



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Empatia em cuidados de saúde - definição conceptual, definição operacional e aplicações

Andreia Raquel Martins Barata

Dissertação para a obtenção de Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo Vitória

Covilhã, Maio de 2019

"It is much more important to know what sort of patient
has a disease than what sort of disease a patient has."

William Osler

Dedicatória

Aos meus pais, pelos princípios e valores inestimáveis que sempre me transmitiram.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Vitória pela prontidão na aceitação deste trabalho e pela disponibilidade que sempre demonstrou em responder a todas as minhas dúvidas, pela forma como me orientou em todo este processo e pelo saber que me transmitiu.

À minha família e amigos pelo incentivo, paciência e apoio incondicional que sempre senti ao longo desta caminhada e que foram essenciais na superação de alguns obstáculos e em momentos de maior desânimo.

Resumo

Introdução: A medicina tem evoluído de forma extraordinária ao longo do tempo e, nomeadamente, a partir da segunda metade do século XX, existiu um grande progresso científico e tecnológico nesta área. Contudo, as competências relacionais, ferramentas tão válidas e importantes como as tecnológicas, não têm acompanhado essa evolução. Apesar do valor que lhe é reconhecido no seio da comunidade médica e de alguns progressos na definição do conceito de empatia clínica, este ainda é marcada pela ambiguidade e controvérsia, o que limita a exploração de todo o seu potencial.

Objetivos: Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre empatia clínica, tendo como objetivos clarificar a definição, como deve ser operacionalizada e aplicada na prática clínica e quais os seus efeitos no médico, no doente e na evolução do processo terapêutico.

Metodologia: Pesquisa nas bases de dados PubMed, SciELO, Web of Science e Scopus. Foram definidos como critérios de inclusão os artigos publicados nos últimos dez anos, em três línguas (Português, Inglês e Espanhol), estudos realizados com amostras humanas e com texto completo acessível. Foram selecionados 60 artigos para esta revisão.

Resultados/conclusões: Hojat propôs a definição de empatia clínica como um atributo predominantemente cognitivo que engloba o entendimento das experiências, preocupações e perspectivas do doente, em combinação com a capacidade de comunicar ao doente esse entendimento. Esta definição reforça a importância da distinção entre cognição e emoção e, consequentemente, entre empatia e simpatia, e permite a operacionalização do conceito através da aplicação de instrumentos cientificamente validados.

Estudos revelaram que o estabelecimento de uma relação empática tem um efeito positivo não apenas no doente e na evolução do seu processo terapêutico - diagnóstico, prognóstico e tratamento, mas também no médico e até no sistema de saúde.

O contributo das neurociências veio ajudar na clarificação do termo. No entanto, apesar de alguns avanços, este é um terreno que não se esgotou, havendo muito para fazer nesta área, sobretudo se não se partir de um conceito objectivo, mensurável e aceite por toda a comunidade médica.

Palavras chave: história da empatia, evolução da empatia, definição de empatia clínica, avaliação de empatia clínica, empatia clínica como ferramenta, empatia clínica e resultados médicos de saúde.

Abstract

Background: Medicine has evolved in an extraordinary way over time and, in particular, since the second half of the twentieth century, there has been a great scientific and technological progress in this field. However, relational skills, tools as valid and important as technological ones, didn't kept up with this evolution. Despite the value that is recognized within the medical community and some progress in the definition of the concept of clinical empathy, it is still marked by ambiguity and controversy, which limits the exploitation of its full potential.

Objectives: Carrying out a systematic review of the literature on clinical empathy, aiming to clarify the definition, how it should be operationalized and applied in clinical practice and what are the effects on the doctor, the patient and in the evolution of the therapeutic process.

Methods: Research in the databases PubMed, SciELO, Web of Science and Scopus. Inclusion criteria were articles published in the last ten years, in three languages (Portuguese, English and Spanish), studies carried out with human samples and with accessible full texts. Sixty articles were selected for this review.

Results/conclusions: Hojat proposed the definition of clinical empathy as a predominantly cognitive attribute that includes the understanding of patient's experiences, concerns, and perspectives, in combination with the ability to communicate this understanding to the patient. This definition reinforces the importance of the distinction between cognition and emotion and, consequently, between empathy and sympathy, and allows the operationalization of the concept through the application of scientifically validated instruments.

Studies showed that the establishment of the empathic relationship has a positive effect not only on the patient and in the evolution of his therapeutic process - diagnosis, prognosis and treatment, but also on the doctor and even in the health system.

The contribution of neuroscience helped to clarify the term. However, despite some progress, this is a field that has not been exhausted, and there is much to do in this area, especially if it is not based on an objective, measurable and accepted throughout the medical community concept.

Key words: history of empathy, evolution of empathy, definition of clinical empathy, evaluation of clinical empathy, clinical empathy as a tool, clinical empathy and medical health outcomes.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de acrónimos	x
1 - Introdução	1
1.1 - Metodologia	3
2 - Desenvolvimento	5
2.1 - Definição conceptual de empatia	5
2.1.1 - Enquadramento histórico e evolução do conceito	5
2.1.2 - Contributo das neurociências para a definição do conceito	7
2.2 - Aplicações	10
2.2.1 - Como ser empático?	10
2.2.2 - A relação dinâmica entre médico e doente	11
2.2.3 - Relevância como ferramenta terapêutica	13
2.3 - Definição operacional de empatia	15
2.3.1 - Instrumentos de avaliação na prática clínica	15
2.4 - Humanização da Medicina	17
3 - Conclusões finais	19
4 - Bibliografia	21

Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos

4

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Diferenças entre os conceitos de Empatia e Simpatia

6

Lista de Acrónimos

RMf - Ressonância Magnética funcional

JSE - Jefferson Scale of Empathy (Escala de Empatia de Jefferson)

IRI - Interpersonal Reactivity Index (Índice de Reatividade Interpessoal)

JSPPPE - Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (Escala Jefferson de Percepção do Doente da Empatia do Médico)

CARE - Consultation and Relational Empathy (Consulta e Empatia Relacional)

1- Introdução

Desde os primórdios da medicina, há quase 2500 anos, que o médico reconhece a comunicação efetiva com o doente como terapêutica.¹ Por sua vez, a medicina contemporânea tem sido pautada pelo progresso tecnológico, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, mas as competências clínicas relacionais não acompanharam essa evolução.

A entrevista clínica é o procedimento médico mais frequentemente realizado. No entanto, nas últimas décadas, a comunicação entre médico e doente tem vindo a mudar o seu enfoque no sentido de uma comunicação cada vez mais orientada por tarefas.² Assim, as competências relacionais tendem a ser remetidas para segundo plano, provavelmente por não existir um entendimento real daquilo que representam e de todas as suas potencialidades.³ É neste contexto que falamos de empatia, um conceito recente, marcado pela ambiguidade e controvérsia e que, ainda hoje, é sujeito a diferentes interpretações.^{3,4}

A empatia é considerada um componente humanista essencial no cuidado ao doente.⁵ Embora a comunidade médica reconheça o seu valor, ainda existe carência de evidência sólida de que merece um lugar incontestado na assistência médica e na formação académica em medicina.⁶ O facto de não existir uma definição científica consensual, mais objetiva e, conseqüentemente, mensurável poderá ser a principal razão subjacente.³

A relação entre médico e doente “vai além do encontro situacional entre esses dois intérpretes, algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas.”⁷ Existem inúmeras especificidades e particularidades inerentes a esta relação, que a distingue de todas as outras formas de relação interpessoal. Nesse sentido, impõe-se a necessidade de uma aceção própria de empatia em contexto clínico. Desta forma, Hojat propõe a definição de empatia clínica como um atributo predominantemente cognitivo que engloba o entendimento das experiências, preocupações e perspetivas do doente, em combinação com a capacidade de lhe comunicar esse entendimento.³ Esta separação entre cognição e emoção é essencial pois tem implicações não apenas sobre o doente e a evolução do seu processo terapêutico mas também sobre o médico, bem como na facilitação da adoção de instrumentos psicometricamente válidos que permitam a sua avaliação.

São diversos os artigos que revelam que a empatia clínica interfere de forma positiva na evolução do processo terapêutico do doente.^{1,3,8-15} No entanto, importa salientar que, apesar de em menor número, existem pesquisas que defendem que, para além do doente, o médico também é beneficiado durante este processo.^{3,15-18}

Os recentes avanços técnicos, nomeadamente o desenvolvimento da neuroimagem funcional, tornaram possível observar as bases neuronais da empatia e os seus componentes funcionais.¹⁹ Estudos recentes desenvolvidos neste âmbito demonstraram que a empatia não é um processo automático, sendo que vários factores sociais e contextuais condicionam a sua indução e expressão.²⁰ Esta recente e promissora área de investigação poderá vir a contribuir para o desenvolvimento futuro de um modelo biopsicossocial integrado de empatia.²¹

Com a realização deste trabalho pretende-se, através de uma revisão bibliográfica, clarificar a definição de empatia clínica, como pode ser medida, como deve ser aplicada e quais os seus efeitos no médico e doente. Desta forma, pretende-se facultar aos médicos e estudantes de medicina informação objetiva, estimular o seu interesse sobre a temática e facilitar a sua aplicação na prática clínica diária bem como servir de ponto de partida para investigações futuras sobre o tema.

1.1 - Metodologia

Para a realização deste trabalho foi efetuada uma revisão sistemática da literatura na qual foram incluídos artigos publicados nas bases de dados “Pubmed”, “SciELO”, “Web of Science” e “Scopus”. As pesquisas foram realizadas durante os meses de Fevereiro e Março de 2019.

Na revisão da literatura foram utilizadas as seguintes combinações de palavras chave, em português e inglês, respectivamente:

Empatia AND história AND evolução; Empatia clinica AND definição; Empatia clinica AND avaliação AND medição; Empatia clínica AND ferramenta; Empatia clínica AND resultados médicos de saúde.

Empathy AND history AND evolution; Clinical empathy AND definition; Clinical empathy AND assessment AND measurement; Clinical empathy AND tool; Clinical empathy AND medical healthcare outcomes.

Foram definidos como critérios de inclusão os artigos publicados nos últimos dez anos, em três línguas (Português, Inglês e Espanhol), estudos realizados com amostras humanas e com texto completo acessível.

Foram inicialmente identificados 665 artigos. Destes, foram removidos 561, após a primeira triagem, por não se relacionarem com a temática do trabalho ou por serem artigos duplicados.

Os 104 artigos obtidos foram posteriormente submetidos a nova avaliação, sendo seleccionados 75 artigos com texto completo para aplicação dos critérios de elegibilidade. Após validação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 15 artigos por não corresponderem às questões levantadas como objetivo do trabalho. No fim deste processo, foram incluídos no trabalho 60 artigos.

Importa salientar que, pela sua pertinência, o livro “*Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*” (2007), de Hojat, indicado pelo orientador, foi utilizado como referência bibliográfica. Este livro teve na sua génese uma revisão exaustiva da literatura sobre o tema empatia clínica, como não havia sido feito até então, aparecendo muitas vezes citado como referência de base, constituindo desta forma uma mais valia para o enriquecimento e fundamentação deste trabalho.

Diagrama do processo de seleção de artigos

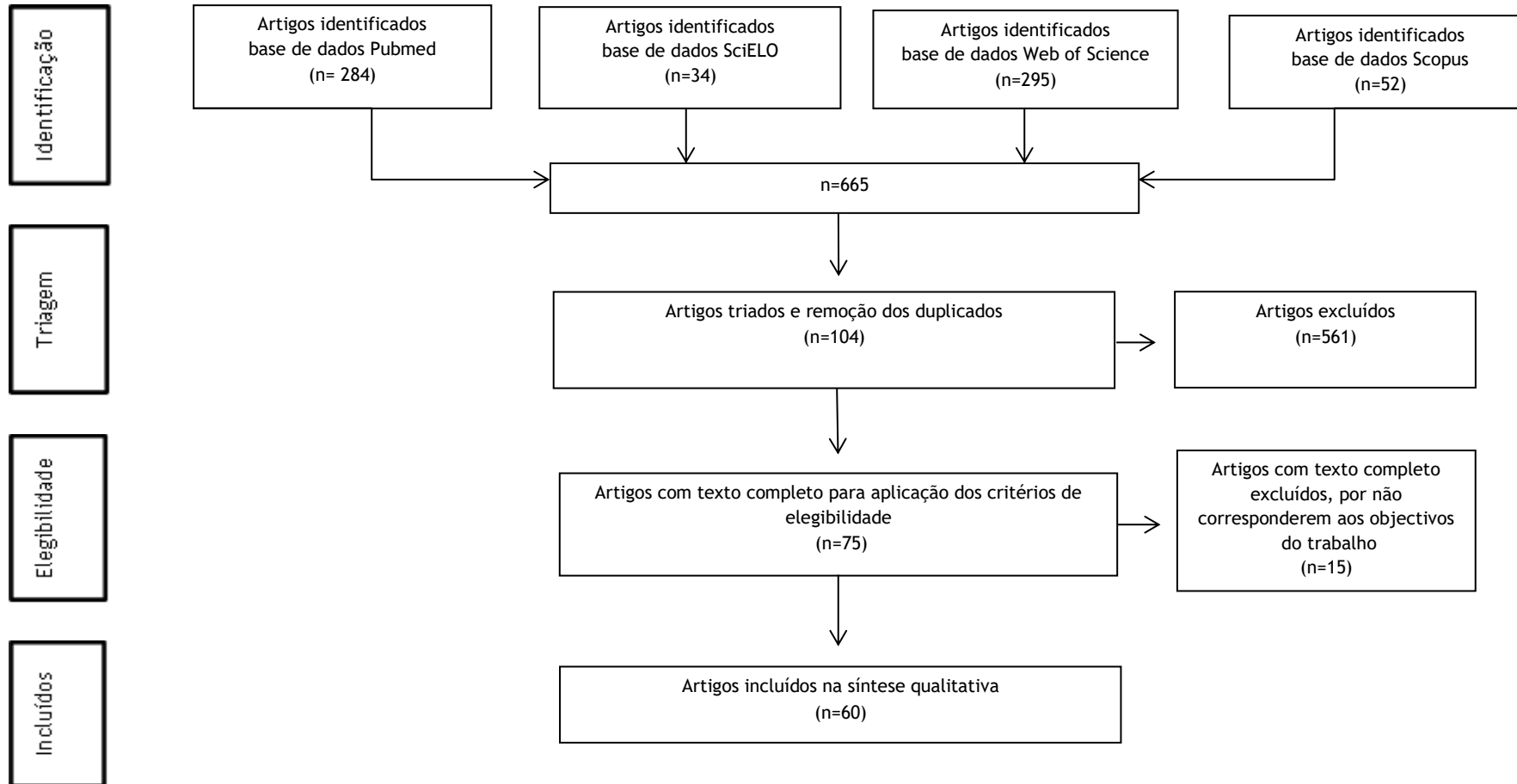


Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos.
Adaptado de *Prisma 2009 Flow Diagram*.

2 - Desenvolvimento

2.1 - Definição conceptual de empatia

2.1.1 - Enquadramento histórico e evolução do conceito

O conceito de empatia é recente tendo a sua origem na palavra germânica *Einfühlung*.⁴ A Alemanha no século XIX foi marcada por um grande interesse pela arte e teorias estéticas. Neste contexto, surge *Einfühlung*, palavra que pretendia traduzir o processo interno vivenciado pelo observador durante a apreciação de obras de arte.²² Apesar da atribuição da autoria da palavra não ser consensual, foi Robert Vischer, um historiador e filósofo germânico, que lhe deu visibilidade e a conduziu para a discussão pública ao definir *Einfühlung* como “sentir com”, ou seja, descreveu o processo de apreciação estética como a projeção emocional do próprio indivíduo (*self*) no objecto que é apreciado. Mais tarde, o filósofo e psicólogo Theodore Lipps, adaptou o conceito ao seu trabalho sobre percepção, encaminhando-o para o âmbito das relações interpessoais.⁴ Lipps considerava-o, de certa forma, um sinónimo de simpatia.

Em 1909, o norte-americano Edward Titchener trouxe *Einfühlung* para a língua Inglesa criando o neologismo *Empathy*. No entanto, o termo deriva também da palavra grega *Empatheia*: *EN*- “em”, e *PATHOS*- “sentimento”, que significa “entrar no sentimento”, o que inevitavelmente conduziu à ambiguidade e dualidade no conceito criado. Subsequentemente, várias “tentativas de esclarecimento terminológico contribuíram para aumentar a confusão. O conceito de *Einfühlung*, agora empatia, tornou-se sinónimo de uma amálgama de termos subjetivos não científicos, incluindo intuição, entendimento, simpatia e *Insight*.”⁴ De fato, ao longo dos anos, o termo foi acumulando vários significados e emergiu em várias áreas, entre elas a medicina.^{4,22}

O conceito de empatia clínica surgiu nos anos sessenta do séc. XX.²³ Este resultou de novas aceções que foram sendo introduzidas ao conceito de empatia, nomeadamente a dimensão dinâmica da relação interpessoal e a ação transformadora dessa relação. Destaque para Freud que, no âmbito da psicanálise, o relaciona com a “capacidade de nos colocarmos no lugar do outro.” Em 1918, Southard “foi o primeiro a descrever a relevância de empatia na relação entre médico e paciente como facilitador dos resultados diagnósticos.”³ De fato, este foi um marco importante na sua aplicabilidade clínica ao reconhecer que o estabelecimento de uma relação empática entre médico e doente interfere no desfecho do processo terapêutico. Mais tarde, Carl Rogers, o criador do conceito “abordagem centrada na pessoa”, foi o responsável pelo aprofundamento da investigação sobre empatia e desenvolvimento da

sua aplicabilidade na prática psicoterapêutica.²² Rogers definiu empatia como a capacidade de perceber a estrutura de referência interna do outro com acuidade, como se se fosse a outra pessoa, mas sem perder a condição 'como se'.²⁴ Este considerava empatia como um processo no qual desenvolvemos a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, mas sem nos identificarmos com este, ou seja, sem perdermos a nossa própria identidade. Este foi um passo importante no sentido da delimitação das fronteiras entre os conceitos de empatia e simpatia.

Atualmente, mantêm-se diferentes correntes de pensamento no que concerne à definição de empatia e, em particular, de empatia clínica. Para alguns autores, é descrita como um atributo cognitivo, para outros emocional e alguns consideram-na um combinação de ambos. Existe também algum debate sobre a adição de um componente comportamental para a sua definição.³ Finalmente, também foi proposta a adição de uma dimensão linguística.²⁵ Esta ambiguidade que ainda permanece na definição do conceito acaba por perpetuar uma limitação que impossibilita o desenvolvimento científico e exploração de todo o seu potencial.²⁶

Segundo Hojat, é essencial a diferenciação entre cognição e emoção, entre entendimento e sentimento, pois só desta forma se alcança uma conceptualização adequada tornando possível a sua mensuração e o estudo dos seus efeitos.³ Desta forma, a distinção entre cognição e emoção permite a distinção entre empatia e simpatia, respetivamente.³ Esta separação é essencial na prática clínica pois tem implicações não apenas sobre o doente e os resultados do seu processo terapêutico mas também sobre o próprio médico.

A tabela abaixo, enumera as principais diferenças entre os dois conceitos, tendo por base alguns aspetos chave.

Tabela 1- Diferenças entre os conceitos de Empatia e Simpatia.³

Características	Empatia	Simpatia
Contributo da aprendizagem	Mais significativa	Menos significativa
Contributo da cognição	Mais significativa	Menos significativa
Contributo do afeto	Menos significativa	Mais significativa
Contributo de fatores inatos/genéticos	Menos inato	Mais inato
Objetividade vs. Subjetividade	Mais objectivo	Mais subjectivo
Raízes comportamentais	Avançadas	Primitivas
Áreas de processamento cerebral	Predominantemente neocórtex	Predominantemente sistema límbico
Esforço exigido ao clínico	Maior esforço	Menor esforço
Tempo de reação	Não espontâneo	Espontâneo
Emoções do doente	Apreciadas sem identificação	Apreciadas com identificação
Sentimentos percebidos pelo médico	Tipo e qualidade	Grau e quantidade
Comunicação com o doente	“Eu entendo o seu sofrimento”	“Eu sinto a sua dor”

Adaptado de *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes (2007)*

Assim, segundo Hojat, empatia em contexto clínico consiste num “atributo predominantemente cognitivo (mais do que emocional) que engloba o entendimento das

experiências, preocupações e perspectivas do paciente, em combinação com a capacidade de comunicar esse entendimento.”³

Contudo, importa ressaltar que, pela complexidade intrínseca às relações humanas, e em particular à relação médico-doente, seria falacioso assumir empatia como um atributo exclusivamente cognitivo, porque é impossível a completa dissociação da componente emocional. A mesma é aceitável mas apenas até certo ponto, porque os médicos devem sentir os sentimentos dos seus doentes apenas até à extensão necessária para melhorar o entendimento dos mesmos, sem impedir o seu julgamento profissional.³ A relação empática permite que as emoções sejam usadas ao serviço de uma compreensão mais profunda do doente.²⁵ “No campo do profissionalismo médico, a empatia é apresentada como o equilíbrio ideal entre o envolvimento emocional excessivo e o distanciamento.”¹⁷ Importa salientar que este processo não deve ser encarado como algo simples ou espontâneo, exigindo um entendimento profundo daquilo que representa, autoconhecimento, treino e aperfeiçoamento contínuo no desenvolvimento do mesmo. De fato, “a empatia pode ser controlada.”²⁷

2.1.2 - Contributo das neurociências para a definição do conceito

Uma área emergente de pesquisa neurobiológica pode ser a chave para o desenvolvimento de um modelo biopsicossocial integrado de empatia.²¹ De fato, os recentes avanços tecnológicos, nomeadamente o desenvolvimento da ressonância magnética funcional (RMf), tornaram possível observar e registar, de forma não invasiva e com elevado nível de precisão, as “bases neuronais da empatia humana e os seus componentes funcionais.”¹⁹

A “ontogenia da empatia humana é melhor compreendida com referência à história evolutiva do cérebro social.”²⁰ Segundo Decety e Svetlova “a empatia surge durante o segundo ano de vida, à medida que a criança atinge maior consciência das experiências dos outros e se desenvolve no contexto da interação social.”²⁰ Mesmo as formas mais avançadas e flexíveis de empatia em humanos são construídas em formas mais básicas e permanecem conectadas a mecanismos subcorticais e neuro-hormonais associados à comunicação afetiva, cuidado parental e processos de apego social.²⁸ Estes reflectem o “produto final das interações entre múltiplos sistemas neurais que se tornam bem integrados ao longo do curso da filogenia e da ontogenia.”²⁰

Um estudo transversal desenvolvido por Decety e Michalska em 2010, com recurso à RMf, revelou que “em resposta ao sofrimento físico dos outros, indivíduos mais jovens recrutaram a porção posterior da ínsula em conjunto com a amígdala e o córtex orbitofrontal

medial, levando-os a sentir desconforto associado a uma resposta visceral, enquanto que os indivíduos adultos usaram representações secundárias mais abstratas da dor.”²⁰ Outro achado do estudo foi que, “com o avançar da idade, a maior mudança de sinal cerebral ocorre nas regiões pré-frontais envolvidas no controlo cognitivo e na inibição da resposta. Este padrão de mudança, reflexo da frontalização da capacidade regulatória, fornece uma modelação “*top-down*” no processamento de emoções, especialmente na reatividade da amígdala a estímulos aversivos, sendo vital para formas mais avançadas de empatia ligadas à tomada de perspectiva e mentalização.”²⁰

Assim, “a capacidade de empatia humana é mais sofisticada que a mera ressonância automática do estado afetivo do alvo.”²⁰ De fato, empatia não é apenas partilha do estado emocional dos outros mas também a compreensão desse estado em relação a si mesmo. “Mentalização subentende a capacidade de explicar, prever e interpretar ações e discurso, atribuindo estados mentais - como crenças, desejos, intenções e emoções - para si mesmo e para outras pessoas.”²⁰ “A capacidade de conceptualizar e reflectir sobre as nossas emoções e as dos outros e perceber que elas podem diferir é essencial para a competência socioemocional.”²⁰

A empatia deve ser conceptualizada como uma construção multidimensional, assente em cinco componentes chave: “partilha afetiva”, “distinção entre o eu e o outro”, “tomada de perspectiva”, “regulação da emoção” e “motivação altruísta”.¹⁹ A “partilha afetiva”, também designada como “ressonância afetiva”, assenta, a nível neuronal, num mecanismo através do qual a perceção do estado emocional de outra pessoa ativa automaticamente no observador a representação desse estado, e essa representação estimula respostas autonómicas e somáticas associadas.¹⁹ Este fenómeno deve-se à activação dos “neurónios espelho”. Estes consistem num grupo de neurónios localizados no córtex pré-motor, que são ativados quando observamos outra pessoa a realizar uma determinada ação, correspondendo a uma representação mental dessa mesma ação.³

No que respeita à “distinção entre o eu e o outro”, existe a evidência de que “precursores precoces da noção de autoconsciência, que permitem diferenciar o eu do outro numa experiência empática, estão presentes desde o nascimento e desenvolvem-se gradualmente ao longo dos primeiros anos de vida.”¹⁹ Por sua vez, a “tomada de perspectiva” é um elemento fulcral. De fato, a empatia não é uma reacção puramente automática orientada por processos ascendentes como a excitação afetiva, sendo essencial o papel dos processos cognitivos de ordem superior, que permitem modular a excitação afetiva e a compreensão das emoções do outro.¹⁹ A “regulação da emoção”, ou seja, a capacidade de regular a nossa própria experiência emocional enquanto assistimos à experiência emocional do outro representa outro processo “*top-down*” que modula a excitação afetiva.¹⁹ Considerando que a regulação emocional é uma função cognitiva de ordem superior, o seu desenvolvimento neural é mais prolongado do que o de outros componentes da empatia

ocorrendo durante a adolescência e até a terceira década de vida.¹⁹ Finalmente, a preocupação empática produz uma “motivação altruísta”, definida como um desejo de aumentar o bem-estar do outro.¹⁹ A partilha afetiva, tomada de perspectiva e regulação de emoções são todos pensados para promover a preocupação empática. Estudos recentes de neuroimagem sugerem que “a motivação altruísta pode representar uma classe intrínseca de recompensa na qual o bem-estar do outro tem um grande valor motivacional para o observador.”¹⁹

Em suma, importa reforçar que a “empatia não é automática ou reflexiva, e vários fatores sociais e contextuais condicionam a sua indução e expressão.”^{20,28} Estes fatores resultam de interações complexas entre os sistemas fisiológico e ambiental, sistemas estes que “operam em paralelo e são altamente influenciados pelo contexto social e pela aprendizagem”.^{20,29} Tal corrobora a ideia de empatia como uma competência que pode ser estimulada, desenvolvida, aprimorada.

É consensual que são diferentes os mecanismos envolvidos no processamento de *inputs* cognitivos e emocionais.^{3,21} Assim, assumindo empatia em contexto clínico como um atributo predominantemente cognitivo conclui-se que, como são distintas as áreas cerebrais ativadas, os resultados observados também diferem. Esses processos (cognição e emoção) podem estar interrelacionados, mas precisam ser considerados separadamente para melhor entender os mecanismos subjacentes às diferenças na resposta empática de cada indivíduo e para identificar o *locus* da modulação dessa resposta em populações clínicas ou devido a intervenções psicológicas ou farmacológicas.³⁰ Nesse sentido, importa ressaltar que, se não se partir de um conceito claro é impossível retirar todo o usufruto desta nova e promissora área de investigação, uma vez que se parte de uma premissa falaciosa, condicionando os resultados de futuras investigações.

Atualmente, subsiste a dificuldade em estudar a atividade neural associada à comunicação entre médico e doente em cenário/tempo real. Logo, as teorias existentes baseiam-se em evidências indiretas. Novos métodos não-invasivos poderão vir a reunir diferentes linhas de pesquisa e proporcionar uma melhor compreensão dos processos subjacentes à *talk-in-interaction*, ajudando a compreender melhor o que acontece nos encontros com o doente.²¹

2.2 - Aplicações

2.2.1 - Como ser empático?

A empatia é um elemento primordial da relação médico-doente, existindo evidência científica da sua associação a melhores resultados clínicos.²⁴ No entanto, para se responder à questão como ser empático, mais uma vez, é essencial reportar a necessidade de se partir de um conceito objetivo, consensual e mensurável. Só desta forma pode ser alvo de escrutínio científico, nomeadamente através da aplicação de instrumentos de avaliação validados para o efeito.

Fora do contexto médico, a empatia consiste essencialmente num modo afetivo de compreensão.³¹ Ao contrário, empatia clínica consiste numa competência predominantemente cognitiva (mais do que emocional) que engloba o entendimento das experiências, preocupações e perspectivas do doente, associado à capacidade de o transmitir, ou seja, de comunicar esse mesmo entendimento.³ Esta definição assenta em três aspectos chave: cognição, entendimento e comunicação.³

A empatia como atributo predominantemente cognitivo surge como resultado de processamentos de ordem superior, através do raciocínio e avaliação, a base do julgamento clínico.³ Assim, em contexto clínico, subentende-se como é importante a distinção entre cognição e emoção, pelas diferentes implicações no processo terapêutico do doente mas também no próprio médico, sendo que a simpatia é claramente inapropriada, podendo afectar o julgamento clínico.³² “Para ser empático é necessário, pois, encontrar um ponto de equilíbrio entre o contágio emocional, num extremo, e a sobreintelectualização, no outro.”³² O processo de entendimento, por sua vez, exige a capacidade de compreensão do doente como um todo, ou seja, de uma forma holística. Outro aspeto chave assenta na comunicação, ou seja, para além da habilidade que o médico deve ter de entender o doente é essencial que tenha a capacidade de lhe comunicar esse entendimento.³

“No contexto da entrevista clínica, algumas das estratégias para a comunicação empática passam pelo recurso a frases e questões abertas, bem como expressões que validem os sentimentos do doente e lhe abram uma possibilidade de continuidade discursiva. É importante recordar que as pausas no discurso, a escuta terapêutica e a oferta de suporte se constituem também como fulcrais.”³²

Importa salientar que, para que a comunicação seja efectiva, tem de existir reciprocidade, ou seja o doente deve assumir um papel ativo, uma vez que este é preponderante no desfecho dos cuidados que lhe são destinados. Assim, médico e doente devem trabalhar lado a lado, em parceria, mediante um entendimento mútuo e *feedback*

recíproco durante a comunicação (verbal e não verbal), durante todo o processo, de forma a estabelecerem uma verdadeira relação empática.³

A empatia clínica não deve ser encarada como algo espontâneo ou inato. Ao contrário, exige treino e esforço e requer grande concentração por parte do médico, dependendo de dois componentes não verbais que este deve aprimorar: a descodificação da linguagem não verbal do doente e a sua própria expressividade, codificando de um modo não verbal as suas próprias emoções.¹⁸ A comunicação não verbal e a linguagem corporal são tão importantes quanto a comunicação verbal.^{15,33} Nesse sentido, Riess e Kraft-Todd desenvolveram um acrónimo (E.M.P.A.T.H.Y.) para ajudar os médicos a recordar componentes essenciais da comunicação não-verbal como o contato visual, expressão facial, postura e tom de voz.³³

Importa reforçar que, ao longo dos séculos, mas, sobretudo nos tempos mais recentes, marcados pelo progresso tecnológico, a relação entre médico e doente sofreu mudanças significativas.³ Existe atualmente uma despersonalização nos cuidados que são prestados. Frequentemente, durante o estágio clínico, fui confrontada com expressões como “o caso da apendicite”, “o doente da hepatite” ou a “a doente da cama x”. A falta de empatia, ou foco apenas nos sintomas físicos, em vez do reconhecimento do impacto da doença e do tratamento no bem-estar do doente, pode causar danos a este por meio de um tratamento que não é sensível à totalidade das suas necessidades.³⁴ Numa profissão na qual lidamos com pessoas, deve ser inquestionável a importância do conceito holístico, devendo o mesmo ser transversal a todas as nossas acções. De fato, a empatia, no contexto da relação médico-doente, “vai além do encontro situacional entre estes dois intérpretes, algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas.”⁷ A empatia clínica é antes um instrumento para transformar o doente num ser autónomo.⁷

2.2.2 - A relação dinâmica entre médico e doente

Os mecanismos envolvidos em qualquer relação interpessoal são complexos. Logo, avaliar a psicodinâmica envolvida na relação entre médico e doente é importante para entender os mecanismos subjacentes que podem melhorar ou impedir essa mesma relação.³ A necessidade de sobrevivência do doente, as posições desiguais nos encontros clínicos, a atmosfera do atendimento, a psicodinâmica das trocas interpessoais, factores culturais e limites no atendimento sugerem que esta relação é única quando comparada a qualquer outro tipo de relação humana.³

Para que se atinjam resultados positivos no processo terapêutico, a comunicação, na relação empática, tem de ser recíproca, uma vez que, “sem reconhecimento recíproco não existe qualidade assistencial.”³⁵ Para tal, é necessário, por um lado, a adoção de estilos de comunicação adequados, assentes no respeito mútuo e, por outro lado, o “empoderamento” dos atores envolvidos, doentes e profissionais.³⁵

“Comprimido ou processo? Muitas vezes, o que recebe mais crédito é o comprimido prescrito. Mas e o processo que ocorre antes da prescrição? A interação entre o doente e o médico pode ter uma influência terapêutica significativa.”¹⁴ Recorrendo a esta analogia, para se prescrever corretamente um medicamento tem de se perceber se aquele fármaco é o mais indicado para aquele indivíduo em particular, interações, possíveis efeitos secundários, tendo por base as suas especificidades e, não menos importante, tendo em conta a sua opinião e preferências, procurando envolver o doente em todo o processo. Da mesma forma, quando se usa a relação empática como ferramenta terapêutica tem que se abandonar a ideia de que nesta relação o médico está numa posição “acima” do doente. De fato, se considerado desta forma estamos destinados ao fracasso e a incorrer no erro do autoritarismo ou paternalismo médico. O doente deve ser visto como um parceiro, com quem trabalhamos lado a lado, de forma a perceber o que aquela pessoa, única, realmente necessita e a forma como quer ser ajudada, estando atentos a todos os *timings* e *feedbacks* que são constantemente transmitidos, reorganizando permanentemente a nossa atuação face aquilo que o doente nos dá.

Por outro lado, importa salientar que a pesquisa sobre os efeitos benéficos da empatia tem-se focado quase exclusivamente nos efeitos no doente. Contudo, a empatia no atendimento ao doente é bidirecional, afetando o clínico e o doente.³ De fato, devido à recompensa intrínseca associada ao estabelecimento de um relacionamento significativo com os outros, tanto o médico quanto o doente beneficiam do estabelecimento de um envolvimento empático.³

No que respeita aos efeitos observados no médico, apesar dos poucos estudos existentes, estes revelam que a satisfação dos médicos na sua relação com os doentes pode servir como um *buffer* contra a tensão profissional, diminuir a ocorrência de *burnout*, abuso de substâncias e até tentativas de suicídio.³ Desta forma, médicos que percebem o relacionamento empático com o doente como uma conexão interpessoal significativa, auferem de uma espécie de “amortecedor” contra o desgaste profissional e a insatisfação em relação aos sistemas de saúde.³ A relação empática conduz a um maior sentido de realização profissional, menores níveis de stress, menor taxa de erros, facilitando ainda a comunicação com doentes “mais difíceis”.¹⁸ Assim, o estabelecimento de uma relação empática tem também efeitos benéficos comprovados para o médico, contribuindo para o seu bem estar e, consequentemente, melhorando o seu desempenho profissional.

Em suma, o aumento da empatia na prática clínica não só levaria a um sistema de saúde mais ético, mas também à melhoria da saúde e do bem-estar dos doentes e dos próprios profissionais.³⁶

2.2.3 - Relevância como ferramenta terapêutica

A empatia é um componente humanista fundamental, que “facilita encontros clínicos eficientes e centrados no doente.”⁵ Devido à complexidade e multidimensionalidade da empatia clínica, as investigações baseadas em evidências requerem estudos qualitativos e quantitativos bem planeados e uma abordagem de pesquisa interdisciplinar.⁶

Existe evidência científica de que o médico que comunica de forma empática obtém vários resultados positivos no processo terapêutico do doente.^{1,3,8-15} Os doentes mais facilmente e frequentemente expõem os seus sintomas e preocupações, a relação médico-doente melhora, a satisfação do doente aumenta, a capacidade de diagnóstico é aprimorada e os doentes sentem-se mais “empoderados” na gestão da sua doença.³² Quando os profissionais de saúde melhoram a forma como expressam empatia, tal pode reduzir o sofrimento e ansiedade do doente.³⁷ De fato, a empatia é particularmente importante no contexto médico correlacionando-se com aspetos chave como maior adesão ao tratamento, maior precisão no diagnóstico, redução de erros médicos e resultados positivos de saúde.^{12,38} Num estudo publicado em 2011 no *Journal of the American Board of Family Medicine*, envolvendo médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, procedendo-se à gravação das consultas e aplicação de questionários aos doentes no final das mesmas, as conclusões principais foram: o recurso à empatia clínica associou-se a uma maior satisfação e autonomia por parte dos doentes, o que se traduz numa melhor adesão terapêutica e motivação para a mudança comportamental.³²

Apoiando a visão de que o cuidado empático deve ser encorajado, a extensão na qual os profissionais de saúde o expressam parece estar em falta.⁹ O aumento da carga burocrática parece ser um dos entraves.⁹ Assim, barreiras como local inadequado para a consulta, pouca disponibilidade temporal ou adopção de linguagem contendo muitos termos técnicos, deverão ser prontamente identificadas e evitadas.³⁹

Num estudo desenvolvido num Hospital em Chicago, médicos que escolheram a resposta empática solicitaram menos exames laboratoriais e realizaram ressuscitação cardiopulmonar por um período de tempo mais curto antes de declararem os seus esforços infrutíferos.³ Assim, os investigadores concluíram que as respostas empáticas ou simpáticas do

médico podem levar a diferenças significativas na prática clínica e na utilização dos recursos.³

Num estudo publicado em 1991, foi relatado que a empatia pode efetivamente conduzir à redução do custo dos cuidados médicos.³ Também existe evidência que o recurso à empatia tem um impacto mínimo sobre a duração do tempo despendido durante as visitas médicas.¹ Estes estudos vieram demonstrar que, do ponto de vista económico e da gestão em saúde, existem também benefícios constatados.

Em suma, a empatia, enquanto demonstração de entendimento por parte do médico das perspetivas do doente, revela-se uma ferramenta poderosa, que constitui um reforço da relação terapêutica e facilita a gestão de emoções. Segundo Baptista, que cita José Nunes “a sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica: quebra as barreiras do isolamento da doença ou do mal-estar e restaura a sensação de se sentir como um todo.”³²

2.3 - Definição operacional

2.3.1 - Instrumentos de avaliação na prática clínica

A empatia é descrita na literatura como o atributo mais frequentemente mencionado do médico humanista, porém a pesquisa sobre o tema ainda é escassa devido à ambiguidade do termo e à falta de um método de avaliação psicometricamente sólido.³ Um instrumento de avaliação deve servir não apenas como dispositivo para medição, mas também como a base de uma linguagem comum que os pesquisadores possam usar. “Nenhum conceito pode ser sujeito a escrutínio científico sem uma definição operacional”.³ Nesse sentido, mais uma vez, importa reforçar a importância de se partir de um conceito de empatia clínica consensual e cientificamente aceite.

Atualmente, a definição de empatia é considerada sob diferentes perspectivas, tendo várias dimensões, logo não passível de ser totalmente abrangida por um único instrumento de avaliação. Para a autoavaliação de empatia, são usados a *Jefferson Scale of Empathy* (JSE) e o *Interpersonal Reactivity Index* (IRI).⁵ A JSE foi projetada, especificamente, para medir a empatia em contexto clínico e foca-se nos aspectos cognitivos. Por sua vez, o IRI foi desenvolvido para medir a empatia na população em geral e avalia as componentes afetiva e cognitiva.⁵ Um estudo internacional demonstrou que os dois instrumentos capturam construções diferentes de empatia.⁴⁰

Assim, em contexto de saúde, foi concebida uma medida operacional de empatia especificamente aplicável à assistência médica, a JSE. Esta foi criada para medir a empatia entre estudantes de medicina, médicos em exercício e outros profissionais de saúde. A JSE tem na sua base a definição de empatia clínica de Hojat e foi validada e adaptada em várias línguas, incluindo a portuguesa, constituindo assim uma ferramenta cientificamente comprovada e disponível para aplicação no nosso país.^{3,24,41}

Apesar do doente ser o destinatário da intervenção, pouco trabalho sobre como este percebe/relata receber empatia foi realizado.⁵ O conhecimento sobre empatia clínica tem origem sobretudo nas perspectivas dos médicos e foi desenvolvido, principalmente, a partir de estudos baseados na auto-avaliação.⁵ Esta forma de avaliação pode não se correlacionar com a realidade observada pelo doente. Existe evidência que sugere que a empatia avaliada pelo doente é mais fidedignamente associada a melhores resultados terapêuticos do que a empatia autoavaliada pelo clínico.⁶ No entanto, “capacitar os doentes para medir a empatia dos médicos não é simples nem fácil.”⁵ Existem muitas vezes restrições relacionadas com o tempo e a própria logística.⁵ Para além disso, é ainda necessária uma mudança cultural e de mentalidades de forma a consciencializar os médicos sobre a necessidade de consolidar o

papel do doente como um avaliador legítimo dos comportamentos e atitudes dos clínicos.^{5,10} De fato, importa salientar que um dos aspeto chave da definição de empatia clínica de Hojat consiste, precisamente, na capacidade que o médico deve ter em comunicar a sua compreensão/entendimento ao doente e tal só é passível de ser avaliado se tivermos em conta a perceção do doente.

Assim, instrumentos desenvolvidos, no contexto da prática clínica, para avaliar a perceção de empatia pelo doente foram a *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy* (JSPPPE) e a *Consultation and Relational Empathy* (CARE). Ambos tiveram na sua génese extensas revisões de literatura e o último também se baseou em entrevistas com doentes em ambulatório.⁵ Tanto a JSPPPE como a CARE são validados internacionalmente, constituindo uma medida replicável, nomeadamente no nosso país.^{24, 42} A escala CARE foi criada inicialmente para uso apenas no contexto da Medicina Geral e Familiar, no entanto, tem vindo a ser aplicada, com sucesso, em outras áreas da medicina.

De forma a estimular o desenvolvimento da temática, Kelm *et al* propõem algumas estratégias para facilitar a aplicação futura dos instrumentos de avaliação de empatia em contexto clínico:³⁶

- 1) Determinar de forma mais exata a correlação entre medidas de autorrelato e relato do doente para assegurar avaliações confiáveis e validadas para estudos futuros;
- 2) Estabelecer consenso sobre o tipo de medida a usar para avaliar a empatia, para que estudos menores possam, no futuro, ser agregados em meta-análises;
- 3) Assegurar a comunicação adequada e explícita dos procedimentos de intervenção e implementação de forma a promover estudos transparentes e facilmente replicáveis;
- 4) Delinear estudos randomizados controlados de maior qualidade para estabelecer uma amostra maior de estudos de Nível 1 e, assim, avaliar a sua eficácia com maior grau de confiança;
- 5) Dado o declínio da empatia ao longo da formação pré-graduada em medicina, reconhecer a necessidade de desenvolver e testar intervenções em múltiplos momentos do ensino e prática médica;
- 6) Desenvolver estudos que permitam investigar a eficácia a longo prazo de intervenções de empatia.

2.4 - Humanização da medicina

A prática da medicina mudou desde a sua origem. Na Grécia antiga a cura era praticada como uma arte.⁴³ Nos dias de hoje, concentra-se predominantemente nos aspetos clínicos e no tratamento dos mesmos.⁴³ No entanto, “o cuidado ao doente é tanto uma ciência quanto arte.”⁴⁴ Consiste, por um lado, na aplicação competente da ciência, e por outro, na arte de estar atentamente presente ao doente em toda a complexidade e significado da sua experiência de doença.⁴⁴

Atualmente a medicina é altamente tecnológica, com uma certeza diagnóstica e resultados eficientes, mas, ao mesmo tempo, com uma elevada taxa de desconfiança por parte dos doentes, o que conduz à prática de uma medicina defensiva.⁴⁵ “O poder da técnica sobre a vida tem deixado de lado o eminentemente humano no ato de curar”, o que tem causado uma fratura naquilo que é a essência da profissão.⁴⁵ Assim, propõe-se a reumanização da relação clínica através da empatia.⁴⁶ Esta é fundamental para o desenvolvimento e sustentabilidade das relações entre médico e doente e é um componente essencial do profissionalismo médico.⁴⁶ No entanto, alguns estudos têm sugerido uma diminuição dos níveis de empatia, no decorrer da formação pré-graduada em medicina ou da prática clínica.^{1,15,47,48}

Segundo Díez-Goñi e Rodríguez-Díez os motivos associados à diminuição da empatia, durante a formação pré-graduada, poderão ser os seguintes:⁴⁹

- Volume de trabalho académico excessivo;
- Falta de relevância dada à empatia no currículo do aluno ("currículo oculto");
- Realização de estágios clínicos com médicos com pouca disponibilidade;
- Necessidade do aluno se distanciar dos doentes (controlando e reprimindo emoções em relação à morte, sofrimento ou erro médico por não saber lidar com as mesmas) e a sua perda de idealismo.

No que diz respeito ao declínio da empatia no decorrer do exercício profissional, este traduz-se num dos grandes desafios dos sistemas de saúde contemporâneos. De fato, ambientes de trabalho stressantes, a priorização do bem estar físico do doente em detrimento do bem estar psicológico, períodos de internamento cada vez mais curtos, um maior número de doentes e uma população cada vez mais envelhecida podem acelerar o declínio da empatia, incorrendo, em última análise, no risco de um mau atendimento clínico.⁴⁷ Num estudo qualitativo realizado no Reino unido, através da aplicação de entrevistas semiestruturadas a clínicos no primeiro ano em exercício profissional, em ambiente hospitalar, concluiu-se que os médicos recém-formados estão cientes da erosão ética quando iniciam a prática clínica. A melhoria das condições de trabalho pode reverter

essa tendência e o treino desta competência nos currículos de graduação e pós-graduação pode também ser uma intervenção útil nesse sentido.⁴⁷

Importa salientar que diversas variáveis, algumas de vertente mais inata, outras associadas aos contextos culturais e de desenvolvimento nos quais os indivíduos se inserem, fazem com que algumas pessoas sejam, à partida, mais empáticas que outras.⁵¹ Alguns estudos revelaram que, por exemplo, indivíduos do género feminino, com experiência próxima de pessoas com doença grave e pessoas envolvidas em atividades de voluntariado são mais empáticas.^{51,52} Logo, o facto de não estarmos todos no “mesmo patamar” no que concerne à importância que damos à empatia e à capacidade que temos de a expressar só vem reforçar a importância da sua inclusão no currículo académico porque esta é uma competência/ferramenta que é passível de ser trabalhada e desenvolvida.⁴⁹ De fato, existe evidência que a empatia é uma competência que pode ser ensinada, aprendida e colocada em prática por alunos e clínicos.⁵³

Num estudo longitudinal realizado em Portugal, com alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova, publicado em 2011, verificou-se uma evolução positiva total da JSE na sequência da frequência da disciplina Psicologia Médica, sugerindo ser possível desenvolver a empatia (ou melhorar a atitude face à mesma) no decurso do curso de Medicina.²⁴

São necessárias mudanças nos métodos de ensino atuais em medicina.¹³ Palestras unidirecionais em sala de aula devem ser desencorajadas em detrimento das formações que permitem a exposição a situações clínicas realistas, prática real, *feedback* estruturado, usando uma abordagem integrada.¹³ Uma recente meta-análise revelou que o recurso à simulação pode ser um método apropriado para ensinar empatia.⁴⁹ Esta pode ser realizada com recurso a pacientes padronizados, visualização e discussão de filmes ou *role play*.

Importa, contudo, salientar que formações sobre empatia não terminam na universidade, existindo um número crescente de cursos de pós-graduação nesta área, com evidência de resultados positivos.¹⁵ Particularmente, os médicos que acompanham os alunos durante os estágios devem ser alvo de intervenção, devendo reconhecer a importância de empatia em contexto clínico e participar ativamente em formações, de forma a manterem-se atualizados sobre o tema.⁴⁹

Embora a comunidade médica reconheça a empatia como um elemento chave da qualidade no atendimento ao doente, ainda existe carência de evidência sólida de que merece um lugar incontestado na assistência clínica e educação médica.⁶ Também existe alguma divergência na literatura de pesquisa sobre qual a melhor forma de avaliar a empatia entre os médicos e se a empatia de fato diminui ou aumenta durante o processo de educação médica.⁵⁴⁻⁵⁶ Estes resultados vêm reforçar, mais uma vez, a incongruência e fragilidade que ainda se mantém em relação ao conceito de empatia clínica.

3 - Conclusões finais

Um dos grandes desafios da medicina moderna será preservar os melhores elementos do cuidado num ambiente dominado por forças económicas e práticas rotineiras.⁵⁷ Segundo Kerasidou e Horn, existem dois valores considerados básicos para o exercício clínico: competência clínica e empatia.¹⁷ No entanto, existe uma tendência para favorecer o médico tecnicamente hábil, racional e emocionalmente destacado, em vez do médico empático.¹⁷ A tecnologia e a técnica são essenciais nos dias de hoje, no entanto, estas devem ser encaradas como aliadas das competências relacionais, complementares, não se devendo anular. Um clínico de excelência deve esforçar-se para dominar não apenas a teoria da doença e tratamento, mas também desenvolver uma presença terapêutica.⁵⁸ Assim, a empatia não deve ser apenas esperada por parte dos médicos, deve ser ativamente promovida, assistida e cultivada na profissão.¹⁷

As várias falhas conceptuais observadas como a ausência de uma definição consensual mais objectiva e, conseqüentemente, a incompatibilidade entre a definição e a operacionalização são desafios significativos.³⁰ Hojat desenvolveu um estudo exaustivo sobre empatia em saúde, desde a sua génese até aos dias de hoje e, pelas especificidades inerentes à relação entre médico e doente, que a distingue de todas as outras formas de relação interpessoal, propôs a definição de empatia clínica como um atributo predominantemente cognitivo que engloba o entendimento das experiências, preocupações e perspectivas do doente, em combinação com a capacidade de comunicar esse entendimento.³ Esta definição permite a operacionalização do conceito, podendo ser alvo de escrutínio científico, nomeadamente através da aplicação de instrumentos de avaliação (pelo médico e pelo doente) validados.⁶⁰

A “empatia não é automática ou reflexiva, e vários fatores sociais e contextuais condicionam a sua indução e expressão.”^{20,28} Tal corrobora a ideia de empatia como uma competência que pode ser estimulada, desenvolvida, aprimorada. Importa salientar que este processo exige um entendimento profundo daquilo que representa, autoconhecimento, treino e aperfeiçoamento contínuo no desenvolvimento do mesmo.

A relação empática possibilita a consideração do doente como parceiro, “especialista na cooperação”, conduzindo a uma abordagem com responsabilidade e experiência compartilhadas, permitindo soluções individualizadas.⁵⁹ De fato, a empatia permite uma compreensão mais profunda e holística do doente, da pessoa.

É inquestionável que a empatia pode afetar de forma positiva a evolução de todo o processo terapêutico - diagnóstico, prognóstico e tratamento. Esta melhora os resultados de

saúde, aprimorando a comunicação médico-doente e tornando a consulta mais eficaz.¹⁵ O médico também é beneficiado durante este processo e até o próprio sistema de saúde.

Existem múltiplos fatores relacionados com o médico, doente e contexto ambiental que influenciam a empatia clínica - alguns de forma positiva (como o aumento do tempo de consulta) e outros negativamente (como a carga de trabalho excessiva).¹⁵ Futuras pesquisas nesta área devem focar-se nos fatores contextuais do encontro clínico que contribuem para uma consulta empática, e sobre formas de os desenvolver na educação e na prática.¹⁵ De igual importância é a criação de condições de trabalho adequadas que permitam aos médicos utilizar esta ferramenta e integrá-la na sua rotina profissional.¹⁷

Mais pesquisas sobre os mecanismos de empatia clínica são também necessárias para ajudar os educadores médicos a orientar os alunos para uma melhor compreensão das suas próprias forças.³⁰ Mais estudos são essenciais para avaliar, num encontro clínico, quais os aspetos que melhor se associam a uma percepção de empatia “perfeita”, de modo a que os vários métodos de comunicação e habilidades de relacionamento possam ser ensinados e reproduzidos.¹⁴

Nos últimos anos, o contributo das neurociências veio ajudar na clarificação do termo. No entanto, apesar de alguns avanços, este é um terreno que ainda não se esgotou, havendo muito para fazer nesta área, sobretudo se não se partir de um conceito objectivo, mensurável e aceite por toda a comunidade médica.

Espero que este trabalho seja o ponto de partida para investigações futuras sobre a temática, nomeadamente no nosso país. Espero, também, que sirva como um instrumento de reflexão sobre aquele que considero um dos aspetos chave da essência da profissão médica, permitindo às futuras gerações médicas e aos que estão no exercício clínico, evoluírem no sentido da excelência profissional. De fato, a dignidade humana exige que o clínico seja competente técnica e empaticamente.⁶¹ No clínico ideal, ambos estão presentes.⁴³

Segundo João lobo Antunes, “o que talvez melhor define a humanidade do médico é simplesmente a proximidade do outro, proximidade entendida não só no mero sentido físico, presencial, mas a proximidade expressa numa das mais belas definições da arte de tratar que conheço: uma confiança que procura livremente uma consciência.(...) De fato, toda a nova ciência e a medicina baseada na evidência pouco nos ajudam para cuidar do doente só, desprotegido, reivindicativo, não colaborante (...). É importante por isso, para mim, não perder de vista o que eu gosto de designar como a evidência baseada na medicina e, como verão, as humanidades são instrumento indispensável para a discernir.(...) Só a cultura das humanidades médicas pode impedir que nos roubem definitivamente a alma, e preservam a eterna sabedoria do aforismo de Osler: *It is more importante to know the patient that has the illness, than to know the illness the patient has.*”⁶²

4 - Bibliografia

1. Frankel RM, Sherman HB. The secret of the care of the patient is in knowing and applying the evidence about effective clinical communication. *Oral Dis.* 2015; 21(8): 919-926.
2. Butalid L, Bensing JM, Verhaak PF. Talking about psychosocial problems: an observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Educ Couns.* 2014; 94(3):314-321.
3. Hojat M. *Empathy in patient care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* New York: Springer; 2007.
4. Edwards LH. A Brief Conceptual History of Einfühlung: 18th-Century to Post-World War II U.S. *Psychology. History of Psychology* 2013; 16(4):269-281.
5. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physician's self-assessed empathy levels do not correlate with patient's assessments. *PLOS ONE* 2018; 13(5):e0198488.
6. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling* 2009; 74:339-346.
7. Costa FD, Azevedo RC. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010; 34(2):261-269.
8. Derksen F, Hartman TC, Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Education and Counseling* 2017; 100:987-993.
9. Howick J, Steinkopf L, Ulyte A, Roberts N, Meissner K. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education* 2017; 17:136.
10. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice* 2013; 63(606):e76-84.
11. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med.* 2011; 86:359-364.

12. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One* 2014; 9(4):e94207.
13. Hur Y, Cho AR, Choi CJ. Medical students and patients perceptions of patient-centred attitude. *Med Educ.* 2017; 29(1):33-39.
14. Rakel D, Barret B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, Scheder J. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns.* 2011; 85(3):390-397.
15. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship. *Forsch Komplementmed* 2012; 19:252-257.
16. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice* 2016; 7: 443-455.
17. Kerasidou A, Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics* 2016; 17:8.
18. Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24(6):665-672.
19. Tousignant B, Eugène F, Jackson PL. A developmental perspective on the neural bases of human empathy. *Infant behavior and development* 2017; 48:5-12.
20. Decety J, Svetlova M. Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience* 2012; 2:1-24.
21. Finset A. Talk-in-interaction and neuropsychological processes. *Psychol.* 2014; 55(3):212-218.
22. Sampaio L, Camino C, Roazzi A. Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. *Psicologia Ciência e Profissão* 2009; 29(2):212-227.
23. Robieux L, Karsenti L, Pocard M, Flahault C. Let's talk about Empathy. *Patient Education and Counseling* 2017; 101:59-66.
24. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-De-Almeida JM, Castro-Caldas A. Empatia na relação médico-doente. Evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Med Port.* 2011; 24 (SUPPL.2):431-442.
25. Pounds G. Empathy as 'appraisal': A new language-based approach to the exploration of clinical empathy. *JALPP* 2010; 7(2):139-162.

26. Frankel RM. The evolution of empathy research: Models, muddles and mechanisms. *Patient Education and Counseling* 2017; 100:2128-2130.
27. Zaki J. Moving beyond Stereotypes of Empathy. *Trends in cognitive Sciences* 2017; 21(2): 59-60.
28. Decety J, Norman GJ, Berntson GG, Cacioppo JT. A neurobehavioral evolutionary perspective on the mechanisms underlying empathy. *Progress in Neurobiology* 2012; 98(1):38-48.
29. Decety J, Cowell JM. The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences* 2014; 18 (7): 337-339.
30. Coll MP, Viding E, Rütgen M, Silani G, Lamm C, Catmur C, Bird G. Are we really measuring empathy? Proposal for a new measurement framework. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2017; 83:132-139.
31. Rajput AH, Khan A, Aqeel A, Muneeb M. Physician empathy levels at Liaquat University Hospital, Hyderabad. *IAJPS* 2018; 05(06):5101-5106.
32. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam.* 2012; 28:224-226.
33. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine* 2014; 89(8): 1108-1112.
34. Bayne H, Neukrug E, Hays D, Britton B. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Education and Counseling* 2013; 93:209-215.
35. Rigual F, Alcaraz A, Brú J, Sanz M. Sin Reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:459-468.
36. 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. *Brit J Anaesth.* 2011; 106(5):680-6.
37. Kelm Z, Womer J, Walter J, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education* 2014; 14:219.
38. Kraft-Todd GT, Reinero 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.
39. Lussier MT, Richard C. Should family physicians be empathetic? Yes. *Can Fam Physician* 2010; 56(8):741-742.

40. Costa P, Carvalho-Filho MA, Schweller M, Thiemann P, Salgueira A, Benson J, Costa MJ, Quince T. Measuring Medical Students' Empathy: Exploring the Underlying Constructs of and Associations Between Two Widely Used Self-Report Instruments in Five Countries. *Acad Med.* 2017; 92(6):860-867.
41. LaNoue MD, Roter DL. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. *Patient Education and Counseling* 2018; 101:1143-1146.
42. Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27:527-532.
43. Schweickerdt L. Adopting a role: A performance art in the practice of medicine. *AJHPE* 2018; 10(1):3-4.
44. Stephen G, Ng LE, Fischel JE, Bennett M, Bily L, Chandran L, Joyce J, Locicero B, McGovern K, McKeefrey RL, Rodriguez JV, Roess MW. Routine, empathic and compassionate patient care: definitions, development, obstacles, education and beneficiaries. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014; 20:872-880.
45. Donoso-Sabando CA. La empatia en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidade de la persona. Una aportación de Edith Stein. *pers.bioét.* 2014; 18 (2):184-193.
46. Grosseman S, Novack DH, Duke P, Mennin S, Rosenzweig S, Davis TJ, Hojat M. Residents and standardized patients perspectives on empathy: issues of agreement. *Patient Education and Counseling* 2014; 96:22-28.
47. Stratta EC, Riding DM, Baker P. Ethical erosion in newly qualified doctors: perceptions of empathy decline. *International Journal of Medical Education* 2016; 7: 286-292.
48. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents. *Academic Medicine* 2011; 86(8):996-1009.
49. Díez-Goñi N, Rodríguez-Díez MC. Why teaching Empathy is important for the medical degree. *Rev Clin Esp.* 2017; 217(6):332-335.
50. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. Medical Students' Self-Reported Empathy and Simulated Patients' Assessments of Student Empathy: An Analysis by Gender and Ethnicity. *Academic Medicine* 2011; 86(8):984-988.
51. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. The medical empathy is it born or is it made? Evolution of the empathy in medical students. *Aten Primaria* 2016; 48(1):8-14.

52. Hirshfield LE, Underman K. Empathy in medical education: A case of social construction. *Patient Education and Counseling* 2017; 100:785-787.
53. Bonvicini K, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling* 2009; 75:3-10.
54. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: Evidence for positive changes. *Med Educ.* 2017; 51(11):1146-1159.
55. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland C. Assessing Empathy Development in Medical Education: A Systematic Review. *Med Educ.* 2016; 50(3):300-310.
56. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, Leonardo CG, Caballero F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Patient Education and Counseling* 2017; 100:1694-1700.
57. Kleinman A. From illness as culture to caregiving as moral experience. *New England Journal of Medicine* 2013; 368:1376-1377.
58. Schapira L. The essential elements of a therapeutic presence. *Cancer* 2013; 119(9):1609-10.
59. Derksen F, Olde Hartman TC, Bensing JM, Lagro-Janssen AL. Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs. *Br J Gen Pract.* 2016; 66(653):887-895.
60. Hojat M, Gonnella JS. What Matters More About the Interpersonal Reactivity Index and the Jefferson Scale of Empathy? Their Underlying Constructs or Their Relationships with Pertinent Measures of Clinical Competence and Patient Outcomes? *Acad Med* 2017; 92(6):743-745.
61. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36:559-57.
62. Antunes, JL. Umana cosa è. *Rev Port Clin Geral* 2004; 20:739-44.