this situation brings” with 91,7% and 8,3% of specialists against 55,6% and 27,3% of interns, answering respectively, $p=0.014$.

Keywords: Grief; Prolonged Grief Disorder; Family Doctor; Therapeutic attitude; Empathy; Person-Centred Medicine.

INTRODUÇÃO

Numa sociedade onde a morte é um assunto “tabu”, o processo de luto pode tornar-se ainda mais difícil. (1) O luto é uma resposta personificada da perda de um ente significativo, traduzida num conjunto de respostas multidimensionais, afetando todas as dimensões da vida - física, emocional, comportamental, social, financeira e espiritual. (2) Após a morte de alguém, é comum a manifestação de sentimentos como choque e sensação de “adormecimento”, dor, raiva, culpa e depressão. (3) Esta é uma experiência que provoca um desconforto nas pessoas, que não sabem como agir quando perdem alguém que lhes é próximo ou como agir perante alguém que está a fazer o seu luto. Estes fatores podem dificultar o luto, alongando-o ou tornando-o num processo patológico. (4)

Kübler-Ross descreveu o luto como um modelo de 5 fases – negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. (5) A negação é comum nos primeiros dias após a morte devido à dificuldade de acreditar que alguém importante não volta mais. (3) A raiva é uma emoção natural por causa da crueldade e injustiça que a morte faz transparecer, principalmente quando o indivíduo morreu antes da idade expectável. (3) A negociação faz parte da necessidade que as pessoas têm de alterar os acontecimentos do passado, não conseguindo aceitar que não há nada que possam fazer para alterar esses eventos. É frequente que as pessoas enlutadas façam acordos consigo mesmas ou com Deus, se forem religiosas. (3) A depressão advém da tristeza e saudade que representam o luto. A dor pode ser muito intensa e flutuante ao longo de meses ou anos. (3) A aceitação é gradual e é possível quando a dor é aliviada. (3)

As 5 fases não ocorrem sempre de forma linear; os pacientes em luto podem experienciar estas fases em diferentes alturas da sua vida e não há uma ordem específica em que têm de ser sentidas. (5) A pessoa pode nunca superar a morte de um ente significativo, mas pode aprender a viver outra vez, mantendo simultaneamente a sua memória. (3)

A maioria das pessoas não irá precisar de intervenção profissional ou tratamento. (6) No entanto, muitas podem beneficiar de um suporte específico. As pessoas que irão necessitar de ação médica, que correspondem a uma minoria dos recém-enlutados (aproximadamente 7-10%), sofrem de sintomas muito debilitantes e estão associados a uma morbilidade e mortalidade consideráveis. (6)

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, 7-10% dos indivíduos recentemente enlutados desenvolvem um processo patológico – Distúrbio de Luto Prolongado (DLP). (7)

O DLP é um diagnóstico oficial no ICD-11 e DSM-5 e é caracterizado por uma ansiedade persistente generalizada e/ou preocupação com o falecido por um período de, pelo menos, 6 (ICD11) ou 12 meses (DSM5) – estes períodos excedem as expectativas sociais, culturais ou religiosas do contexto do indivíduo. (7, 8) Para este diagnóstico é necessário estar também presente uma dor emocional intensa (pode ser manifestada por tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade em aceitar a morte, sentimento da perda de uma parte da própria pessoa, anedonia, entorpecimento emocional ou dificuldade em socializar) e um prejuízo significativo na vida pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional. (8) Outras características que podem estar presentes: dificuldade em lidar com o dia-a-dia sem o seu ente querido; dificuldade em lembrar de memórias positivas com o falecido; dificuldade em confiar noutras pessoas; afastamento social; sentimento que a vida não tem sentido. (8)

O instrumento de avaliação do DLP (PG-13) pode ser aplicado à população portuguesa, já que revelou ter boas qualidades psicométricas na sua adaptação e validação. (9)

A principal diferença entre um DLP e um luto não complicado reside no tempo e intensidade dos sintomas. No caso do luto não complicado há uma tendência para os sintomas diminuírem progressivamente com a adaptação do indivíduo a uma nova vida, sem o ente estimado que faleceu. (10)

Apesar do DLP poder co-existir com um episódio depressivo, estes diferenciam-se porque os sintomas do DLP focam-se especificamente na perda de um ente querido, enquanto os pensamentos depressivos e as suas reações emocionais abrangem, tipicamente, diversas áreas da vida. Para além disso, determinados sintomas do DLP (como a dificuldade em aceitar a perda, raiva devido à perda, sentimento da morte de uma parte do indivíduo) não são característicos de um episódio depressivo. (8)

O DLP é uma patologia que aumenta o risco para várias condições: Jovens adultos em luto prolongado têm 5 vezes mais risco de ter ideias suicidas (11); A incidência de eventos cardíacos, hipertensão arterial e cancro, pode aumentar, como demonstrado em estudos que consideraram os efeitos de depressão major e ansiedade generalizada devido ao luto. (12, 13) Constitui, ainda, um fator de risco para uma menor qualidade de vida (pobres interações sociais, perda de energia e do seu papel funcional em casa e na sociedade) (12) e para o

desenvolvimento de comportamentos pouco saudáveis (como alteração dos padrões de consumo de álcool, tabaco e comida). (8, 13)

Há situações que predispõem ao desenvolvimento do DLP e devem ser conhecidos pelos profissionais de saúde, de forma a serem identificadas as pessoas mais vulneráveis, tais como pessoas com antecedentes de depressão ou perturbação bipolar, idosos, mortes muito repentinas e/ou trágicas sob circunstâncias traumáticas. (6)

Sendo a Medicina Geral e Familiar (MGF) um alicerce essencial no apoio aos doentes e suas famílias, esta especialidade corresponde, normalmente, ao primeiro contacto que estes têm com os cuidados de saúde. A capacidade de aplicar eficazmente o conhecimento das relações interpessoais com os pacientes nas consultas e de ser capaz de compreender a experiência emocional dos outros é das aptidões mais importantes que um médico de MGF deve ter. (14 - 16) Corresponde a uma prática de medicina centrada na pessoa, com profissionais que se responsabilizam por um *“controlo e melhoria contínua da qualidade, tanto nos aspetos clínicos do exercício como na organização, na segurança e na satisfação das pessoas”*, privilegiando a autonomia dos indivíduos, tal como esquematizado na árvore WONCA. (15, 16)

A intimidade das emoções e a partilha privada de informação, frequentemente desconfortável, exige uma responsabilidade mútua que inclua respeito, comunicação aberta e honesta, confiança e compaixão. (17) Evidência científica demonstra que uma boa relação médico-doente se relaciona diretamente com uma influência positiva na saúde do doente, nomeadamente na saúde mental e no controlo funcional dos sintomas e da dor. (18)

Empatia é uma característica fundamental a qualquer médico e pode ser definida como a competência socio-emocional do médico compreender a situação do doente, as expectativas e os sentimentos e, de acordo com essa perceção, agir da melhor forma possível, contribuindo na terapêutica. (14)

Alguns estudos apontam que doentes que sofrem de DLP e veem a sua condição reconhecida como um diagnóstico, têm uma melhor adesão à terapêutica, bem como um melhor resultado contrariando a ideia inicial de que haveria estigmatização. (4) A validação deste diagnóstico promove um melhor entendimento do sofrimento do enlutado, reduz a auto-culpa, auxilia na eficiência do tratamento e diminui o isolamento (4).

Pessoas com o diagnóstico de DLP têm menor probabilidade de visitar profissionais de saúde mental ou física do que pessoas enlutadas com um luto não complicado. (12) Isto sugere a necessidade de uma melhor abordagem nesta população, tendo o Médico de Família um papel fundamental pois, através do contacto próximo entre o médico e o doente em processo de luto, pode identificar as pessoas em risco e incentivá-las a usar os serviços de saúde que precisam e ao mesmo tempo empoderá-las, tendo estes a capacidade de intervir na decisão partilhada, enquanto lhes introduz o diagnóstico. Torna-se, portanto, fundamental que os profissionais compreendam as melhores atitudes terapêuticas perante o luto e que percebam se vão ao encontro das preferências dos utentes que experimentam esse mesmo processo.

Assim, através da comparação de respostas entre utentes e médicos, este estudo teve por objetivo avaliar as atitudes perante o luto de médicos de MGF e dos seus utentes com morte de um familiar em primeiro grau há menos de um ano. Como objetivo secundário tentamos estudar se algumas variáveis de contexto influenciavam essas atitudes.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal numa amostra de Médicos de MGF e dos seus utentes em luto há menos de um ano com obtenção de parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde Centro. (ANEXO I)

Neste estudo incluíram-se Médicos de MGF, especialistas e internos, que trabalhassem na região centro, e utentes dos seus ficheiros com morte de um familiar em primeiro grau (irmão, pai, filho, conjugue) há menos de 1 ano.

A recolha de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2023 em unidades de Saúde Familiar (USF) de Coimbra, nomeadamente a USF Cruz de Celas, CelaSaúde, Pulsar e Manuel Cunha.

Os médicos que colaboraram foram selecionados através de um convite específico da investigadora. A cada um dos que aceitou participar, foi solicitado que identificasse utentes do seu ficheiro clínico em luto há menos de um ano.

Foi aplicado um questionário com um caso clínico, cuja leitura pretendia a identificação do leitor com uma pessoa em luto e, assim, perceber qual a melhor abordagem de um médico perante essa situação e qual a atitude pretendida pela pessoa que dela sofria. (ANEXO II e III). Foram também recolhidos dados para caracterização sociodemográfica dos participantes. Para a realização deste trabalho desenvolveu-se um caso clínico de uma senhora de 40 anos, de classe média, mãe de dois filhos, que perdeu o marido emigrado em França devido a um enfarte agudo do miocárdio. A notícia da morte foi dada através de um telefonema. A morte repentina, a distância do marido e a forma como foi dada a notícia tornaram a situação de luto ainda mais complicada do que o normal.

O caso clínico não teve por base nenhum caso real conhecido ou descrito na literatura. A formulação foi desenvolvida pela equipa de investigação, tendo por base algumas premissas como o facto de haver, em Portugal, mais mulheres viúvas do que homens. (19) Foi feito um pré-teste com colegas da investigadora para avaliar o tempo de leitura e a compreensão do questionário. Os colegas da investigadora são indivíduos com formação superior, na faixa etária dos 22-24 anos.

O questionário foi aplicado de duas formas – formato impresso e em formato online, via “google forms”, tendo havido 13 respostas em formato impresso e 28 respostas em formato online.

A amostra foi obtida de forma oportunística, uma vez que os médicos procuraram pessoas no seu ficheiro que cumpriam os critérios de inclusão.

A aplicação dos questionários foi realizada no final das consultas, em que foram abordados utentes que, cumprindo os critérios de inclusão e após leitura e assinatura do consentimento informado, aceitaram participar no estudo. Os utentes que não tiveram uma consulta com o seu médico de MGF, durante o período de realização deste estudo, responderam o questionário “Google Forms” em casa, por via eletrónica.

Realizou-se estatística descritiva e inferencial dos dados. Utilizaram-se testes paramétricos, como o teste Qui-Quadrado de Pearson, para analisar a relação entre as variáveis nominais, o sexo e as respostas dos médicos e utentes e entre o sexo e a idade dos médicos e/ou utentes. O teste U de Mann-Whitney foi usado para comparar duas variáveis independentes, a posição na especialidade e os grupos etários quanto às atitudes terapêuticas dos médicos e utentes. Definiu-se como valor para probabilidade de diferença significativa estatística o de $p < 0,05$.

Foi utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.0.

RESULTADOS

Foi estudada uma amostra de 41 participantes - 21 MGF (51,2%) e 20 utentes (48,8%) (Tabela 1).

Dos médicos, 13 eram do sexo feminino (61,9%), com maior número de respostas no grupo com menos que 45 anos (66,7%; n=14), p=0,213. Dos utentes, 15 eram do sexo feminino (75,0%) havendo maior frequência de respostas no grupo com idade igual ou superior a 45 anos 60,0% (n=12), p=0,296.

Não se verificaram diferenças significativas nas variáveis de contexto entre médicos e utentes (ANEXO IV).

Não se verificaram diferenças significativas nas variáveis testadas, em função do sexo, segundo a Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo o sexo para médicos e doentes quanto a frequência relativa e idade e sua inferência.

		Sexo		Total n (%)	p (*)
		Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Médico ou utente	Médico	13 (46,4%)	8 (61,5%)	21 (51,2%)	0,287
	Utente	15 (53,6%)	5 (38,5%)	20 (48,8%)	
Total		28 (100%)	13 (100%)	41 (100%)	
Idade	Menor que 45	15 (53,6%)	7 (53,8%)	22 (53,7%)	0,626
	Maior ou igual a 45	13 (46,4%)	6 (46,2%)	19 (46,3%)	
Total		28 (100%)	13 (100%)	41 (100%)	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Quanto às atitudes terapêuticas a utilizar, comparando as respostas de MGF e Utentes, verificaram-se diferenças significativas, segundo a Tabela 2.

A atitude terapêutica considerada como mais adequada em ambos os grupos (MGF e Utentes) foi a de “Aconselhamento Empático” com uma frequência de respostas de 53,3% (n=16) por parte dos MGF e de 46,7% (n=14) por parte dos Utentes.

Dentro do grupo dos MGF, 69,6% (n=16) escolheu o “Aconselhamento Empático”, seguido da atitude de “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz” com uma frequência de 17,4% (n=4). Foram sugeridas duas opções – “Tentar perceber se o que o doente precisa é desabafar/ter um ombro amigo ou se quer palavras/conselhos e mostrar ao utente que o médico está disponível e perceber se tem medos/problemas futuros” e “Praticar escuta terapêutica”.

No grupo dos utentes, 27,5% (n=14) considerou “Aconselhamento Empático” como uma das atitudes mais adequadas, estando a segunda opção mais escolhida, “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz”, muito próxima da primeira com uma frequência de 23,5% (n=12). A terceira opção considerada como mais adequada pelos utentes é a “Atitude Passiva” com uma frequência de 11,8% (n=6), sendo que destes, 66,7% (n=4) escolheram esta atitude em associação com outras.

Quanto às opções sugeridas pelos utentes, com uma frequência de 7,8% (n=4), destaca-se “Recomendar apoio psicológico ou psiquiátrico, se o médico considerar necessário”, “O médico mostrar disponibilidade para apoiar”, “Ter o atendimento normal do médico” e “Aliviar a solidão”.

Analisando as respostas, verificou-se, ainda, que os utentes têm uma maior tendência para escolher associações de Atitudes Terapêuticas, 31,7% (n=13), do que os MGF, 2,4% (n=1). E mesmo entre os utentes, a maioria prefere associações a atitudes terapêuticas individualizadas, 65% (n=13). A associação mais escolhida foi a “Aconselhamento Empático + Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz” com uma frequência de 6,8% (n=5).

Tabela 2: Distribuição da escolha das atitudes terapêuticas entre MGF e utentes.

		Respondente		Total n (%)	p (*)
		MGF n (%)	Utente n (%)		
Respostas	Aconselhamento Empático	16 (69,6%)	14 (27,5%)	30 (40,5%)	<0,001
	Problemas e Medos	4 (17,4%)	12 (23,5%)	16 (21,6%)	
	Outros	2 (8,7%)	4 (7,8%)	6 (8,1%)	
	Atitude Passiva	0 (0,0%)	6 (11,8%)	6 (8,1%)	
	Medicação	0 (0,0%)	2 (3,9%)	2 (2,7%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos	1 (4,3%)	4 (7,8%)	5 (6,8%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + outros	0 (0,0%)	3 (5,9%)	3 (4,1%)	
	Problemas e Medos + Medicação	0 (0,0%)	1 (1,9%)	1 (1,4%)	
	Problemas e Medos + Atitude Passiva	0 (0,0%)	2 (3,9%)	2 (2,7%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva + outros	0 (0,0%)	1 (2,9%)	1 (1,4%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + Medicação	0 (0,0%)	1 (2,9%)	1 (1,4%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva	0 (0,0%)	1 (2,9%)	1 (1,4%)	
	Total	23 (100,0%)	51 (100%)	74 (100%)	

*teste U de Mann-Whitney

Verificou-se diferença significativa entre as respostas dos MGF, de acordo com a posição na especialidade, de acordo com a Tabela 3.

Tanto os internos como os especialistas consideraram o “Aconselhamento Empático” como a Atitude Terapêutica mais adequada, com frequências de respostas de 68,8% (n=11) por parte dos especialistas e de 31,2% (n=5) pelos internos.

Os especialistas apenas consideraram como escolhas adequadas o “Aconselhamento Empático”, 91,7% (n=11), e “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz”, 8,3% (n=1).

Os internos escolheram, igualmente, como atitudes mais adequadas o “Aconselhamento Empático”, 45,5% (n=5), e “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz”, 27,3% (n=3). No entanto, também deram sugestões de outras Atitudes Terapêuticas, 18,2% (n=2), e consideraram uma associação “Aconselhamento Empático + Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz”, 9,1% (n=1).

Tabela 3: Respostas dos MGF segundo a posição na especialidade

		Posição na especialidade		Total n (%)	p (*)
		Interno n (%)	Especialista n (%)		
Respostas dos Médicos	Aconselhamento Empático	5 (45,5%)	11 (91,7%)	16 (69,6%)	0,014
	Problemas e Medos	3 (27,3%)	1 (8,3%)	4 (17,4%)	
	Outros	2 (18,2%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos	1 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)	
Total		11 (100%)	12 (100%)	23 (100%)	

*teste U de Mann-Whitney

Quanto às respostas dos utentes, não foram verificadas diferenças significativas, em função da idade, de acordo com a Tabela 4.

A atitude terapêutica mais escolhida foi a “Aconselhamento Empático”, com uma frequência de respostas de 57,1% (n=8) pelo grupo “Maior ou igual a 45” e com uma frequência de 42,9% (n=6) pelo grupo “Menor que 45”.

Relativamente às sugestões deixadas pelos Utentes, apenas o grupo “Maior ou igual a 45” é que se expressou, com uma frequência de 20,0% (n=4).

Tabela 4: Respostas dos Utentes, segundo o grupo etário e sua inferência.

		Idade dos utentes		Total n (%)	Valor de p (*)
		Menor que 45 n (%)	Maior ou igual a 45 n (%)		
Respostas dos utentes	Aconselhamento Empático	6 (28,6%)	8 (26,7%)	14 (27,5%)	0,483
	Problemas e Medos	5 (23,5%)	7 (23,3%)	12 (23,5%)	
	Atitude Passiva	3 (14,3%)	3 (10,0%)	6 (11,8%)	
	Outros	0 (0,0%)	4 (13,3%)	4 (7,8%)	
	Medicação	1 (4,8%)	1 (3,3%)	2 (3,9%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos	3 (14,3%)	1 (3,3%)	4 (7,8%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + outros	0 (0,0%)	3 (10,0%)	3 (5,9%)	
	Problemas e Medos + Medicação	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (2,0%)	
	Problemas e Medos + Atitude Passiva	1 (4,8%)	1 (3,3%)	2 (3,9%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva + outros	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (2,0%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + Medicação	1 (4,8%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva	1 (4,8%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Total	21 (100%)	30 (100%)	51 (100%)	

*teste U de Mann-Whitney

Também não foram verificadas diferenças nas respostas dos utentes, em função do sexo, segundo a Tabela 5.

“Aconselhamento Empático” foi a atitude terapêutica mais escolhida, 70% (n=14), com uma frequência de respostas de 71,4% (n=10) pelo grupo de sexo feminino e uma frequência de 28,6% (n=4) pelo grupo de sexo masculino.

A opção “Ser medicado com ansiolíticos e/ou antidepressivos” foi escolhida apenas pelos utentes do sexo feminino, com 13,3% (n=2) a escolher esta opção dentro deste grupo. Verificou-se que esta atitude foi considerada em associação com outras.

As associações terapêuticas foram, sobretudo, selecionadas pelo grupo do sexo feminino, com 76,9% (n=10) a escolhê-las, entre todas as pessoas que escolheram essa opção.

Tabela 5: Respostas dos Utentes, segundo o sexo e sua inferência.

		Sexo		Total n (%)	Valor de p (*)
		Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Respostas dos utentes	Aconselhamento Empático	10 (25,6%)	4 (33,3%)	14 (27,5%)	0,349
	Problemas e Medos	9 (23,1%)	3 (25,0%)	12 (23,5%)	
	Atitude Passiva	5 (12,8%)	1 (8,3%)	6 (11,8%)	
	Outros	3 (7,7%)	1 (8,3%)	4 (7,8%)	
	Medicação	2 (5,1%)	0 (0,0%)	2 (3,9%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos	2 (5,1%)	2 (16,7%)	4 (7,8%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + outros	2 (5,1)	1 (8,3%)	3 (5,9%)	
	Problemas e Medos + Medicação	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Problemas e Medos + Atitude Passiva	2 (5,1%)	0 (0,0%)	2 (3,9%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva + outros	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Aconselhamento Empático + Problemas e Medos + Medicação	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Aconselhamento Empático + Atitude Passiva	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	
	Total	39 (100%)	12 (100%)	51 (100%)	

*teste U de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

O luto representa um desafio emocional complexo que afeta indivíduos de diversas maneiras, podendo prejudicar significativamente a saúde mental e física dos enlutados, evidenciando a necessidade de uma abordagem holística. As táticas médicas assumem um papel importante na mitigação do sofrimento associado ao luto, proporcionando não apenas alívio sintomático, mas também contribui para a reconstrução do equilíbrio emocional dos enlutados.

A atitude terapêutica considerada mais adequada, tanto pelos Utentes como pelos Médicos, foi a de aconselhamento empático. A abordagem terapêutica a um paciente em luto requer sensibilidade, empatia e uma compreensão profunda da natureza do processo de luto. O médico deve cultivar uma atmosfera de empatia, com uma compreensão genuína das emoções do paciente em sofrimento. Ouvir atentamente e validar as experiências do enlutado são passos cruciais para estabelecer uma relação terapêutica sólida. (14, 16)

A maior diferença notada nas respostas corresponde à maior importância que os enlutados dão a ser ouvidos quanto aos medos e problemas futuros, quando comparados com os médicos. Também foi possível perceber que os utentes preferiam uma associação de atitudes terapêuticas e não uma única resposta ao seu sofrimento, sendo esta resposta única a esperada pelos médicos. Esta preferência pelos enlutados pode ser explicada pela complexidade das emoções sentidas durante esta fase, com uma necessidade de se sentirem apoiados e ouvidos. (1)

Perante esta inferência, parece ainda haver espaço de aprendizagem para os médicos na Medicina Centrada na Pessoa. Este é um conceito introduzido por Balint que defende a construção de uma aliança terapêutica através de decisões partilhadas, tendo o doente um papel ativo na sua saúde. (16) No estudo de adaptação cultural e validação da Escala de MCP para as Pessoas foi percebido que *“As vantagens da medicina centrada na pessoa são muitas, incluindo maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento, melhor resposta à terapêutica, redução da ansiedade e melhoria da saúde mental”*. (16) (*)

Considerando algumas sugestões dadas pelos utentes, é de realçar *“Recomendar apoio psicológico ou psiquiátrico, se o médico considerar necessário”*. De facto, segundo o modelo adotado por Penny e Relf, que tem sido usado no Reino Unido para guiar os serviços de luto à população, estima-se que cerca de 10% dos enlutados inserem-se no grupo de alto risco que necessita de ajuda por profissionais de saúde mental. (20) Esta abordagem individualizada por parte de psiquiatras e a sua identificação por Médico de MGF parece essencial para evitar o desenvolvimento de processos patológicos.

(*) Sob autorização dos autores

Outra sugestão a destacar é a de “Aliviar a solidão”. É verdade que uma das queixas predominantes dos utentes em luto é a solidão, principalmente em indivíduos mais idosos, com 70% dos viúvos a descrever a solidão como o elemento mais difícil de lidar diariamente. (21) Níveis mais elevados de solidão associam-se a sintomas de luto mais graves após 6 meses. (21) Em alguns casos crónicos, solidão significativa, persistente e intensa é um sintoma central associado ao DLP. (22)

Como o luto é uma reação natural e universal à perda, as sociedades deviam ter uma rede de apoio que integrasse estes indivíduos em sofrimento. Assim, as propostas para lidar com o luto correspondem a medidas que permitam reconhecer um indivíduo em luto a necessitar de ajuda profissional individualizada e saber encaminhá-lo.

O ideal seria todos os enlutados terem consulta com o seu Médico de MGF, que com um aconselhamento empático e uma escuta ativa e paciente dos problemas e medos, terá uma atitude terapêutica adequada ao sofrimento do doente. (6, 14-16) No entanto, devido à grande pressão a que estão sujeitos os cuidados de saúde primários, nem sempre será possível ter uma consulta adequada, com todos os utentes que perderam alguém recentemente, quer por iniciativa do médico, quer por iniciativa do enlutado. Assim, será interessante construir uma rede de apoio social que saiba identificar os doentes de risco alto e moderado e possa referenciar para o profissional adequado, Médico de MGF ou Psiquiatra.

Incentivar a participação em grupos de apoio ao luto oferece ao paciente a oportunidade de partilhar experiências com outras pessoas que passaram por situações semelhantes. A interação com indivíduos que compreendem a complexidade do luto pode criar uma rede de apoio valiosa, aliviando a solidão e o desenvolvimento de patologia.

As redes de apoio social podem ser grupos da comunidade, cujos responsáveis teriam de ter uma formação sobre a morte e o luto, para saberem lidar com os enlutados, perceberem sinais de alarme e como atuar perante eles. (23) Trata-se de uma prescrição social, descrita como *“uma forma de vincular os utentes dos Cuidados Primários de Saúde a fontes de apoio na comunidade para ajudar a melhorar a sua saúde e bem-estar”*. (23) A prescrição social vai de encontro às exigências sociais dos doentes e reduz o uso dos cuidados de saúde primários, capacitando o doente na autogestão da sua saúde. (23)

Segundo os resultados deste estudo, parece necessária uma mais abrangente formação prática de médicos para a gestão de utentes em luto, abordando-os holisticamente para auxílio no seu percurso futuro, mostrando-se presentes e fazendo-os sentirem-se ouvidos. Também é fundamental que a literacia em saúde inclua este assunto, para deixar de ser um assunto “tabu” e trazer benefício à população que deve deixar de se sentir constrangida perante enlutados e conseguir apoiá-los da melhor forma. A literacia em saúde, definida pela

OMS como “*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde*” pode, assim, ser relevante para capacitar as próprias pessoas em sofrimento a perceberem quando estão numa situação mais preocupante e a como agirem. (1, 24)

Apesar de toda a insistência da investigadora e dos vários lembretes realizados, a amostra populacional foi reduzida. Esta limitação resultará do limite usado relativamente ao tempo de luto (1 ano), da dificuldade que pode ser abordar pessoas que estão a sofrer para responder a perguntas sobre esse mesmo assunto e mesmo à dificuldade em conseguir colaboração de médicos de MGF que sentem a dualidade entre querer participar e não ter tempo para ajudar.

CONCLUSÃO

Nesta amostra, verificou-se uma frequência de 73,2% de respostas de “Aconselhamento Empático” para doentes e médicos como a atitude mais pretendida e defendida em consulta perante luto.

Verificaram-se diferenças significativas para a resposta “Poder falar sobre os problemas futuros e os medos que esta situação traz” com 60% dos utentes a referirem-na, contra 19,1% dos Médicos de MGF e para a resposta de necessidade de associações de atitudes terapêuticas para 65,0% dos utentes e 4,8% dos médicos de MGF.

Entre internos e especialistas em MGF verificaram-se diferenças significativas para atitude de “Aconselhamento Empático”, com 91,7% dos especialistas e 55,6% dos internos a escolherem-na. Para 27,3% a opção “Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz” foi verificada para Internos de Especialidade contra 8,3% em Especialistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Luiz Miguel Santiago e ao Dr. Carlos Seiza Cardoso, pelo apoio constante, disponibilidade e motivação durante a realização de todo o trabalho. Permitiram tornar real o estudo de um tema importante e cuja abordagem não sabia se era possível concretizar. Agradeço a ambos pela ajuda preciosa e pela dedicação a este projeto.

Agradeço aos meus amigos pelo incentivo e apoio incondicional. À Diana Ferreira e ao João David, pelo carinho e por me darem sempre a mão.

À minha família pelo amor, paciência e pelas palavras de confiança. À minha mãe, pela inspiração e proteção, longe ou perto. À minha irmã, pela tranquilidade e interesse que sempre transmitiu.

Por fim, ao meu pai, que, mesmo longe, esteve comigo em todas as etapas e estará sempre no meu pensamento. Ao meu pai, que motivou o interesse neste tema e a quem dedico este trabalho com grande carinho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dias T, Sousa N de. A morte, o sofrimento e a doença – um luto diferente. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 1 de Abril de 2014 [citado 22 de Dezembro de 2023];30(2):110-6. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11284>
2. Breen LJ, Kawashima D, Joy K, et al. Grief literacy: A call to action for compassionate communities. *Death Stud.* 2022;46(2):425-433. doi:10.1080/07481187.2020.1739780
3. Cruse Bereavement Support. Understanding the Five Stages of Grief [Internet]. Cruse Bereavement Support. 2022. Available from: <https://www.cruse.org.uk/understanding-grief/effects-of-grief/five-stages-of-grief/>
4. Johnson JG, First MB, Block S, et al. Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. *Death Stud.* 2009;33(8):691-711. doi:10.1080/07481180903070392 PMID: 19697482; PMCID: PMC2834798.
5. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the "Five Stages" Model in a Sampling of Recent American Textbooks. *Omega* (Westport). 2020;82(2):294-322. doi:10.1177/0030222818809766
6. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus. Am Psychiatr Publ.* 2021;19(2):161-172. doi:10.1176/appi.focus.20200052
7. Appelbaum P, Yousif L. Prolonged Grief Disorder [Internet]. American Psychiatric Association. 2022. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder>
8. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. *icd.who.int.* Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
9. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa.* 2012 Jun 20;24(6):935–42.
10. Carmassi C, Shear MK, Succi C, Corsi M, Dell'osso L, First MB. Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(5):419-428. doi:10.1097/01.pra.0000435042.13921.73
11. Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1994-1995. doi:10.1176/ajp.156.12.1994
12. H. G. Prigerson, "Complicated Grief: When the Path of Adjustment Leads to a Dead-End," *Bereavement Care*, Vol. 23, No. 3, 2004, pp. 38-40. doi:10.1080/02682620408657612
13. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry.* 1997;154(5):616-623. doi:10.1176/ajp.154.5.616(14)
14. Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in family medicine. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 1 de Novembro de 2011 [citado 22 de Dezembro de 2023];27(6):527-32. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10901>

15. Santos P, Brito de Sá A, Santiago L, Hespanhol A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. *Rev Port Med Geral Fam [Internet]*. 25 de Fevereiro de 2021 [citado 5 de Janeiro de 2024];37(1):28-35. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12943>
16. Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Rev Port Med Geral Fam [Internet]*. 7 de Julho de 2022 [citado 4 de Janeiro de 2024];38(3):247-56. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13218>
17. Johns Hopkins, & American Healthways (2004). Defining the patient-physician relationship for the 21st century. *Disease management : DM*, 7(3), 161–179.
18. Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 152(9), 1423–1433
19. Censos 2021 – Divulgação dos Resultados. [Internet] Instituto Nacional de Estatística Statistics Portugal. Available from: <https://www.ine.pt>
20. Abel J, Kellehear A, Aoun SM. Bereavement care reimagined. *Ann Palliat Med*. 2023;12(4):816-825. doi:10.21037/apm-23-24
21. Reiland H, Banerjee A, Claesges SA, et al. The influence of depression on the relationship between loneliness and grief trajectories in bereaved older adults. *Psychiatry Res Commun*. 2021;1(1):100006. doi:10.1016/j.psycom.2021.100006
22. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2):65-79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2
23. Vaz T, Sá L. SOCIAL PRESCRIBING – A REVIEW. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2021 Nov;22(03):971–8.
24. Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços. *Rev Port Med Geral Fam [Internet]*. 1 de Fevereiro de 2017 [citado 6 de Janeiro de 2024];33(1):6-8. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12018>

ANEXOS

ANEXO I- Aprovação da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Deliberação homologar o parecer final favorável da Comissão de Ética para Saúde relativamente ao estudo em anexo. 20.04.2023 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO:	Parecer sobre o Projeto 30/2023 - "Luto e a relação empática entre o médico e o doente em sofrimento". Dr. Ana Rita Marques Presidente
-----------------	--

Este estudo foi apresentado por Beatriz Leitão Domingos e tem como co-investigadores Luiz Miguel Santiago e Carlos Seiça Cardoso. Com este estudo pretende-se avaliar a relação médico doente e médico e família em processos de luto, bem como perceber qual a melhor forma de agir perante o seu sofrimento.

Serão abordados 19 utentes em diversos grupos etários e 12 médicos de Medicina Geral e Familiar com experiência neste tipo de problemas. A estes participantes será apresentado um cenário de um caso tipo e ser-lhes-á questionada quais as atitudes que tomariam nessa situação descrita.

Não estando em risco qualquer aspeto de natureza ética, esta Comissão de Ética emite um parecer favorável.

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

ANEXO II - Questionário dos utentes

Caro/a participante,

é convidado a colaborar no estudo cujo objetivo é estudar a relação médico doente e as necessidades do doente perante um caso de morte. Da aceitação do preenchimento de um questionário referente a um caso clínico, não resultará qualquer dano ou prejuízo para si. Está livre, mesmo tendo assinado o consentimento informado, de deixar ou cessar o preenchimento antes do fim. Este estudo garante que ninguém saberá quem respondeu, nem como respondeu ou se respondeu. Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética. Demora, em média, 3 minutos a preencher. Agradecemos a sua colaboração.

Data:

Participante: _____

Beatriz Leitão Domingos

Data:

Investigadora: _____

Caso clínico:

MP tem 40 anos, casada, com 2 filhos. Classe média. Licenciada em educação básica. O marido trabalha em engenharia civil, em França, estando os dois juntos cerca de uma semana por mês. Ainda assim, têm uma relação muito forte, estando em contacto todos os dias, via videochamada.

MP recebeu há 3 dias um telefonema com a notícia de que o marido morreu de um enfarte agudo do miocárdio, deixando-a sozinha com 2 crianças para criar.

O médico de família atende-o hoje numa consulta por iniciativa de MP. À entrada no gabinete, o médico nota, as olheiras, o olhar perdido e o aspeto enfraquecido de MP. A consulta é motivada pela profunda tristeza, ansiedade e desespero de MP que está a sofrer pela morte recente do marido.

Leia a seguinte questão e assinale a(s) opção(ões) que considera mais correta(s).

Qual a atitude que gostaria que o seu médico tivesse nesta situação?

Ser ouvida, numa atitude passiva.

Ser ouvida, numa atitude de aconselhamento empático

Ser medicado com ansiolíticos e/ou antidepressivos.

Poder falar sobre os problemas futuros e os medos que esta situação traz.

Outra: _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela colaboração,

Beatriz Domingos

ANEXO III - Questionários dos médicos

Caro/a participante,

é convidado a colaborar no estudo cujo objetivo é estudar a relação médico doente e as necessidades do doente perante um caso de morte. Da aceitação do preenchimento de um questionário referente a um caso clínico, não resultará qualquer dano ou prejuízo para si. Está livre, mesmo tendo assinado o consentimento informado, de deixar ou cessar o preenchimento antes do fim. Este estudo garante que ninguém saberá quem respondeu, nem como respondeu ou se respondeu. Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética. Demora, em média, 3 minutos a preencher. Agradecemos a sua colaboração.

Data:

Participante: _____

Beatriz Leitão Domingos

Data:

Investigadora: _____

Caso clínico:

MP tem 40 anos, casada, com 2 filhos. Classe média. Licenciada em educação básica. O marido trabalha em engenharia civil, em França, estando os dois juntos cerca de uma semana por mês. Ainda assim, têm uma relação muito forte, estando em contacto todos os dias, via videochamada.

MP recebeu há 3 dias um telefonema com a notícia de que o marido morreu de um enfarte agudo do miocárdio, deixando-a sozinha com 2 crianças para criar.

O médico de família atende-o hoje numa consulta por iniciativa de MP. À entrada no gabinete, o médico nota, as olheiras, o olhar perdido e o aspeto enfraquecido de MP. A consulta é motivada pela profunda tristeza, ansiedade e desespero de MP que está a sofrer pela morte recente do marido.

Leia a seguinte questão e assinale a(s) opção(ões) que considera mais correta(s).

Qual a atitude que considera mais correta nesta situação?

Ouvir MP, numa atitude passiva.

Ouvir MP, numa atitude de aconselhamento empático

Medicar MP com ansiolíticos e/ou antidepressivos.

Tentar saber quais os problemas futuros e os medos que esta situação traz.

Outra: _____

Sexo: Feminino Masculino

Especialista Interno

Idade: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela colaboração,

Beatriz Domingos

ANEXO IV - Caracterização dos MGF e utentes quanto a frequência relativa e idade e sua inferência.

			Sexo		Total n (%)	Valor de p (*)
			Feminino n (%)	Masculino n (%)		
Médicos	Idade	Menor que 45	10 (76,9%)	4 (50,0%)	14 (66,7%)	0,213
		Maior ou igual a 45	3 (23,1%)	4 (50,0%)	7 (33,3%)	
Total			13 (100%)	8 (100%)	21 (100%)	
Utentes	Idade	Menor que 45	5 (33,3%)	3 (60,0%)	8 (40,0%)	0,296
		Maior ou igual a 45	10 (66,7%)	2 (40,0%)	12 (60,0%)	
Total			15 (100%)	5 (100%)	20 (100%)	

*Teste Qui – Quadrado de Pearson