



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

A Importância da Empatia na Comunicação Clínica e Avaliação do seu Impacto Terapêutico

Ana Renata Veloso Magalhães

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Vitória

Covilhã, Maio de 2019

Dedicatória

Para a minha mãe, a minha eterna bússola.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Paulo Vitória, pela ajuda e tolerância na elaboração da presente monografia.

Ao meu pai, o meu super-pai, pelo apoio incondicional e por ser o exemplo da pessoa que sempre ambicionei tornar-me quando fosse “grande”.

À minha irmã, a minha pessoa preferida, que me acompanha desde que me lembro de existir.

Aos meus avós, que me mostraram o poder do amor, da bondade e da persistência.

À Vera, colega de casa e de vida, pelo apoio e companhia durante os seis anos partilhados.

À Marta, que me iluminou sempre o caminho e me deu a mão no momento mais difícil da minha vida.

Por fim, agradeço à Faculdade de Ciências da Saúde por permitir a minha formação como médica.

Resumo

Introdução: A comunicação é um dos pilares da prática médica, sendo fundamental para o estabelecimento da relação médico-doente. A empatia é essencial na prestação de cuidados centrados no paciente e pode ser descrita como a capacidade de compreender a situação, perspectivas e sentimentos do paciente, comunicar essa compreensão, verificar a sua veracidade e, então, agir em concordância com esse conhecimento. Sendo assim, a empatia assume um papel vital na comunicação clínica que poderá ter implicações nos resultados clínicos do paciente.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura existente, referente a estudos e artigos publicados nos últimos anos sobre empatia no contexto clínico. Os principais objetivos são clarificar a importância da empatia na comunicação clínica e no estabelecimento da relação médico-doente e avaliar o seu impacto terapêutico.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa da literatura utilizando a base de dados da PubMed, recorrendo aos seguintes descritores: “empathy”, “impact AND empathy”, “physician’s empathy”, “effectiveness AND empathy” e “outcomes AND empathy”. Foram incluídos artigos e estudos de relevo com informação empírica e pertinente sobre este tema que cumpriam os critérios de inclusão. Foi também realizada a consulta de livros de referência sobre este tema.

Resultados/Conclusões: Após a revisão da literatura selecionada foi possível chegar à conclusão de que há evidência da existência de uma relação positiva entre a empatia médica e a satisfação, adesão, capacitação e confiança do paciente. Foi também possível correlacionar a empatia médica com a recolha de uma melhor história, uma possível diminuição do stress e da depressão e um aumento das capacidades de *coping* do paciente. Podemos, então, afirmar que a empatia proporciona resultados clínicos significativamente melhores e que a sua importância na comunicação e prática clínica, é inquestionável.

Palavras-Chave

Empatia

Empatia Clínica

Comunicação Clínica

Comunicação Empática

Relação Médico-doente

Abstract

Introduction: Communication is the backbone of medical care and the foundation of the patient-physician relationship. Empathy is essential in the provision of patient-centered care and is described as the ability to understand the patient’s situation, perspectives, and feelings, communicate that understanding and check its accuracy, and, then act on that understanding with the patient. Thus, empathy takes a vital role in clinical communication that may have implications in the patient’s clinical outcome.

Aim: To review the existing literature concerning all studies published in the last years about clinical empathy. The principal purposes of this work are to clarify the importance of empathy in clinical communication and the establishment of physician-patient relationship and to evaluate its therapeutic outcome.

Methods: Search of PubMed database was undertaken, using the following search terms: “empathy”, “impact AND empathy”, “physician’s empathy”, “effectiveness AND empathy” and “outcomes AND empathy”. Significant articles and studies with empirical and relevant information of the theme that fitted within the inclusion criteria were included.

Results/Conclusion: After reviewing the literature it is possible to establish that there is evidence of a positive relationship between clinical empathy and patient satisfaction, adherence, compliance and trust. It is also possible to correlate clinical empathy with better history taking, possibly lower stress and depression and an impairment of patient’s coping strategies. Thus, we can state that empathy provides significant better health outcomes and that empathy is of unquestionable importance in communication and clinical practice.

Keywords

Empathy

Clinical Empathy

Clinical Communication

Empathic Communication

Physician-patient Relationship

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-Chave	vii
Abstract.....	ix
Keywords	ix
Introdução e Contextualização	1
Metodologia	3
Empatia	5
Origem	5
Definição	6
Perspetiva Cognitiva	6
Perspetiva Emocional	6
Empatia Clínica	7
Comunicação Clínica	11
Comunicação Empática	11
Comunicação não-verbal	13
Relação Médico-Doente	15
Impacto Terapêutico da Empatia	17
Satisfação	17
Adesão	18
Capacitação.....	18
Confiança.....	19
Outros Benefícios	19
Conclusões Finais	21
Bibliografia.....	23
Anexo I.....	29

Introdução e Contextualização

Tradicionalmente, o papel do médico está interligado a responsabilidades morais e obrigações para com o doente. Na cultura ocidental, a tradição grega hipocrática ancestral ainda tem validade nos dias de hoje. O Juramento de Hipócrates, tradição de passagem na formação de estudantes de medicina um pouco por todo o mundo, abarca tarefas práticas concretas e obrigações relativas ao comportamento geral, carácter e atitudes esperadas num médico.(1) Deste modo torna-se um modelo para a prática médica, inculcando valores e responsabilidades, que realça o facto do conhecimento clínico não representar por si só, o médico, revelando que existem outras valências humanas como o respeito, a honra, a solidariedade, a tolerância, entre outros, que levam à prática de uma medicina de excelência.

Sem dúvida, existe a necessidade de algo mais para além do conhecimento científico clínico e das competências práticas, para garantir que o médico atinge os objectivos da medicina, mantendo uma atitude correcta para com os pacientes.

Um grande número de termos foram sugeridos para integrar o conceito da atitude adequada do médico: a simpatia, a empatia, a compaixão, a pena, a benevolência, a beneficência, a atenção, a caridade, entre outros. Todos estes conceitos incluem um determinado estado emocional compreendido como uma parte necessária do comportamento moral do médico.(1) Muitos autores atribuem um papel principal à empatia, tornando-se, assim, essencial o estudo deste conceito para que haja uma boa compreensão e seja possível a sua aplicação, na prática médica.

A medicina moderna parece ter o seu foco na ciência e tecnologia havendo um enorme investimento em instrumentos tecnológicos e em métodos técnicos e farmacológicos de tratamento. O facto dos recursos económicos serem limitados restringe as áreas de investimento e verifica-se uma clara negligência na formação das competências pessoais dos médicos.(2) Isto levanta um problema ético que tem de ser reconhecido para evitar cair na desumanização da medicina. Neste contexto, torna-se imperativo investir na formação das competências humanas e de comunicação do médico.

A comunicação está na base social do ser humano. De forma a coordenar as nossas ações e assegurar uma comunicação bem sucedida, usamos competências linguísticas para transmitir explicitamente informação uns aos outros. São também necessárias competências sociais, como a empatia, que nos permitem inferir as emoções e o estado mental de outra pessoa.(3) A teoria da mente, por exemplo, representa a capacidade cognitiva humana de estabelecer deduções sobre as crenças, as intenções e os pensamentos de outra pessoa.(4) Esta capacidade permite-nos compreender que as pessoas podem ter pontos de vista diferentes do nosso.

Estando estabelecido que existe uma preocupação crescente sobre a desumanização da prática médica, há um vasto acordo dentro da profissão que os médicos devem ter uma atitude

preocupada, empática e sensível nas suas interações com os pacientes. É largamente aceite que a empatia está no cerne da relação médico-doente e que esta é a base das atitudes nos cuidados de saúde para com o paciente ou devia, pelo menos, ter um papel importante na comunicação entre o médico e o doente, paralelamente à lógica dedutiva, aos exames físicos e ao processo terapêutico.

Historicamente os médicos acreditavam que conseguiam compreender os sentimentos dos seus pacientes enquanto mantinham um certo distanciamento emocional: a objetividade era vista como crucial para realizar diagnósticos complexos e acreditava-se que o estoicismo era necessário para providenciar tratamentos invasivos e, potencialmente, nocivos. (5) Adicionalmente, havia uma preocupação de evitar o esgotamento, ou, mais especificamente, a fadiga emocional. Desta forma, os médicos têm ambicionado as suas próprias versões idealizadas de empatia, nas quais suprimem as suas emoções pessoais sendo, no entanto, motivados por uma preocupação altruísta, contudo distanciada, para com os pacientes.(6)

Para cumprir os objetivos da medicina, um médico necessita ter a disponibilidade de ajudar o paciente em todas as suas vertentes, tratando a sua doença, aliviando o seu sofrimento e respondendo às suas necessidades e expectativas. A empatia assume, assim, um papel crucial na intervenção holística do médico.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na base de dados da PubMed entre Outubro de 2018 e Abril de 2019, com o apoio de uma bibliotecária profissional, para identificar estudos e artigos sobre empatia e o seu impacto e resultados. Os termos de pesquisa utilizados foram “empathy”, “impact AND empathy”, “physicians empathy”, “effectiveness AND empathy” e “outcomes AND empathy”.

Os resultados das pesquisas foram avaliados quanto à sua pertinência para esta monografia. Numa primeira fase, foram excluídos artigos com base na leitura do título. De seguida, foram excluídos com base na leitura dos *abstracts*. Artigos potencialmente relevantes foram lidos integralmente. Outros artigos e estudos foram consultados ao conferir referências e citações dos artigos lidos (método da bola de neve). Após esta análise foram selecionados os artigos adequados a esta monografia. Foram incluídos artigos nos idiomas Inglês e Português, sem limitação temporal.

Foi também realizada uma pesquisa de livros de referência sobre o tema da empatia.

Após a análise cuidada de todo o material selecionado considerado relevante, foi realizada a presente revisão de literatura.

Empatia

Embora o conceito de empatia tenha existido por muitos séculos, o seu estudo científico é relativamente recente, remontando principalmente ao fim do século XX (3), onde começou a ser estudado o seu impacto terapêutico e os processos fisiológicos humanos que estão na origem do comportamento empático.

A empatia é um conceito com uma história marcada pela ambiguidade e controvérsia, não existindo, portanto, um consenso sobre a sua definição.(7) Com a revisão da literatura constata-se uma discordância na definição do conceito, sendo que os autores apresentam diferentes descrições e perspetivas sobre o termo.

Muitos conceitos têm sido confundidos com a noção de empatia, como a tranquilização, a simpatia, a compaixão, a benevolência, a pena, entre outros, o que torna ainda mais difícil a sua diferenciação das outras competências de comunicação.(8)

Apesar de ser impossível reunir o consenso sobre todos os aspetos de uma definição, deve haver pelo menos um acordo nos elementos principais de um conceito, de outra forma, as pesquisas baseadas num conceito vago tornam-se infrutíferas.(7) Desta forma, tentam-se reunir, nesta revisão, os elementos-chave que definem os conceitos de empatia e de empatia clínica com o objetivo de servirem como uma linguagem comum para compreender a sua natureza.

Origem

O termo empatia tem origem na palavra grega «empathia» (paixão), que é composta por «en» (dentro) e «pathos» (sentir).(3)

O conceito de empatia foi primeiramente discutido em 1873 por Robert Vischer, um historiador e filósofo alemão, que usou a palavra *Einfühlung* para referir os sentimentos de um observador despoletados por obras de arte.(9)

Em 1897, o psicólogo e filósofo alemão Theodore Lipps transferiu a palavra da estética para a psicologia. Ao descrever experiências pessoais associadas ao conceito de *Einfühlung*, Lipps indicou que “quando observo um artista de circo num cabo suspenso, eu sinto que estou dentro dele”.(7, 10)

Mais tarde, em 1903, Wilhelm Wundt, o pai da psicologia experimental, usou *Einfühlung* pela primeira vez no contexto das relações humanas. (7)

Posteriormente, em 1905, Sigmund Freud usou o termo *Einfühlung* para descrever as psicodinâmicas da ação de uma pessoa de se colocar na posição de outra.(11)

Foi apenas no final do século XX que investigadores da psicologia social e do desenvolvimento começaram a estudar este fenómeno cientificamente.(3)

Definição

Sendo um fenómeno multidimensional, a empatia incorpora diferentes componentes. Tem sido descrita de três formas diferentes: como um atributo cognitivo que protagoniza a compreensão das experiências do outro; como um estado emocional que protagoniza a partilha de sentimentos; e como um conceito que envolve tanto a cognição como a emoção.(7, 12-15)

A cognição abarca as atividades mentais envolvidas na aquisição e no processamento da informação para uma melhor compreensão. A emoção é a partilha do afecto manifestado nos sentimentos experienciados subjetivamente.(16)

Sendo assim, podemos definir dois tipos de empatia: a empatia cognitiva e a empatia emocional.(7)

Perspetiva Cognitiva

A empatia cognitiva refere-se à capacidade de identificar e compreender as emoções dos outros.(13)

Dymond viu a empatia com uma capacidade cognitiva de assumir o papel de outra pessoa.(17)

Basch, por sua vez, descreveu a empatia como um processo cognitivo complexo que envolve funções cognitivas, como o julgamento e a avaliação da realidade.(18)

Atividades cognitivas, como a tomada de perspectiva e a representação de papéis, são elementos que alguns autores apresentaram na sua definição de empatia.(7)

Mackay e Carver definiram a empatia como “a capacidade de compreender a situação de alguém sem a tornar a nossa própria situação”.(19)

Perspetiva Emocional

A empatia afetiva (emocional) abarca sensações e sentimentos em resposta às emoções de outra pessoa.(13)

Alguns autores definiram a empatia como uma resposta emocional que gera sentimentos idênticos e partilha de emoções entre as pessoas.(7)

Por exemplo, Rushton definiu a empatia como “experienciar o estado emocional de outra pessoa”.(20)

Em concordância, Eisenberg descreveu-a como “uma resposta emocional que tem origem na apreensão do estado emocional ou condição do outro”.(21)

Halpern caracteriza a empatia como uma “forma de raciocínio emocional com o risco de erros que esse raciocínio envolve”.(22)

Katz, por sua vez, definiu-a como “a experiência interna de nos sentirmos similarmente ou praticamente idênticos com outra pessoa”.(23)

Kalisch delineou-a como “a capacidade de entrar na vida de outra pessoa, de compreender de forma exata os seus sentimentos atuais e o seu significado”.(24)

Em harmonia, Hoffman também referiu a empatia como “uma resposta afetiva vicária à situação de outra pessoa ao invés da própria”.(25)

No entanto, alguns autores sugeriram que uma perspectiva emocional não é uma condição suficiente para definir empatia e acreditam que ela envolve tanto a cognição como a emoção.(26, 27)

Por exemplo, Bennett definiu a empatia como “um modo de nos relacionarmos no qual uma pessoa fica a conhecer o conteúdo mental de outro, afetiva e cognitivamente, num momento particular como resultado da relação que existe entre eles”.(28)

Hodges and Wegner sugeriram que “a empatia pode ter tanto um componente emocional como um componente cognitivo, ou ambos”.(29)

Dohrenwend define empatia como um esforço consciente, intenso, mental, para clarificar a expressão da experiência turva de um paciente usando uma interpretação suave da sua história.(8)

Na sua definição de empatia, Singer e Klimecki, descrevem a empatia como a capacidade de ecoar similarmente os sentimentos positivos e negativos dos outros, enfatizando o facto de que uma pessoa sente como o outro mas não se confunde com o outro, isto é, a pessoa sabe que a emoção com a qual se identifica não é sua.(3)

Na empatia, tenta-se entender os sentimentos da outra pessoa, está-se consciente de que se está fora e de que é necessário chegar dentro do outro. Não é possível entender estes sentimentos sem as próprias experiências emocionais e compreender, neste contexto, significa mais do que detetar racionalmente sentimentos. (1)

Empatia Clínica

Sendo uma ferramenta epistémica, a empatia assume uma parte fundamental da prática médica, estando sujeita à análise moral e ao julgamento. A empatia, de forma isolada, não é uma garantia da atitude moral certa, mas sim uma competência instrumental necessária para entender e tratar um paciente como uma pessoa única(1), adaptando-se às necessidades emocionais, cognitivas e biológicas individuais.(30)

A empatia clínica foi caracterizada, por Baron-Cohen, como decorrente “do desejo natural de nos preocuparmos uns com os outros”.(31)

Southard foi o primeiro a descrever a importância da empatia na relação entre o médico e o paciente para facilitar os resultados diagnósticos.(7)

Eric Cassel sugeriu usar a empatia clínica como um mastro emocional da medicina que tem de ser equilibrado com o lado objetivo e científico da prática médica.(32) Ele defendeu que o

médico, em conformidade, tinha de se dividir em dois: uma parte empática, completamente emocional e compreensiva; e outra parte diferente, racional e objetiva treinada pela educação médica habitual.(32)

Zinn, por outro lado, defendeu que a empatia devia ser uma capacidade predominantemente cognitiva de compreensão dos processos internos do paciente.(33) Ele afirmou que o médico só compreende as emoções do paciente suficientemente quando está familiarizado com todos os seus processos internos.(33)

Ellen More, por sua vez, afirmou: “A empatia, como eu a entendo, não se opõe à objetividade, não é uma atitude como a simpatia, a compaixão ou a preocupação. O médico empático não é nem objetivo nem subjetivo, nem distante nem identificado, mas sim verbalmente conectado ao paciente num ciclo contínuo de interpretação reflexiva que integra o objetivo e o subjetivo”. (34)

Mercer completa as definições anteriores, interpretando a empatia clínica como a capacidade de: *compreender* a situação, a perspectiva e os sentimentos (e os seus significados) do paciente; *comunicar* essa compreensão e confirmar a sua exatidão; e *agir* com base nessa compreensão com o paciente de uma forma terapêutica e benéfica.(35) Estas três palavras, compreender, comunicar e agir, são vistas como a base para uma relação eficaz e de qualidade com o paciente. (13)

Posteriormente, Halpern define a empatia como uma atividade perceptual que opera, paralelamente, à investigação lógica.(5) Segundo Halpern, a empatia clínica tem o objetivo duplo de: compreender as experiências do paciente de forma a ser eficaz no tratamento da sua doença e comunicar adequadamente de forma a construir uma boa aliança terapêutica, necessária para o tratamento eficaz.(6)

Mais recentemente, o componente cognitivo na definição de empatia ganhou um ênfase.

Hojat assumiu que a empatia é predominantemente um atributo cognitivo que envolve a compreensão de experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinadas com a capacidade de comunicar esta compreensão.(7)

Em concordância, Rolf Ahlzén entende a empatia clínica como um conceito misto cognitivo-emocional, com ênfase nos aspetos cognitivos, realçando que um envolvimento emocional demasiado profundo pode opor-se à compreensão adequada e ludibriar o médico a ser fortemente paternalista.(36)

Várias são as definições de empatia clínica propostas pelos investigadores, ao longo do tempo. É importante avaliar as diferentes descrições do conceito para compreender as perspectivas individuais de cada autor e ter uma visão ampla do que o termo representa para a prática médica, em geral. Podemos constatar que o conceito de empatia clínica tem evoluído com o tempo, à

medida que o seu estudo é aprofundado. O conceito tem vindo a ganhar uma maior complexidade, abrangendo mais elementos que nos permitem ter uma visão mais concreta da sua definição.

Atualmente, encontramos uma definição de empatia clínica que foi expandida para incluir dimensões *emotivas*, *morais*, *cognitivas* e *comportamentais*. (22, 35, 37, 38) A dimensão emotiva descreve a capacidade de imaginar as emoções e perspetivas do paciente, o aspeto moral refere-se à motivação interna do médico para empatizar, o elemento cognitivo pode ser definido como a capacidade intelectual de identificar e compreender as emoções e perspetivas do paciente e a componente comportamental define-se como a capacidade de transmitir a compreensão dessas emoções e perspetivas ao paciente. (22, 35, 37, 38) Em benefício do paciente, devemos incorporar conjuntamente estas quatro dimensões, de forma a formular uma resposta empática concetualmente irrepreensível. (13, 39)

Comunicação Clínica

O ser humano está projectado pela evolução para desenvolver relações interpessoais com significado através da comunicação verbal e não-verbal.(7)

A comunicação médico-doente é uma componente central dos cuidados de saúde e da prática médica.

Podemos considerar que existem dois tipos de comunicação médica: a afiliação, que está associada ao desenvolvimento de uma relação positiva entre o médico e o paciente; e a dominante/ativa, na qual os médicos mantêm o controlo e dominam as interações com o paciente.(40) A afiliação está correlacionada com uma elevada satisfação dos pacientes e a comunicação dominante/ativa relaciona-se com uma menor satisfação.(40)

Capacidades de comunicação fracas podem contribuir para uma má relação médico-doente que pode ter como consequência uma eventual desumanização da medicina, que se tem tornado uma preocupação crescente no mundo clínico. A incapacidade de descodificar expressões emocionais verbais e não-verbais está ligada intrinsecamente a variadas causas de má prática médica e possível desumanização, que incluem a desvalorização da identidade individual dos pacientes, a visão dos pacientes como órgãos e sistemas mecânicos (mecanização), o descomprometimento moral e a diminuição da empatia.(41)

Está bem documentado que a comunicação é um componente essencial dos cuidados de saúde, ajudando os pacientes e as suas famílias a gerir doenças agudas e crónicas e a melhorar a sua qualidade de vida. (42-44) Uma boa comunicação é um pré-requisito para a capacitação dos pacientes de tomarem decisões informadas sobre a sua saúde.

Vários estudos têm mostrado que uma comunicação de qualidade está associada a uma maior satisfação e adesão dos pacientes.(45)

Comunicação Empática

A empatia é comunicada através de comportamentos tanto verbais como não-verbais.(46) Apesar da componente verbal ser honestamente mais evidente e fácil de identificar, não significa que nos devemos focar apenas no outro tipo, até porque os pacientes muitas vezes não verbalizam o que sentem pelo que tem de haver uma curiosidade empática por parte do médico que estimule esta comunicação.(6) Provavelmente esta curiosidade é o tipo de empatia que os pacientes mais necessitam, um interesse genuíno em saber mais acerca da complexidade emocional dos seus pontos de vista.(6)

A comunicação empática está associada a uma melhor satisfação dos pacientes e a uma melhor adesão ao tratamento.(47) Para além desta melhoria de resultados, ela permite também a elaboração de diagnósticos mais completos e tem outros papéis na eficácia do tratamento.(47)

Estudos mostram que a comunicação empática ajuda a habilitar os pacientes a falar dos seus problemas de saúde e que médicos emocionalmente envolvidos comunicam melhor com os pacientes, diminuem a sua ansiedade e possibilitam uma melhor capacitação.(6)

Segundo Suchman et al. as competências básicas de uma atitude empática são: o reconhecimento de emoções que possam estar presentes mas não ser diretamente expressas; a exploração desses sentimentos não expressos; e o reconhecimento efetivo dessas emoções para que o paciente se sinta compreendido.(48) Eles afirmam que os médicos podem inadvertidamente interromper potenciais oportunidades empáticas, devido à preocupação com o diagnóstico e resolução de problemas em detrimento de uma compreensão mais rica e contextual.(48) A reintrodução de um tema, pelo paciente, durante a consulta pode alertar os médicos sobre a importância do tópico que ainda não foi reconhecido e motivá-los a explorar o tema mais profundamente.(48) Os médicos podem tentar repetir um assunto para permitir que a história completa seja revelada, ficando assim numa melhor posição para oferecer uma resposta empática apropriada e eficaz.(48)

Squier afirmou que durante os estágios iniciais da consulta, o médico deve tentar entender cognitivamente (tomada de perspectiva) e afetivamente (reatividade emocional) como o paciente experiencia a doença.(2) Ao mesmo tempo, o médico deve procurar, usando palavras apropriadas, expressões faciais, tom de voz e postura, comunicar empaticamente a compreensão do que a doença significa para o paciente; se essa compreensão for precisa e se o médico é capaz de a comunicar efetivamente ao paciente, poderá ocorrer um benefício terapêutico.(2) É importante realçar que o significado pessoal da doença para o paciente deve ser alcançado e articulado pelo médico para haver melhoria.(2)

Quando um médico formula a sua resposta empática, os sentimentos que tem para com a experiência de outra pessoa e os sentimentos que imagina poder sentir são filtrados pelo seu intelecto.(8) Observações emocionais que clarificam a experiência do paciente podem ser usadas na resposta empática, enquanto projeções desnecessárias são retidas.(8)

Os médicos que adotam estilos de comunicação abertos e tranquilizadores são avaliados com um maior nível de empatia do que aqueles que utilizam um estilo de comunicação controlador.(15) É possível que ao encorajar os pacientes a fornecer mais informações durante a consulta, os médicos possam fazer diagnósticos mais informados e adaptar mais eficazmente respostas às necessidades dos pacientes.(15) Assim, pode-se concluir que a comunicação aberta pode melhorar a precisão empática.

Suchman et al. observaram que os pacientes raramente verbalizam as suas emoções direta e espontaneamente, ao invés, eles oferecem pistas - afirmações sobre situações ou preocupações que podem, plausivelmente, ser associadas a uma emoção.(48) Ao criar oportunidade para a sua comunicação, esse sentimento pode ser, então, expresso e o médico tem a oportunidade de o reconhecer explicitamente. O *timing* de uma resposta empática é extremamente importante, pois

tanto pode prevenir a divulgação completa de afeto, se oferecida prematuramente, como pode aprofundar o grau de compreensão quando adiada até ao significado total do afeto ser divulgado.(48)

Atualmente, o facto dos médicos encararem maioritariamente os ecrãs do computador ao invés dos pacientes, põe em risco a comunicação empática e aumenta a frustração tanto dos médicos como dos pacientes, o que torna esta comunicação desafiante.(6) O foco na tecnologia resulta na desconsideração de muitos sinais emocionais não-verbais, o que pode resultar na má interpretação e na desvalorização das preocupações dos pacientes.(51) O resultado destas ruturas de comunicação é uma maior ansiedade do paciente, uma menor adesão ao tratamento e piores resultados de saúde.(51)

Comunicação não-verbal

Ao longo do processo da evolução, o cérebro humano evoluiu para enviar e receber mensagens através de sinais não-verbais, como as expressões faciais, a mímica motora, os gestos corporais, a mudança na cor da pele facial, a sudação, o tremor, assim como através de sons vocais, como o tom da voz, o choro e o riso. Desta forma, é possível distinguir sentimentos agradáveis e comportamentos bem-intencionados de intenções hostis e emoções desagradáveis.(49, 50)

A maioria das interações humanas são não-verbais.(51)

O poder da comunicação não-verbal pode ser subestimado, uma vez que pode comunicar estados emocionais de forma subtil e automática.(52) No entanto, é tão ou mais importante, reconhecer estes sinais comunicativos de forma a estabelecer uma relação empática comunicativa com o paciente.

O foco na comunicação verbal negligencia o papel essencial que os sinais não-verbais têm na comunicação de emoções, o que tem efeitos significativos na satisfação do paciente e nos seus resultados.(51)

Tem sido sugerido que pistas comportamentais ou não-verbais podem ser mais eficazes em transmitir mensagens emocionais que a comunicação lexical ou verbal.(53) A capacidade de compreender as emoções de outras pessoas através de sinais externos, como as expressões faciais e os gestos corporais, é um ingrediente essencial para formar uma relação empática.(53)

A interpretação adequada dos sinais não-verbais, torna-se crucial para a compreensão da comunicação dos estados emocionais dos pacientes, tanto a nível pessoal como interpessoal. Muitos pacientes estão relutantes em discordar verbalmente do seu médico e a deteção exata dos sinais não-verbais subtis pode ser o ponto de partida crítico para a discussão e tomada de decisões partilhadas.(51)

A sintonia não-verbal leva os médicos a fazer pausas em momentos de intensificada ansiedade, nos quais os pacientes revelam informação.(5) Se os médicos não as tivessem feito, os pacientes não revelavam informações vulneráveis, apesar do médico fazer perguntas apropriadas

e precisas.(5) Importa como e quando os médicos perguntam aos pacientes sobre os seus sentimentos e a sintonia empática guia os médicos sobre o momento em que devem colocar as questões, quando ficar em silêncio e quando repetir palavras importantes.(5)

Quando os médicos prestam atenção às manifestações não-verbais e se sintonizam com os pacientes não verbalmente, asseguram uma comunicação mais eficaz e os pacientes sentem-se mais confortáveis, dão histórias mais completas (6, 48, 54) e têm uma maior satisfação e melhor adesão ao tratamento.(51)

Por outro lado, a comunicação não-verbal do médico é um preditor importante da confiança dos pacientes na relação médico-doente.(51) A empatia é comunicada aos pacientes por palavras escolhidas cuidadosamente, e provavelmente, com maior importância, pelo tom de voz, a expressão facial e a postura. A percepção do paciente da compreensão empática cria condições para o fortalecimento da relação médico-doente, o que facilita um conhecimento mais detalhado da sua doença e uma maior capacidade para lidar com os seus problemas.(51) O conhecimento da doença e do seu tratamento, a antecipação do benefício, ou pelo menos algum alívio do sofrimento, combinam-se para gerar um resultado benéfico para o paciente.(2)

Muitos escritores enfatizaram que a expressão facial, o tom de voz e a postura são modos especialmente importantes para o médico expressar empatia. Estes elementos incluem o uso de expressões faciais para transmitir uma mensagem de atenção nas preocupações do paciente, a postura intencional de sentar e encarar o paciente para criar um sentimento positivo de interesse, movimentos corporais relaxados e inclinados em relação ao paciente para mostrar compreensão e gestos para comunicar humildade e sensibilidade.(2)

Kraft-Todd et al. fornecem evidência de que os comportamentos não-verbais aumentam as percepções dos pacientes da empatia clínica, do afeto e da competência clínica.(46)

Relação Médico-Doente

A atenção à qualidade da relação médico-doente nos sistemas de saúde não é meramente uma obrigação ética da parte dos médicos para com os seus pacientes, muito menos um assunto de bom estilo e maneiras à cabeceira, ela é necessária para assegurar que os pacientes beneficiam, de facto, dos cuidados de saúde que lhes estão a ser fornecidos pelo seu médico.(2)

A relação médico-doente pode ser conceptualizada como uma espécie de sistema de suporte social. Cohen sugeriu que o suporte social pode proporcionar recursos instrumentais (que envolvem o fornecimento de ajuda material), emocionais (que envolvem a manifestação de empatia, de preocupação e de tranquilização) e informativos (que envolvem o fornecimento de informação relevante para ajudar o indivíduo a compreender melhor o problema e a lidar com as dificuldades).(55)

A relevância e importância da noção de suporte social na relação médico-doente torna-se ainda mais evidente, considerando que os pacientes exibem um maior desejo de afiliação, naturalmente esperado quando as pessoas estão em sofrimento.(56)

A relação médico-paciente é uma sequência ininterrupta de processos psicossociais complexos e, como tal, é constituída por inúmeros intervenientes.(57) No cerne desta complexidade encontra-se a empatia, que é considerada o pilar desta relação, sendo imprescindível para o seu estabelecimento e desenvolvimento. (58, 59) A base do sistema de saúde é o encontro entre o médico e o paciente, sendo vários os intervenientes para que esta relação se mantenha. Durante o desenvolvimento da relação médico-paciente podemos definir dois conceitos fulcrais que devem ser preservados: a empatia e a abordagem centrada na pessoa.

A medicina centrada no paciente tem-se tornado cada vez mais importante, o que justifica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em providenciar cuidados de saúde com uma maior competência emocional e social.(60) A capacidade de compreender a comunicação emocional dos pacientes de todas as esferas sociais e de comunicar essa compreensão com empatia, é crítico.(60)

O sistema de suporte social, em geral, e a natureza e qualidade da relação médico-doente, em concreto, estão entre os componentes mais importantes do fator humano na saúde e na doença.(61) No processo de conexão interpessoal, a empatia tem um papel crucial na suavização do julgamento ao melhorar o sentido de identidade e reduzir o preconceito.(61) Assim, a empatia estabelece a base para a relação médico-doente e todo o seu potencial.

A qualidade da interação entre o médico e o paciente tem um impacto considerável nos resultados de saúde do paciente.(62, 63)

Foi demonstrado que o encontro entre o médico e o paciente tem um potencial de cura, nele mesmo.(64-66)

O encontro entre o médico e o paciente é um evento propositadamente interpessoal e a sua eficácia em produzir resultados clínicos positivos depende fortemente das competências do médico em formar uma relação empática e de conquistar a confiança do paciente. Um resultado mais positivo é alcançado quando o médico assume uma postura preocupada, estabelecendo uma compreensão mútua com o paciente, sobre os seus problemas de saúde.(67) Este tipo de relação entre o médico e o paciente tem sido identificada como um elemento importante na satisfação do paciente com os cuidados de saúde.(67)

Squier destaca a importância da relação entre o médico e o paciente no campo das doenças crónicas, de longo-termo e associadas ao stress, onde esta pode significar a diferença entre a angústia, o sofrimento e a dor, ou uma vida relativamente ativa, satisfatória e produtiva.(2) A importância da relação médico-doente pode ser ainda maior nos estadios iniciais de uma condição potencialmente mortal, para a adoção de um estilo de vida diferente e mais saudável imediatamente após o primeiro episódio de uma doença aguda grave.(2) A qualidade da relação pode ser também indispensável para influenciar pessoas que ainda não experienciaram nenhuma doença a manter padrões de comportamento que possam reduzir a probabilidade de tal doença.(2)

Di Blasi et al. realizaram uma meta-análise que demonstrou que os médicos que adotaram uma atitude calorosa, amigável e tranquilizadora foram mais eficazes que os que mantiveram as consultas formais e não ofereceram tranquilização, em populações clínicas com doença física.(62)

Impacto Terapêutico da Empatia

São vários os resultados positivos, no contexto clínico, da empatia médica para o paciente. Podem-se destacar quatro resultados como sendo os mais prevalentes nos estudos incluídos nesta monografia, são eles: a satisfação, a adesão, a capacitação e a confiança do paciente.

Satisfação

A satisfação do paciente tem sido, de forma inconsistente, associada à saúde emocional (68-70), à educação (71), ao tempo de espera (72), ao envolvimento nas decisões (68) e às expectativas dos cuidados de saúde (73).

Pacientes satisfeitos não têm necessariamente melhores resultados (74) mas têm maior probabilidade de cumprir os tratamentos e manter as marcações das consultas.(75-77)

Hojat et al. encontraram uma boa correlação entre a satisfação dos pacientes e a sua percepção do envolvimento empático do médico.(78)

Levinson e Roter confirmam que os médicos com uma postura preocupada em relação a assuntos psicossociais expressam mais afirmações empáticas de preocupação, conseqüentemente os pacientes oferecem relativamente mais informação sobre assuntos sociais e psicológicos.(79) Eles afirmam que estes padrões de comunicação estão associados a uma maior satisfação do paciente e a melhores resultados visto que os pacientes valorizam uma atitude empática de interesse genuíno.(79)

Pollack et al. demonstraram que o comportamento do médico está relacionado com as taxas de satisfação e autonomia dos pacientes.(80) Quando os médicos foram avaliados como empáticos os pacientes reportaram uma maior taxa de satisfação do que quando os médicos foram avaliados como menos empáticos.(80) Os autores do estudo propuseram que o facto dos pacientes sentirem a empatia do médico pode permitir que se sintam mais compreendidos e, assim, mais satisfeitos.(80)

Wang et al. oferecem, no seu estudo, evidência de uma relação positiva entre a empatia autoavaliada pelos médicos do serviço de urgência e a satisfação dos pacientes após os cuidados do médico - pontuações gerais de empatia mais altas foram associadas a uma maior satisfação do paciente.(81)

No estudo realizado, Menendez et al. concluíram que a empatia do médico avaliada pelo paciente se correlacionou fortemente com o grau de satisfação geral.(82) Níveis superiores de empatia foram associados, independentemente, à satisfação do paciente, sendo que este foi o maior fator de satisfação do paciente no contexto do estudo.(82)

A empatia é vista, genericamente, pelo paciente, como a capacidade do médico de entender como ele se sente e pensa, assim como a forma como o médico expressa preocupação, compaixão e atenção pelo seu bem-estar, o que contribui para a satisfação do paciente.(83)

Com os resultados dos estudos supracitados podemos pressupor que ao melhorar as competências de comunicação empáticas dos médicos podemos obter uma maior satisfação dos pacientes, conseqüentemente alcançando melhores resultados de saúde.

Adesão

Talvez o maior obstáculo ao tratamento efetivo seja o facto dos pacientes terem um baixo grau de adesão ao tratamento. Em alguns estudos cerca de cinquenta por cento dos tratamentos não são realizados, pelos pacientes, como prescrito.(6) Podemos assim concluir o grau de importância que a adesão representa no tratamento dos pacientes sendo, portanto, necessário um investimento numa prática médica centrada no desenvolvimento deste conceito, para que se obtenham melhores resultados de saúde.

Kim et al. mostraram, com o seu estudo, que as capacidades comunicativas empáticas do médico influenciaram significativa e substancialmente a satisfação e adesão do paciente, através dos seguintes fatores mediadores: troca de informação, competência do médico percebida pelo paciente, confiança interpessoal e cooperação.(14)

Attar e Chandramani encontraram relações positivas significativas entre a empatia médica percebida pelo paciente e a adesão dos pacientes com enxaqueca ao plano terapêutico e consequentes resultados.(84)

Capacitação

A capacitação representa o “grau em que um doente se sente fortalecido, após uma consulta, em termos de ser capaz de lidar, compreender e gerir a sua doença”.(85) Este conceito baseia-se na ideia de que o estado de saúde do doente é influenciado pela maneira como se sente logo após a consulta com o médico.(86)

Existe evidência de uma relação positiva entre a empatia do médico e a capacitação do paciente, assim como entre a capacitação e os sintomas e bem-estar do paciente.(87)

Uma melhor capacitação após a consulta médica tem sido relacionada com melhores resultados clínicos, podendo esta ser influenciada por diversos fatores, como a empatia, inerentes ao próprio doente (idade, género, condição económica, multimorbilidade) ou à consulta (duração e continuidade de cuidados).(88) Apesar desta vasta influência, é a percepção da empatia do médico e da sua atitude preocupada que tem maior contribuição para um melhor resultado clínico.(83)

Mercer et al. concluíram no seu estudo, que a percepção da empatia médica por parte dos pacientes, foi relacionada positivamente com a capacitação do paciente.(85, 89)

A capacitação é maior quando os pacientes sentem que as suas expectativas foram cumpridas, quando o médico evoca e respeita as suas preocupações, quando faculta informação sobre a sua condição e progresso e quando o médico mostra preocupação e simpatia.(90)

Confiança

Uma contribuição da empatia é o facto de facilitar a confiança e transparência do paciente, o que permite uma melhor comunicação entre o médico e o paciente e uma maior eficácia do tratamento.(5)

Hojat et al. propuseram que uma maior empatia na relação médico-doente aumenta a compreensão e confiança mútuas. Isto promove a partilha de informação, que leva a um melhor alinhamento entre as necessidades do paciente e o plano terapêutico, a um diagnóstico mais fidedigno e a uma maior adesão.(91)

O estudo de Roter revelou que a confiança foi o preditor de maior importância da adesão do paciente.(92) A percepção dos pacientes de que os médicos se preocupavam genuinamente com eles influenciou a sua confiança neles.(92)

Outros estudos mostraram que os pacientes confiam mais em médicos empáticos, que respondem à sua ansiedade com uma resposta preocupada. A confiança foi associada a melhor adesão ao tratamento e maior eficácia do tratamento médico.(5, 14)

Outros Benefícios

A percepção, por parte do paciente, da empatia médica revelou-se de extrema importância para a obtenção de resultados de saúde positivos.(54, 83, 85, 89)

A compreensão empática é frequentemente útil nela mesma. Mesmo até (ou especialmente) quando não há muito a fazer em relação a uma doença numa perspetiva biomédica, o facto de ser reconhecido e compreendido pelo médico pode ser muito importante e consolador e capacitar o paciente a lidar melhor com a sua doença.(1) Uma terapia efetiva disponível não exclui o valor da compreensão empática. É notável que a simples ação de compreender pode fazer tanta diferença. (1)

As descobertas mais robustas sobre a empatia clínica vêm de estudos observacionais, que mostram que os pacientes que percebem os seus médicos como empáticos dão melhores histórias, aderem mais ao tratamento, são mais proativos no tratamento da sua doença (6), ficam mais satisfeitos e capacitados e têm melhores resultados clínicos e menor ansiedade.(58)

No estudo de van Dulmen et al. foi descoberto que quanto maior a ansiedade dos pacientes, mais empaticamente os seus médicos de família respondiam; os pacientes que perceberam a empatia do seu médico reportaram menores níveis de ansiedade.(93)

Neumann et al. reportaram que a empatia médica tem uma influência relativamente forte no desejo dos pacientes oncológicos de estarem melhor informados sobre os achados médicos e as opções de tratamento.(94) O facto de terem uma atitude mais ativa no seu tratamento tem um efeito positivo razoável na depressão e na qualidade de vida social, emocional e cognitiva destes pacientes, o que sugere, então, que a empatia médica melhora indiretamente a depressão e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.(94)

Em dois estudos Steinhausen et al. identificaram a empatia médica como um preditor significativo para uma avaliação positiva dos resultados do tratamento médico na cirurgia traumática.(95, 96) No primeiro estudo, averiguaram que quanto maior a avaliação do paciente do comportamento empático do seu cirurgião, maior a probabilidade para uma melhor avaliação dos resultados do tratamento médico.(95) No seu segundo estudo, encontraram uma relação entre o nível de empatia dos cirurgiões e uma mudança nos resultados dos pacientes a curto e longo-prazo.(96) Estes dois estudos mostram que até num contexto onde os resultados dependem das competências médicas e técnicas, a perceção dos pacientes dos aspetos interpessoais do tratamento, como o cuidado emocional, está associada a um maior sucesso do tratamento médico, avaliado pelo paciente, e melhores resultados.

Soltner et al. conseguiram demonstrar que uma atitude empática na consulta pré-operatória melhorou significativamente a perceção tanto da atitude do anestesista como da qualidade da informação entregue.(97) O estilo aberto de partilha facilitada pelo comportamento empático do médico permitiu aos pacientes falar mais abertamente e fazer mais perguntas, o que permitiu reduzir a sua ansiedade e aumentar a satisfação.(97)

Rakel et al. demonstraram que até a infeção mais comum no planeta, a gripe comum, dura significativamente menos tempo e é menos severa em casos onde existe uma boa empatia entre o médico e o paciente.(98) Num estudo anterior os autores já tinham encontrado uma ligação entre a empatia e melhores respostas imunológicas na infeção gripal comum.(99)

Mercer et al. identificaram a empatia do médico como o único fator que previu melhores resultados de saúde dos pacientes, quer em termos de sintomas, quer em bem-estar. (89)

Hojat et. al encontraram, no seu estudo, que os pacientes diabéticos de médicos com graus de empatia elevados tinham significativamente maior probabilidade de ter um melhor controlo da hemoglobina glicada que os pacientes dos médicos com graus de empatia baixos.(100)

Existe uma crescente evidência que sugere que a empatia melhora diretamente a eficácia terapêutica. Um empenho na comunicação foi relacionado com uma diminuição na ansiedade do paciente, que por sua vez, foi relacionada a efeitos fisiológicos e melhores resultados.(5)

Conclusões Finais

A empatia é essencial na prestação de cuidados centrados no paciente e pode ser descrita como a capacidade de compreender a situação, perspectivas e sentimentos do paciente, comunicar essa compreensão, verificar a sua veracidade e, então, agir em concordância com esse conhecimento.(35) Estas três palavras, compreensão, comunicar e agir, são a base para uma relação eficaz e de qualidade com o paciente.(13)

O facto de não haver consenso sobre a definição de empatia dificulta o seu estudo e a sua aplicação prática. Verifica-se, portanto, a necessidade de chegar a acordo sobre uma eventual descrição do conceito para que não haja ambiguidade e discrepância nas investigações clínicas futuras.

No contexto clínico, a empatia é um instrumento essencial para uma boa prática clínica. É, de facto, indispensável para o estabelecimento de uma boa comunicação clínica que irá, por sua vez, permitir o desenvolvimento de uma boa relação médico-doente. Há evidência científica de que a relação médico-doente tem um impacto positivo nos resultados de saúde do paciente. Por outro lado, a comunicação empática foi relacionada a uma melhor satisfação e adesão do paciente, diminuição da ansiedade, melhores histórias clínicas, que têm um impacto direto nos diagnósticos, e melhor capacidade de coping em relação à sua situação.

Após a revisão da literatura selecionada foi possível chegar à conclusão de que há evidência de uma relação positiva direta entre a empatia do médico e a satisfação, a adesão, a capacitação e a confiança do paciente. É, portanto, possível afirmar que a empatia proporciona resultados clínicos significativamente melhores aos pacientes.

De acordo com os resultados dos estudos incluídos nesta revisão, podemos também estabelecer uma relação entre a empatia e o estabelecimento da relação médico-doente, a diminuição do stress e sofrimento do paciente, um melhor diagnóstico e resultados clínicos e o fortalecimento da capacitação do paciente. Assim, a empatia do médico parece melhorar os resultados físicos e psicossociais do doente.(58)

Destaca-se, portanto, a magnitude que a empatia tem na comunicação clínica e na relação médico-doente. Podemos, então, depreender a importância no investimento de melhores competências empáticas e de comunicação dos médicos. Para isso, é necessário criar programas de formação e educação, neste contexto.

Investigações futuras podem explorar como os médicos podem melhorar a sua comunicação clínica para providenciar uma relação e comunicação empáticas. A educação médica pode ser um bom ponto de partida para melhorar a sensibilidade da interação médico-doente.

Treinos orientados para a comunicação que ajudem os médicos na sua capacidade de mostrar empatia para com o paciente podem ser importantes para regular as variáveis para o sucesso de um tratamento médico e a sua avaliação pelo paciente.(95)

Bibliografia

1. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med Health Care Philos.* 2012;15(2):103-13.
2. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med.* 1990;30(3):325-39.
3. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol.* 2014;24(18):R875-R8.
4. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal.* 1996;77 (Pt 2):217-33.
5. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):670-4.
6. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Health Care Phil.* 2014;17(2):301-11.
7. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* 1 ed: Springer-Verlag New York; 2007. 296 p.
8. Dohrenwend AM. Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. *Acad Med.* 2018;93(12):1754-6.
9. Jackson SW. The listening healer in the history of psychological healing. *Am J Psychiatry.* 1992;149(12):1623-32.
10. Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100(9):5497-502.
11. Pigman GW. Freud and the history of empathy. *Int J Psychoanal.* 1995;76 (Pt 2):237-56.
12. Post SG, Ng LE, Fischel JE, Bennett M, Bily L, Chandran L, et al. Routine, empathic and compassionate patient care: definitions, development, obstacles, education and beneficiaries. *J Eval Clin Pract.* 2014;20(6):872-80.
13. Ratka A. Empathy and the Development of Affective Skills. *Am J Pharm Educ.* 2018;82(10):7192.
14. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004;27(3):237-51.
15. Silvester J, Patterson F, Koczwara A, Ferguson E. "Trust me...": psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *J Appl Psychol.* 2007;92(2):519-27.
16. Colman AM. *A dictionary of psychology.* Oxford ; New York: Oxford University Press; 2001. xiv, 844 p. p.
17. Dymond RF. A Scale for the Measurement of Empathic Ability. *J Consult Psychol.* 1949;13(2):127-33.
18. Basch MF. Empathic Understanding - a Review of the Concept and Some Theoretical Considerations. *J Am Psychoanal Ass.* 1983;31(1):101-26.

19. MacKay RC, Hughes JR, Carver EJ. Empathy in the helping relationship. New York: Springer Pub. Co.; 1990. xiii, 194 p. p.
20. Rushton JP, Chrisjohn RD, Fekken GC. The Altruistic Personality and the Self-Report Altruism Scale. *Pers Individ Differ*. 1981;2(4):293-302.
21. Eisenberg N. Empathy and related emotional responses. *New Dir Child Dev*. 1989(44):1-131.
22. Halpern J. From detached concern to empathy : humanizing medical practice. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2001. xx, 165 p. p.
23. Katz RL. Empathy, its nature and uses. New York: Free Press of Glencoe; 1963. 210 p. p.
24. Kalisch BJ. What is empathy? *Am J Nurs*. 1973;73(9):1548-52.
25. Hoffman ML. Empathy, its development and prosocial implications. *Nebr Symp Motiv*. 1977;25:169-217.
26. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(2):163-75.
27. Davis MH. Empathy : a social psychological approach. Madison, Wis.: Brown & Benchmark Publishers; 1994. 260 p. p.
28. Bennett MJ. The empathic healer : an endangered species? San Diego, Calif.: Academic Press; 2001. xxiv, 260 p. p.
29. Hodges S. D. W, D. M. Automatic and controlled empathy. 1997.
30. Lussier MT, Richard C. Should family physicians be empathetic? YES. *Can Fam Physician*. 2010;56(8):740-2.
31. Baron-Cohen S. The essential difference : the truth about the male and female brain. New York: Basic Books; 2003. xiii, 271 p. p.
32. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306(11):639-45.
33. Zinn W. The Empathic Physician. *Arch Intern Med*. 1993;153(3):306-12.
34. More ES. Empathy as a hermeneutic practice. *Theor Med*. 1996;17(3):243-54.
35. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl:S9-12.
36. Ahlzen R. Why should physicians read? Understanding clinical judgement and its relation to literary experience: Durham; 2010.
37. Benbassat J, Bauml R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med*. 2004;79(9):832-9.
38. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch*. 1992;24(4):273-80.
39. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.




40. Buller MK, Buller DB. Physicians Communication Style and Patient Satisfaction. *J Health Soc Behav.* 1987;28(4):375-88.
41. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7(2):176-86.
42. Corner J. Interface between research and practice in psyche-oncology. *Acta Oncologica.* 1999;38(6):703-7.
43. Street RL, Jr., Cauthen D, Buchwald E, Wiprud R. Patients' predispositions to discuss health issues affecting quality of life. *Fam Med.* 1995;27(10):663-70.
44. Tattersall MHN, Butow PN, Clayton JM. Insights from cancer patient communication research. *Hematol Oncol Clin N.* 2002;16(3):731-+.
45. Stewart MA. Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes - a Review. *Can Med Assoc J.* 1995;152(9):1423-33.
46. Kraft-Todd GT, Reiner DA, Kelley JM, Heberlein AS, Baer L, Riess H. Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS One.* 2017;12(5):e0177758.
47. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1280-6.
48. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *Jama.* 1997;277(8):678-82.
49. Adolphs R, Tranel D, Damasio H, Damasio A. Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature.* 1994;372(6507):669-72.
50. Siegel DJ. *The developing mind : how relationships and the brain interact to shape who we are.* New York: Guilford Press; 1999. xvii, 394 p. p.
51. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med.* 2014;89(8):1108-12.
52. Haase RF, Tepper DT. Nonverbal Components of Empathic Communication. *J Couns Psychol.* 1972;19(5):417-8.
53. Zahnwaxler C, Emde RN, Robinson JL. The Development of Empathy in Twins. *Dev Psychol.* 1992;28(6):1038-47.
54. Decety J. *Empathy : from bench to bedside.* Cambridge, Mass.: MIT Press; 2012. ix, 324 p. p.
55. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol.* 2004;59(8):676-84.
56. Taylor S. E. KLC, Gruenewald T. L., Gurung, R. A. R., Fernandes-Taylor S. *Affiliation, social support and biobehavioral response to stress* 2003.
57. Costa F. AR. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Rev bras edu med.* 2009;34(2):261-9.


58. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):e76-84.
59. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiat.* 2002;159(9):1563-9.
60. Galanti G-A. *Caring for patients from different cultures.* 4th ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2008. xiv, 298 p. p.
61. Stephan WG, Finlay K. The role of empathy in improving intergroup relations. *J Soc Issues.* 1999;55(4):729-43.
62. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2001;357(9258):757-62.
63. Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed care and unmet needs among health care system users: When does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv Res.* 2005;40(6):1898-917.
64. Novack DH. Therapeutic Aspects of the Clinical Encounter. *Journal of General Internal Medicine.* 1987;2(5):346-55.
65. Spiro HM. *Doctors, patients, and placebos.* New Haven: Yale University Press; 1986. x, 261 p. p.
66. Spiro HM, Yale University. School of Medicine. *Empathy and the practice of medicine : beyond pills and the scalpel.* New Haven: Yale University Press; 1993. xi, 208 p. p.
67. Kenny DT. Determinants of Patient Satisfaction with the Medical Consultation. *Psychol Health.* 1995;10(5):427-37.
68. Bot AGJ, Bossen JKJ, Herndon JH, Ruchelsman DE, Ring D, Vranceanu AM. Informed Shared Decision-Making and Patient Satisfaction. *Psychosomatics.* 2014;55(6):586-94.
69. Lozano Calderon SA, Paiva A, Ring D. Patient satisfaction after open carpal tunnel release correlates with depression. *J Hand Surg Am.* 2008;33(3):303-7.
70. Vranceanu AM, Ring D. Factors associated with patient satisfaction. *J Hand Surg Am.* 2011;36(9):1504-8.
71. Barber LA, Hageman MG, King JD, Bekkers S, Bot AG, Ring D. The influence of patients' participation in research on their satisfaction. *J Hand Surg Am.* 2014;39(8):1591-4 e3.
72. Teunis T, Thornton ER, Jayakumar P, Ring D. Time Seeing a Hand Surgeon Is Not Associated With Patient Satisfaction. *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473(7):2362-8.
73. Hageman MGJS, Briet JP, Bossen JK, Blok RD, Ring DC, Vranceanu AM. Do Previsit Expectations Correlate With Satisfaction of New Patients Presenting for Evaluation With an Orthopaedic Surgical Practice? *Clin Orthop Relat R.* 2015;473(2):716-21.



74. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The Cost of Satisfaction A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Arch Intern Med.* 2012;172(5):405-11.
75. Youm J, Chenok K, Belkora J, Chan V, Bozic KJ. The Emerging Case for Shared Decision Making in Orthopaedics. *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94a(20):1907-12.
76. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health C.* 1999;11(3):233-40.
77. Kravitz R. Patient satisfaction with health care - Critical outcome or trivial pursuit? *Journal of General Internal Medicine.* 1998;13(4):280-2.
78. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A Brief Instrument to Measure Patients' Overall Satisfaction With Primary Care Physicians. *Fam Med.* 2011;43(6):412-7.
79. Levinson W, Roter D. Physicians Psychosocial Beliefs Correlate with Their Patient Communication-Skills. *Journal of General Internal Medicine.* 1995;10(7):375-9.
80. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(6):665-72.
81. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, et al. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One.* 2018;13(9):e0204113.
82. Menendez ME, Chen NC, Mudgal CS, Jupiter JB, Ring D. Physician Empathy as a Driver of Hand Surgery Patient Satisfaction. *J Hand Surg Am.* 2015;40(9):1860-5 e2.
83. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci.* 2014;8:457.
84. Attar HS, Chandramani S. Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Ann Indian Acad Neurol.* 2012;15(Suppl 1):S89-94.
85. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.* 2012;13:6.
86. Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, van Dalen J, van der Vleuten C. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - how this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):70-6.
87. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socioeconomic deprivation in Scotland-A pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Education and Counseling.* 2008;73(2):240-5.

88. Mercer SW, Reilly D, Watt GC. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br J Gen Pract.* 2002;52(484):901-5.
89. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Ann Fam Med.* 2016;14(2):117-24.
90. Becker M. H. RIM. Compliance with medical advice. 1984.
91. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine.* 2011;86(3):359-64.
92. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance - A meta-analysis. *Medical Care.* 1998;36(8):1138-61.
93. van Dulmen S, van den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Educ Couns.* 2004;55(1):149-52.
94. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns.* 2007;69(1-3):63-75.
95. Steinhausen S, Ommen O, Thum S, Lefering R, Koehler T, Neugebauer E, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Patient Educ Couns.* 2014;95(1):53-60.
96. Steinhausen S, Ommen O, Antoine SL, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:1239-53.
97. Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth.* 2011;106(5):680-6.
98. Rakel D, Barrett B, Zhang ZJ, Hoeft T, Chewing B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education and Counseling.* 2011;85(3):390-7.
99. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. *Fam Med.* 2009;41(7):494-501.
100. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359-64.





Anexo I


II Congresso Nacional de Comunicação Clínica em Cuidados de Saúde |   

envio de resumo 

 **Congresso2 SP3CS** 14/05/2019, 11:26 


Exmo/a Senhor/a Dr/a Ana Renata Veloso Magalhães Agradecemos o envio do resumo "A importância da empatia na comunicação clínica ..."



 **Congresso2 SP3CS** <congresso2.sp3cs@gmail.com> 24/05/2019, 15:43 (há 4 dias)   

para eu 

Exma Senhora
Dra Ana Renata Veloso Magalhães

Temos o gosto de informar que o resumo "A importância da empatia na comunicação clínica e o seu impacto terapêutico" que submeteu foi aceite para apresentação sob a forma de comunicação oral.
Caso ainda não tenha feito a inscrição, lembramos que apenas serão incluídos no livro de resumos os trabalhos cujos autores (pelo menos um dos autores) estejam devidamente inscritos até ao dia 24 de junho de 2019. Lembramos também que a data para inscrição à taxa reduzida é 27 de maio de 2019.
Entraremos brevemente em contacto para fornecer mais detalhes sobre a apresentação.



 Responder  Encaminhar