



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# O uso da empatia na relação médico-paciente e na prática clínica

**Carlos Filipe Gonçalves João**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

Covilhã, maio de 2019

## Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior pela formação de excelência.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Vitória, por ter aceite o meu convite para orientação da minha dissertação de Mestrado, pelo apoio, ajuda, disponibilidade e dedicação demonstradas durante a realização do trabalho.

Aos meus pais e à minha irmã, a minha profunda gratidão, pelo apoio incondicional, amor e valores transmitidos ao longo de todas as etapas da minha vida. Eles permitem que todos os meus sonhos se concretizem.

E a todos os meus amigos e colegas que de alguma forma tornaram este percurso especial e tão memorável.

## Resumo

**Introdução:** Como Rachel Lewinsohn afirma, “nós não podemos perceber uma doença sem perceber o paciente.” O Clínico só pode entender “totalmente” o paciente se entrar dentro do mundo dele, e a empatia é a chave para abrir esse caminho.

O conceito de Empatia Clínica já existe desde 1960, no entanto, apenas na última década surgiram estudos científicos e sistemáticos sobre o tema.

**Objetivos:** O objetivo geral desta pesquisa foi identificar o estado do conhecimento relativo ao uso da empatia na relação médico-paciente e na prática clínica. Os objetivos específicos são definir o conceito “empatia” em contexto clínico, identificar os instrumentos que são usados para medir a empatia, rever e sistematizar alguns dos benefícios relacionados com o uso adequado da empatia na prática clínica para o paciente e para o médico e, ainda, investigar se esta é uma competência clínica que pode ser ensinada.

**Metodologia:** O presente trabalho teve como base uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos na base de dados “PubMed/MEDLINE” e Scielo com recurso às palavras-chave “clinical empathy” e “doctor-patient relationship”. Foram selecionados 32 artigos. A pesquisa foi completada através da consulta de bibliografia de referência nesta área.

**Resultados/ Conclusão:** Empatia clínica é um termo que hoje é ainda objeto de múltiplas definições. Verifica-se uma falta de consenso entre os investigadores sobre as dimensões do conceito e o peso a atribuir às diferentes dimensões. Foram identificados diferentes instrumentos de medida usados na investigação. São várias e importantes as vantagens do uso da empatia em contexto clínico, tanto para o médico (reduz litígios por má prática, menor taxa de burnout, ...) como para o paciente (mais satisfação, menos complicações clínicas, maior sucesso terapêutico, ...). Estudos recentes têm mostrado que a empatia clínica é uma competência que pode e deve ser ensinada.

## Palavras-chave

Empatia clínica; relação médico-paciente

## Abstract

**Background:** As Rachel Lewinsohn claims, “we can’t understand a disease without understanding the patient.” The clinician can only fully understand the patient if he enters inside his world thus empathy is the key to unlock that door.

The concept of clinical empathy has existed since the 1960s, however only in the last decade appeared scientific and systematic studies on the subject.

**Objectives:** The main purpose of this research is to identify the state of knowledge on the use of empathy in the physician-patient relationship and in the clinical practice. The specific objectives are to define the concept of empathy in a clinical context, identify the instruments used to measure empathy, review and systematize some of the benefits related to the adequate use of empathy in the clinical practice to the patient and the physician and investigate if empathy is a clinical skill that can be taught.

**Methods:** The following paper used “PubMed/MEDLINE” and Scielo to research articles using the keywords “clinical empathy” and “doctor-patient relationship”. It was selected 32 articles. The research was finished using reference bibliography in this field.

**Results/ Conclusion:** Clinical empathy is a term that nowadays still has multiple definitions. It’s notorious the lack of agreement between researchers about the dimensions of the concept and the importance given to each one. It was identified different instruments to measure empathy used in research. There are several and important benefits of using empathy in a clinical context, both for the doctor (less malpractice claims, smaller burnout rate, ...) and the patient (higher satisfaction, less clinical complications, better clinical outcomes, ...). Recent studies showed that clinical empathy is a skill that can and should be taught.

## Keywords

Clinical empathy; physician-patient relationship

# Índice

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Palavras-chave .....	iii
Abstract.....	iv
Keywords .....	iv
Índice .....	v
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Acrónimos.....	ix
1. Introdução .....	1
2. Metodologia.....	2
3. Empatia.....	4
3.1 Origem do conceito .....	4
3.2 Definição de empatia .....	4
3.3 Empatia clínica.....	5
3.4 Perspetiva cognitiva vs. Perspetiva emocional.....	5
3.5 Princípio ideomotor e neurónios espelho.....	6
4. Empatia vs. Preocupação desapegada .....	8
5. Empatia vs Simpatia.....	9
6. Instrumentos de medida da empatia .....	11
6.1 Jefferson Scale of Physician Empathy .....	11
6.2 Interpersonal Reactivity Index .....	11
6.3 Consultation and Relational Empathy.....	12
6.4 Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy.....	12
7. Vantagens da empatia .....	13
7.1 Vantagens para o médico .....	13
7.1.1 Empatia e processos por má prática médica .....	13
7.1.2 Empatia e a Síndrome <i>Burnout</i> .....	14
7.2 Vantagens para o paciente.....	15
7.2.1 Empatia e a duração das constipações .....	15
7.2.2 Empatia e as complicações da Diabetes Mellitus .....	16
7.2.3 Empatia e os resultados do tratamento da Diabetes Mellitus .....	16
7.2.4 Empatia e o alívio da dor crónica.....	17
7.2.5 Empatia e a avaliação subjetiva dos resultados de tratamentos cirúrgicos.....	17
8. LIMITAÇÕES DA EMPATIA.....	22
8.1 Várias definições de Empatia.....	22
8.2 Tempo reduzido de consulta e a ansiedade .....	22

8.3	Desvalorização da dimensão psicossocial do paciente .....	22
8.4	Afinidade e emoções na relação médico-paciente .....	23
8.5	Excesso de confiança na tecnologia .....	23
9.	Défice de empatia na prática clínica.....	24
10.	Diferença no nível de empatia clínica percebido pelo médico e pelo paciente ....	25
11.	Pode a empatia ser ensinada aos médicos? .....	27
12.	Qual a opinião dos médicos sobre a empatia? .....	30
13.	Conclusão .....	31
	Bibliografia.....	32

# Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma com a descrição da seleção dos artigos. ....3

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Características dos estudos clínicos Rakel et al (23) e Canale et al (24) .....	18
Tabela 2. Características dos estudos clínicos Hojat et al (25) e Cánovas et al (26) .....	19
Tabela 3. Características do estudo clínico Steinhausen et al (27) .....	20
Tabela 4. Características dos estudos clínicos Bernar et al (30) .....	25
Tabela 5. Características dos estudos clínicos Riess et al (31) e Garcia et al (32) .....	27
Tabela 6. Características do estudo clínico Riess et al (33) .....	28

## Lista de Acrónimos

BPI-SF - Brief Pain Inventory Short Form

CAD-R - Pain Coping Questionnaire

CARE - Consultation and Relational Empathy

CPQ - Cologne Patient Questionnaire

EC - Empatia Clínica

EQ-5D - EuroQol-5D

HR-QoL - Health-related quality of life

IRI - Interpersonal Reactivity Index

JAMA - Journal of the American Medical Association

JSPPE - Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy

JSPE - Jefferson Scale of Physician Empathy

LOT-R - Life Orientation Test-Revised

LDL - Low Density Lipoprotein

# 1. Introdução

Até agora o uso da empatia pelos médicos foi uma ferramenta pouco explorada na prática clínica. E uma das causas é sem dúvida a multiplicidade e ambiguidade de definições que estão por detrás deste termo. (1)

A qualidade das interações entre os pacientes e os clínicos tem um impacto considerável na saúde dos pacientes. Défices na qualidade psicossocial do tratamento podem resultar em piores desfechos, maior taxa de complicações e um uso maior de medicação (ex. alívio da dor). (2)

Um pré-requisito para uma relação terapêutica de sucesso é a *“capacidade de o médico perceber a situação, as perspectivas e sentimentos do paciente, comunicar essa percepção e verificar a sua veracidade, agindo em conformidade com o que sabe, com o intuito de ajudar (terapeuticamente) o paciente”*, além da sensibilidade do médico para com as preocupações do paciente. Resumidamente, mostrar empatia. (3)

Os objetivos deste trabalho são entender a origem e definir o conceito “empatia” no contexto clínico, identificar as várias dimensões que o compõe e distinguir de outras abordagens médicas na relação médico-paciente (preocupação desapegada, simpatia). Perceber quais são os instrumentos usados para medir a empatia e estudar alguns dos benefícios da sua prática, tanto para o médico como para o paciente. Será ainda investigada se esta é uma competência clínica que pode ser ensinada e qual a opinião dos médicos sobre a mesma.

## 2. Metodologia

Para a elaboração desta monografia efetuou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos, referentes a este tema depositados na base de dados “PubMed” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e Scielo (<https://www.scielo.org/>).

A pesquisa dos artigos foi efetuada fazendo recurso às palavras-chave “clinical empathy” e “physician-patient relationship”. Foram selecionados artigos sem adição de restrições em relação à data de publicação dos artigos, sendo analisados apenas artigos escritos em português, inglês e espanhol. A pesquisa foi completada através da consulta de documentos de entidades científicas e livros da área abrangida pela tese.

Um total de 813 artigos foram identificados através de pesquisa nas bases de dados e 8 artigos adicionais foram identificados através de outras fontes, mais especificamente nas referências bibliográficas de artigos selecionados. Estes 821 artigos foram considerados para leitura do resumo. Depois desta primeira fase, 763 artigos foram excluídos por não se enquadrarem dentro dos temas a abordar neste trabalho. Dos 58 artigos selecionados, 56 artigos estavam disponíveis para leitura. Após uma primeira análise dos 56 artigos, 24 foram desconsiderados por não serem relevantes para os objetivos desta tese (figura 1). Foram incluídos tanto estudos quantitativos como qualitativos. Ao longo do trabalho são apresentadas várias tabelas que resumem as principais características dos estudos quantitativos referenciados. A escolha de não incluir nas tabelas os estudos qualitativos baseou-se na complexidade e dificuldade de sintetizar os mesmos.

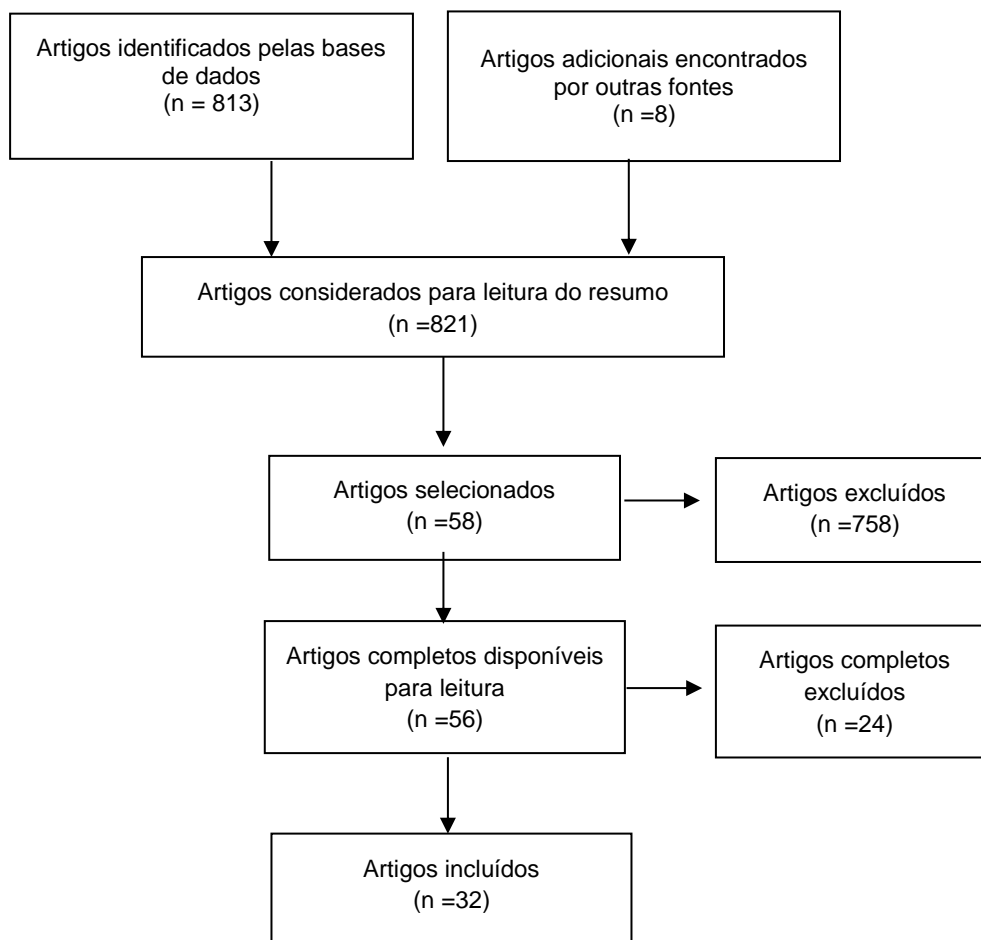


Figura 1. Fluxograma com a descrição da seleção dos artigos.

## 3. Empatia

### 3.1 Origem do conceito

A palavra “Einfuhlung” foi criada em 1873 por Robert Vischer, historiador de arte e filósofo Alemão. Ele utilizou-a para descrever o sentimento evocado no observador por uma obra de arte. (4)

Em 1903 Wilhelm Wundt, o pai da psicologia experimental, utilizou “Einfuhlung” pela primeira vez no contexto das relações humanas. (4)

Em 1905, Sigmund Freud utilizou-a para descrever o ato de uma pessoa se por na pele de outra.

O termo inglês “empathy”, foi um neologismo cunhado pelo psicólogo Edward Titchener como o equivalente inglês da palavra “Einfuhlung”. Ele deriva da palavra grega “empathéia”, que significa apreciação dos sentimentos de outra pessoa. (4)

Em 1918 Southard foi o primeiro a descrever a importância e as vantagens da empatia na relação médico-paciente. (4)

### 3.2 Definição de empatia

Uma revisão da literatura mostra que existe muito mais desacordo do que acordo entre os investigadores, no que toca à definição de empatia.

Carl Rogers, psicólogo americano e criador da Abordagem Centrada no Paciente, definiu empatia como a “capacidade de perceber o quadro interno de referência de outra pessoa, com precisão, como se fosse a outra pessoa, mas sem nunca perder a condição ‘como se’”.

Robert Hogan definiu como a “compreensão intelectual ou imaginativa da condição ou estado mental de outra pessoa sem realmente experimentar os sentimentos dela”.

Clark definiu como a “capacidade única de um ser humano sentir as experiências, necessidades, aspirações, frustrações, tristezas, alegrias, ansiedades, dores ou raivas de um outro ‘como se’ fossem suas”.

Bellet and Maloney definem como a “capacidade de perceber o que outra pessoa está a experimentar a partir do quadro de referências dela, ex., colocar-se na pele do outro.”

Mais recentemente, empatia foi descrita como um mecanismo de correspondência neural formado pelo sistema de neurónios espelho no cérebro que nos permite colocar na ‘pele mental’ do outro. (4)

### 3.3 Empatia clínica

O interesse atual da Medicina pela empatia contrasta com a preocupação desapegada (detached concern, em inglês) que se defendia nos textos médicos dos anos Cinquenta e Sessenta, e que foi considerado durante muito tempo a base de uma boa relação médico-paciente. No início do século XX, Osler falava que a neutralização das emoções era uma condição necessária para os médicos ‘verem para dentro’ dos seus pacientes e terem acesso à sua realidade individual. De acordo com esta abordagem, a relação com o paciente era intelectualizada e excluía qualquer dimensão relacionada com sentimentos. ‘Saber que’ um paciente estava num certo estado psicológico era o suficiente para ‘saber como’ ele se sentia. Mais tarde a empatia, como um fenómeno multidimensional, complexo e integrativo, veio-se colocar entre a fria preocupação desapegada (‘saber que’) e a partilha de emoções (‘sentir-se como’) da simpatia. (5)

Apesar de existir consenso em relação à importância da empatia na prática clínica, não existe ainda unanimidade no que toca à sua definição. (6)

Para Bayne, esta dificuldade poderá advir de não se saber que lugar a componente emotiva tinha na definição de Empatia, “será empatia o reconhecer as emoções do paciente, ou experienciá-las, ou ambas?” (2)

Empatia no contexto clínico pode ser descrita em 3 fases: 1- perceber as experiências, as preocupações, as perspetivas e as expectativas do paciente, estando autoconsciente de forma a contextualizar e separar os sentimentos do paciente dos dele próprio; 2- ser capaz de comunicar o que percebeu para o paciente e, assim, verificar a sua veracidade; 3- agir com a intenção de ajudar a prevenir e a aliviar o sofrimento de um modo terapêutico. (7)

De acordo com alguns autores, a empatia clínica (EC) inclui 4 dimensões: 1- dimensão emocional (capacidade de imaginar o que o paciente está a sentir e a experienciar); 2- dimensão cognitiva (capacidade de identificar e representar as experiências internas e pontos de vista do paciente); 3- dimensão moral (motivação do médico para empatizar com o paciente); 4- dimensão comportamental (capacidade do médico de comunicar ao paciente de que o seu ponto de vista e o conteúdo das suas experiências foi percebido e tido em conta). Outras dimensões que apesar de normalmente não estarem incluídas na definição, mas que também são importantes, são a visuoespacial e a autorregulação (usadas para diferenciar empatia de simpatia), que se creem ser dois fatores fulcrais na prevenção da síndrome de burnout do médico. (5)

### 3.4 Perspetiva cognitiva vs. Perspetiva emocional

Outro debate que existe no campo do estudo da empatia gira em torno do papel que terão as componentes cognitiva e emocional no conceito. Pode-se definir cognição como a atividade

mental envolvida na aquisição e processamento de informação para melhor compreensão e a emoção como a partilha do afeto manifestado ao experienciar subjetivamente sentimentos.

Enquanto alguns vêem a empatia como um atributo cognitivo, outros vêem como um atributo emocional. Existe ainda um último grupo que considera que a empatia é uma combinação de ambos. (4)

Dymond definia a empatia como uma capacidade de *“transposição imaginativa de si nos pensamentos, sentimentos e ações do outro”* (Dymond, 1949, p. 127), e investigava-a comparando a avaliação que o observador fazia de outra pessoa com a autoavaliação dela, determinando um índice que, segundo a autora, seria o nível de empatia do indivíduo. Assim, para Dymond, o indivíduo mais empático era aquele que conseguia prever ou inferir com maior grau de precisão o que as outras pessoas sentiam e pensavam, mesmo que não fosse mobilizado afetivamente por esse conhecimento. (8)

Outros autores definiram empatia como uma resposta emocional, por ela criar sentimentos idênticos e partilha de emoções entre as pessoas. Rushton define como *“experienciar o estado emocional de outro”* e Kalisch como a *“habilidade de entrar na vida de outra pessoa, perceber precisamente os seus sentimentos e significados”*. (4)

No entanto, alguns autores consideraram que a perspectiva emocional não seria suficiente para definir empatia devido ao risco dessa empatia emocional poder transformar-se em simpatia.

Bennett define empatia como um *“modo relacional em que uma pessoa fica a conhecer o conteúdo mental de outro, tanto a componente afetiva como a cognitiva, num momento particular do tempo como produto da relação existente entre os dois”*, afirmando que este conceito envolve tanto uma parte cognitiva como uma parte emocional. (4)

### 3.5 Princípio ideomotor e neurónios espelho

Enz e Zoll sugeriram uma nova perspectiva de estudar e compreender a empatia, propondo a existência de características ideomotoras nas respostas empáticas.

O princípio ideomotor, criado por William James, afirma que pensamentos ou imagens mentais podem-nos levar a ter uma reação muscular aparentemente reflexiva ou automática, que provavelmente vai estar fora do nosso campo de consciência.

Assim, estabeleceu-se a hipótese de que ao observar-se os movimentos de outra pessoa, os neurónios-espelho, localizados no córtex sensorial, poderiam ser excitados e pré-ativar o córtex motor do observador, tornando-o mais suscetível a agir e executar movimentos semelhantes ao da pessoa observada. Isso poderia ter repercussões importantes na criação de empatia, visto que essa pré-ativação do sistema motor teria o potencial de permitir ao observador sentir emoções semelhantes às que produziram os determinados movimentos na outra pessoa.

Estudos com neuroimagem funcional conseguiram provar que alguns circuitos neuronais no córtex pré-motor, no lóbulo parietal e na área motora suplementar que são ativados quando um sujeito realiza uma ação, também eram ativados quando ele observava outra pessoa a realizar a mesma ação. Isto reforça a hipótese de existir na empatia uma componente ideomotora.

Damásio concluiu que o córtex pré-frontal era responsável pelos mecanismos autorregulatórios da vida em sociedade e da capacidade de tomada de perspectiva, duas componentes importante da empatia. Tal estava de acordo com estudos que provaram uma relação entre lesões na região pré-frontal do córtex e a capacidade de sentir empatia por outras pessoas. (8) (9)

## 4. Empatia vs. Preocupação desapegada

O modelo da preocupação desapegada pressupõe que saber como o paciente se sente é o mesmo que saber que o paciente se encontra num certo estado emocional. Quando usado para se referir a conhecimento impessoal, como o funcionamento do corpo humano, os termos ‘saber como’ é permutável com ‘saber que’. Saber como o estômago liberta ácido gástrico é o mesmo que ‘saber que’ as células histamínicas estimulam a libertação de certas hormonas. De acordo com este raciocínio, ‘saber como’ um paciente se sente seria o mesmo que ‘saber que’ ele está triste ou ansioso. No entanto, a função da empatia não é só rotular estados emocionais, mas também reconhecer como é experienciá-los e lidar adequadamente com o outro a experienciar estes estados emocionais. E por essa razão é que é necessária a empatia, mesmo quando é óbvio o estado emocional em que o paciente se encontra. (10)

Este conceito de Medicina desapegada, vindo de uma forma superficial as emoções do paciente, persistiu durante todo o século XX. Num artigo escrito no ano de 1963 por Fox e Lied chamado “Training for detached concern” é descrito como o desapego que permite a um estudante de medicina dissecar um cadáver sem repugnância, também permite ouvir ‘empaticamente’ um paciente sem se tornar envolvido emocionalmente. (11)

Muito médicos são competentes em termos técnicos, mas incompetentes quando toca a inteligência relacional. Walter Menninger afirma que “há imensos clínicos que são tecnicamente soberbos e que possuem o conhecimento e as técnicas mais recentes, mas que quando abordam os pacientes de uma forma tão fria geram neles dúvidas e angústia.” E para resolver esse problema, ele sugere o uso da empatia na interação com o paciente. De acordo com William McMillan a preocupação desapegada já passou de moda, uma vez que na sua ótica os pacientes não querem saber o quanto um médico sabe, enquanto não demonstrar o quanto se preocupa. (12)

## 5. Empatia vs Simpatia

Um erro muito comum é tomar por sinónimos os termos simpatia e empatia, mas na realidade existem diferenças conceituais bem claras. Bermejo explica que a simpatia ocorre, “quando uma pessoa, querendo compreender a outra, experiência as suas emoções.” Já na empatia o objetivo não é simplesmente experienciar os sentimentos do outro, mas sim reconhecê-los da maneira mais próxima de como eles são vividos pelo mesmo. (13)

A empatia e simpatia, respetivamente, consistem em ‘sentir que’ e ‘sentir junto’ (do Alemão “*ein*” vs “*mit*” - “*fühlen*”). Este sentir refere-se à experiência mental dos estados psicológicos e mentais e às mudanças que são acionadas pela perceção da realidade do outro. A diferença do significado dos prefixos (“*ein*” e “*mit*”) indicam como a empatia e a simpatia se distinguem no nível fenomenológico. A diferença encontra-se em 3 componente fenomenológicos chaves da autoconsciência: a autoidentificação (a experiência de possuir um corpo), a autolocalização (a experiência de onde o ‘eu’ está no espaço) e a perspetiva (experiência do ‘eu’ perceber o mundo). Estes elementos são essenciais nas relações interpessoais. A empatia e a simpatia divergem no modo como se percebe a autolocalização e a perspetiva da primeira pessoa. (14)

Empatia refere-se à capacidade de mentalmente descentrarmo-nos de nós próprios para uma outra pessoa. A consciência de estar fora da outra pessoa e ter que chegar até à outra pessoa é o pré-requisito para a empatia. Isto requer uma mudança da perspetiva egocêntrica (perspetiva do próprio) para uma perspetiva heterocêntrica (perspetiva da outra pessoa). Assim, os indivíduos imaginam-se eles próprios no corpo de outra pessoa e experienciam o mundo do seu ponto de vista. (14)

No entanto, para ele próprio (A) se imaginar no corpo de outra pessoa (B) necessita que (B) seja visto por (A) como alguém que não ele. Assim, empatia envolve 3 componentes principais: autolocalização desincorporada (permitindo que mentalmente (A) se ponha no corpo de (B)), perspetiva visuoespacial heterocentrada (permite a (A) decifrar a perspetiva de (B)) e uma autoconsciência da sua própria perspetiva (egocentrada). Este processo de três etapas permite sentir, pensar e perceber o que o outro, na sua própria realidade e ponto de vista, está a experienciar. Assim, a empatia requer uma consciência clara da própria ipseidade para que o outro seja visto com alteridade. O indivíduo que usa esta ferramenta não está nem a perder-se dele próprio nem a fundir-se com o outro. (14)

Desta perspetiva, na empatia existe uma capacidade para entender e sentir a experiência emocional, afetiva e cognitiva do outro, além do seu estado mental associado, enquanto adota a perspetiva visuoespacial e o ponto de vista psicológico e mantém conscientemente uma distinção entre o ‘eu’ e o ‘ele’. Já na simpatia, os indivíduos sentem o mesmo que os outros estão a sentir e ao mesmo tempo tendem a fundir o seu ‘eu’ com o ‘ele’ perdendo a sua identidade. Assim a simpatia baseia-se numa autolocalização incorporada e uma

perspetiva visuoespacial egocentrada, levando o 'eu' a assumir a presente experiência do outro. (14)

Simpatia acaba por ser uma espécie de empatia, mas sem a dimensão cognitiva que é o que permite ao médico perceber o sofrimento que uma determinada patologia causa na perspetiva do paciente. Acredita-se que quando um terapeuta simpatiza, ele fica emocionalmente envolvido no problema em vez de dar apoio e empoderamento ao paciente. Torna o problema seu. Começa a sentir pena e compaixão, e metaforicamente, salta para o buraco juntamente com o paciente e de lá não é capaz de apoiar ou de o ajudar a seguir em frente. Este tipo de relação acaba por inibir a prestação de bons cuidados de saúde, pois uma compreensão somente emocional é superficial e imprecisa. Assim, torna-se importante para o clínico ter uma distinção clara entre os dois conceitos, já que o uso de simpatia como uma ferramenta pode resultar num raciocínio clínico distorcido e um risco de sobre identificação, fadiga e *burnout*. (15)

## 6. Instrumentos de medida da empatia

A empatia tem sido descrita na literatura como um dos mais importantes atributos humanísticos de um médico, no entanto o conhecimento empírico sobre ela é escasso. Isto porque existem tanto, múltiplas definições para o termo, como uma falta de ferramentas psicométricas para medir empatia num contexto de cuidados de saúde. Existem investigadores que acreditam que os instrumentos desenvolvidos para medir os níveis de empatia da população geral não conseguem avaliar a empatia clínica, razão pela qual nos últimos anos têm vindo a aparecer algumas escalas novas.

Como Halpern diz *“um instrumento não serve apenas como um aparelho de medida, mas também como a base para uma linguagem comum que os investigadores devem usar para partilhar as suas descobertas empíricas. Assim, familiaridade com os instrumentos e as suas pontuações é necessária para compreender os resultados do estudo.”* (4)

### 6.1 Jefferson Scale of Physician Empathy

A Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) foi originalmente desenvolvida para medir o nível de empatia clínica dos estudantes de medicina, percecionados por eles próprios. Foi construída com base numa extensa revisão de literatura, seguida por estudos pilotos com médicos e estudantes de medicina. Várias iterações e melhoramentos foram realizados até chegar a um formulário que inclui 20 itens respondidos numa escala de Likert de 7 pontos (1 = discordo totalmente; 7 = concordo totalmente).

Ela foca-se particularmente na dimensão cognitiva da empatia.

Mais tarde foram desenvolvidas outras versões para também ser aplicáveis a médicos e a outros profissionais de saúde.

Uma pontuação mais alta significa que o clínico terá uma maior tendência para criar uma relação empática com o paciente. (16) (17)

### 6.2 Interpersonal Reactivity Index

A Interpersonal Reactivity Index (IRI) é uma escala desenvolvida pelo professor Mark H. Davis, usada para medir o nível de empatia, de uma forma multidimensional (cognitiva e emocional) na população geral. É também utilizada no campo da saúde. É um instrumento de autoavaliação, sendo composto por 28 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos (1 = Não me descreve bem; 5 = Descreve-me muito bem).

Está dividida em 4 secções: 1- Tomada de perspetiva; 2- Angústia pessoal; 3- Preocupação empática; 4- Fantasia. (18)

### **6.3 Consultation and Relational Empathy**

A escala da Consultation and Relational Empathy (CARE) é um questionário desenhado para medir vários aspetos do encontro clínico relacionados com a empatia. Ela permite avaliar a empatia médica de uma perspetiva do paciente. Avalia 10 áreas da consulta para verificar se o médico: 1- fez o paciente se sentir confortável; 2- permitiu que o paciente contasse a sua história; 3- realmente ouviu; 4- viu o paciente como um todo; 5- percebeu totalmente as preocupações do paciente; 6- mostrou carinho e compaixão; 7- foi positivo; 8- explicou tudo de uma forma clara; 9- ajudou-os a tomar controlo; 10- ajudou-os a criar um plano de ação. Para cada item, é atribuída uma pontuação de 1 a 5 pontos (1 = Pobre; 5 = Excelente). (19)

### **6.4 Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy**

Para investigar a relação entre o nível de empatia clínica autoavaliado pelos médicos e percebido pelos pacientes, Hojat desenvolveu a Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE). Esta escala contém 5 itens respondidos numa escala de Likert de 7 pontos (1 = discordo totalmente; 7 = concordo totalmente), podendo ser preenchida em apenas alguns minutos após a consulta com o médico. Considera, tal como na JSEP, a empatia como uma característica fundamentalmente cognitiva. (6)

## 7. Vantagens da empatia

Os ganhos do uso da empatia clínica são muitos. Rachel Remen acredita que o significado do que os médicos fazem é encontrado através e naqueles que eles tratam. (9)

José Nunes, discutindo sobre o método clínico de Carl Rogers, a Abordagem Centrada na Pessoa, referiu: *“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.”* (1)

Para Halpern a empatia entre o médico e o paciente é importante, pois deixa o último mais seguro e disposto a partilhar os seus problemas, sintomas e medos. Gadamer completa ao dizer que *“a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado da arte médica.”* (20)

No final desta secção são apresentadas as tabelas 1, 2 e 3 que sintetizam as principais características dos estudos qualitativos selecionados.

### 7.1 Vantagens para o médico

#### 7.1.1 Empatia e processos por má prática médica

Um artigo escrito em 1994 e publicado na revista JAMA (Journal of the American Medical Association) tentou responder a esta questão: *“Que fatores colocam um médico em risco de ser processado?”*.

Uma questão muito importante, visto que, para um médico, ser nomeado num processo de má prática, ou ainda pior, ir ao tribunal, pode ser um evento emocionalmente stressante e levá-lo à isolamento, humilhação e depressão.

Assim, foram sugeridos dois fatores de risco que poderiam responder a esta questão: a qualidade dos cuidados médicos e as competências de comunicação interpessoais.

Um estudo por Entman examinou a relação entre as queixas de médicos processados por má prática e a qualidade dos cuidados prestados por eles a pacientes nos cinco a dez anos seguintes. Os resultados não mostraram nenhuma correlação entre estas duas variáveis. Resultados estes que são consistentes com dados de outro estudo que sugeria que a qualidade dos cuidados não parecia ser o principal determinante de uma queixa de má-prática pelo paciente. Verificou-se que muitas queixas eram feitas mesmo quando não existe evidência de alguma falta de cuidado ou lesão iatrogénica. Curiosamente existia muitas lesões iatrogénicas causadas por negligência médica em que os pacientes decidiam não processar o terapeuta.

Cerca de 1% dos pacientes internados sofreu uma lesão significativa devido a negligência médica, mas destes, apenas 3% decidiram iniciar um processo.

Hickson realizou um estudo que se focou na relação entre as queixas de médicos processados por más práticas e a satisfação dos pacientes com os cuidados recebidos. Ela conclui que os pacientes de médicos com muitas queixas estavam significativamente menos satisfeitos do que os pacientes de médicos sem queixas prévias. Eles referiram sentir-se ignorados e apressados, de terem recebido explicações ou conselhos inadequados e de o tempo de consulta ser insuficiente.

A literatura afirma que os pacientes estão mais satisfeitos quando totalmente informados sobre a sua condição médica e opções de tratamento. Eles querem ter um papel ativo na tomada de decisão e que as suas dúvidas sejam esclarecidas. Querem também ter uma relação com o médico que seja pessoal e de respeito. Que o médico entenda o impacto que certa patologia tem nas suas vidas. Pacientes não satisfeitos sentem muitas vezes que o médico apenas os vê como doenças; “o paciente com diabetes” ou “o senhor com o ligamento anterior cruzado rasgado”. Como mostrou Hickson no seu estudo, os pacientes não satisfeitos sentem muitas vezes que o seu médico não se preocupa com eles pessoalmente. Assim, o estabelecimento de uma relação empática é, não só, um fator determinante na satisfação dos pacientes, mas também, um fator profilático de queixas por má-prática médica. (21) (22)

### 7.1.2 Empatia e a Síndrome *Burnout*

A síndrome da exaustão profissional ou *burnout* tem uma prevalência maior na classe médica do que em qualquer outra profissão.

É uma síndrome relacionada com o trabalho caracterizada por uma exaustão emocional, despersonalização (ou cinismo) e diminuição de realização pessoal. As consequências a nível da relação médico-paciente são muito sentidas. Primeiro, afeta o bem-estar do médico, assim como a sua qualidade de vida e promove o desenvolvimento de doenças psicológicas e orgânicas. Depois, acaba por alterar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, aumenta a incidência de erros médicos e de negligência, o que se repercute na saúde do paciente.

Existem várias teorias que relacionam a empatia com a síndrome de *burnout*.

De acordo com a Teoria da exaustão por compaixão (*Theory of Compassion Fatigue*) o *burnout* nos médicos é causado por excesso de empatia.

Pelo contrário, a teoria da dissonância emocional (*Emotional Dissonance*) afirma que o *burnout* é consequência de uma diminuição das capacidades empáticas do clínico.

Já outra teoria, defendida por Halpern, acredita que a empatia, além de não ser a causa, é um fator preventivo do *burnout*.

A última teoria, atualmente mais aceite, fundamenta-se numa base biopsicopatológica.

A empatia previne a ocorrência de *burnout*, não só porque dá sentido à prática médica e gera grande satisfação profissional, mas também por usar mecanismos neurofuncionais e neurocognitivos que tornam a relação com o paciente estável e saudável. Uma empatia genuína é um fenómeno multidimensional e integrativo que depende de uma estável relação entre as várias dimensões, para que esta não se transforme nem em simpatia (excesso da componente emocional), nem em preocupação desapegada (excesso da componente cognitiva). Isso é possível pelos processos visuoespaciais e autorregulatórios. Eles mantêm uma distinção entre o 'eu-ele' e previnem que o 'eu' sinta de uma forma inapropriada as experiências pelas quais o 'ele' está a passar. Torna-se importante manter uma perspetiva ego-heterocentrada e inibir a perspetiva egocentrada de forma a evitar fundir-nos com o outro e manter a alteridade.

A empatia protege ainda da despersonalização já que ela é baseada numa distinção clara entre o 'eu-ele' e dessa forma permite a alteridade, ipseidade e idiosincrasia. (14)

## 7.2 Vantagens para o paciente

### 7.2.1 Empatia e a duração das constipações

Para avaliar a relação da empatia médica com a duração de uma constipação realizou-se um estudo em dois hospitais Americanos em Wisconsin, onde participaram 350 pacientes.

Estes foram divididos em 3 grupos: 1- sem interação médico-paciente; 2- interação normal médico-paciente; 3- interação melhorada médico-paciente.

Os pacientes do primeiro grupo foram vistos por pessoas a trabalhar no estudo, mas não por médicos.

Os 6 médicos que estiveram envolvidos receberam uma formação em empatia e completaram um treino com um professor de representação para estabelecer comportamentos comuns reproduzíveis conforme o tipo de visita (normal ou melhorada). O pressuposto que foi ensinado ao clínico era de que estabelecesse um nível de conexão diferente, consoante o tipo de consulta. Nas consultas normais, o médico deveriam evitar qualquer tipo de conexão, mantendo os diálogos curtos, toque limitado e pouco contacto visual. Já nas consultas melhoradas o foco seria criar uma conexão ou ligação para melhorar a interação.

Nos pacientes que deram ao seu médico a pontuação mais alta na escala CARE (vs. pacientes que não deram a pontuação mais alta), a duração da constipação foi mais curta (7,10 dias vs 8,01 dias;  $p=0,032$ ), verificou-se uma tendência para menor gravidade da doença (\*AUC 240,40 vs 284,49;  $p=0,118$ ) e um aumento dos níveis de IL-8.

Conclui-se que a empatia médica, percebida por pacientes com uma constipação, influencia a duração e a gravidade da doença e está associado a mudanças a nível do sistema imunitário (tabela 1). (23)

### 7.2.2 Empatia e as complicações da Diabetes Mellitus

Um estudo correlacional retrospectivo incluiu 20.961 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2, de uma amostra de 284.298 pacientes adultos, e 242 médicos de cuidados primários em Parma, Itália durante o ano de 2009.

As pontuações da escala JSE foram comparadas com a ocorrência de complicações metabólicas agudas (estado hiperosmolar, cetoacidose diabética, coma) nos pacientes diabéticos.

Pacientes dos médicos com uma pontuação de empatia alta, comparados com os pacientes dos médicos com uma pontuação de empatia moderada e baixa, tiveram uma taxa significativamente mais baixa de complicações metabólicas agudas (4,0; 7,1; 6,5 por 1,000 pacientes, respectivamente,  $P < 0,05$ ) (tabela 1). (24)

### 7.2.3 Empatia e os resultados do tratamento da Diabetes Mellitus

Um estudo correlacional realizado no Departamento de Medicina Familiar e da Comunidade da Universidade Thomas Jefferson, USA, procurou descobrir se existiria alguma relação entre empatia médica e os resultados do tratamento de pacientes diabéticos.

Participaram 891 pacientes diabéticos, tratados, entre julho de 2006 e junho de 2009, por 29 médicos de família.

Foram usadas as pontuações obtidas pelos médicos na escala JSE e os resultados dos testes da hemoglobina A1c e da LDL-C.

Os médicos foram divididos em três categorias conforme a sua pontuação obtida na escala JSE: pontuação alta (129 a 137 pontos), pontuação baixa (103 a 117 pontos) e pontuação moderada (118 a 127).

Os testes da hemoglobina divididos em: bom controle ( $< 7,0\%$ ), mau controle ( $< 9,0\%$ ) e controle moderado ( $< 7,0\%$  e  $> 9,0\%$ ).

Os níveis de LDL-C também foram classificados em três categorias: bom controle ( $< 100$  mg/dL), mau controle ( $> 130$  mg/dL), e controle moderado ( $> 100$  e  $< 130$  mg/dL).

Os resultados mostraram que os pacientes de médicos com uma pontuação de empatia alta tinham uma maior probabilidade de ter um bom controle da hemoglobina A1c (56%) em comparação com pacientes de médicos com uma pontuação de empatia baixa (40%,  $P=0,001$ ).

O mesmo se verificou em relação aos valores de LDL-C que eram significativamente melhores nos pacientes de médicos que tinham uma pontuação de empatia alta (59%) em comparação com os pacientes com médicos com pontuação de empatia baixa (44%,  $P=0,001$ ) (tabela 2). (25)

#### 7.2.4 Empatia e o alívio da dor crónica

Com objetivo de perceber o impacto da empatia médica, percebida por pacientes com dor crónica, no alívio da dor e na qualidade vida relacionada com a saúde (HR-QoL, health-related quality of life) foi realizado um estudo onde participaram 150 clínicas espanholas especializadas no tratamento da dor.

Neste estudo prospetivo e não-interventivo, participaram 2.898 pacientes com dor moderada ou severa. Os mesmos médicos encontraram-se com cada paciente no início do estudo, 1 mês e 3 meses depois.

Os questionários do estudo incluíram a JSPPPE, o Life Orientation Test-Revised (LOT-R), o Pain Coping Questionnaire (CAD-R), o Brief Pain Inventory Short Form (BPI-SF) e o EuroQoL-5D (EQ-5D).

Os resultados mostraram que pontuações de empatia mais altas percebidas pelos pacientes dos seus médicos estavam associadas a uma ligeira melhora no alívio da dor e do HR-QoL (tabela 2). (26)

#### 7.2.5 Empatia e a avaliação subjetiva dos resultados de tratamentos cirúrgicos

Com o objetivo de analisar se existia relação entre a perceção do paciente dos resultados do seu tratamento médico e o nível de empatia experienciado pelos pacientes dos seus cirurgiões, foi realizado um estudo num hospital Alemão de trauma, entre maio de 2008 e agosto de 2009.

Foram entrevistados 127 pacientes, após 6 meses de alta do hospital de trauma.

A avaliação subjetiva dos resultados do tratamento cirúrgico foi medida com a escala Cologne Patient Questionnaire (CPQ). A empatia clínica foi medida com a escala CARE.

Os resultados mostraram que, comparados com os pacientes com médicos avaliados com menos de 30 pontos na escala CARE, os pacientes com médicos avaliados com mais de 41 pontos, tinham uma probabilidade 20 vezes maior de pertencer ao grupo de pacientes com melhores resultados do tratamento cirúrgico avaliado na escala CPQ.

Assim, os autores do estudo concluíram que “mesmo num contexto onde os resultados dos tratamentos médicos dependem das competências médicas, a perceção do paciente de aspetos do tratamento interpessoal, como o cuidado emocional, é associado a uma avaliação mais positiva do tratamento médico e do seu efeito” (tabela 3). (27)



Autor	Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Rakel et al (23)	2009	USA / "Practitioner empathy and duration of common cold"	Avaliar a relação da empatia médica com a duração e severidade dos sintomas de uma constipação	350 pacientes, idade >12A	Escala CARE Wisconsin Upper, Respiratory Symptom Survey-21 (WURSS-21), Concentração de IL-8 no lavado nasal, Questionário clínico	O nível de empatia médica, percebida pelos pacientes, correlaciona-se positivamente com a duração da doença. Apesar de não ser estatisticamente significativo, uma pontuação máxima na escala CARE também se relacionou com uma menor severidade e com uma maior subida dos níveis de IL-8.
Canale et al (24)	2012	Itália / "The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy"	Testar a hipótese de que o nível de empatia médica está relacionado positivamente com os resultados clínicos dos pacientes com diabetes.	20,961 pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2	Escala JSPE Complicações metabólicas agudas (estado hiperosmolar, cetoacidose diabética e coma)	Pacientes dos médicos com níveis altos de empatia tiveram uma menor taxa de complicações metabólicas, quando comparados com os pacientes dos médicos com níveis baixos e moderados de empatia.

Tabela 1. Características dos estudos clínicos Rakel et al (23) e Canale et al (24)

Autor	Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Hojat et al (25)	2011	USA / "Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients"	Avaliar a relação entre empatia médica e os resultados do tratamento de pacientes diabéticos	891 pacientes diabéticos	Escala JSPE, Hemoglobina A1c, LDL-C	Pacientes dos médicos com uma pontuação de empatia alta tinham uma maior probabilidade de ter um bom controlo da hemoglobina A1c e da LDL-C.
Cánovas et al (26)	2017	Espanha / "Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics"	Perceber o impacto da empatia médica, percebida por pacientes com dor crónica, no alívio da dor e na qualidade de vida relacionada com a saúde.	2,898 pacientes com dor crónica moderada ou severa	Escala JSPPE, LOT-R, CAD-R, BPI-SF, EuroQol-5D	Pontuações de empatia mais altas percebidas pelos pacientes dos seus médicos estavam associados a uma ligeira melhora no alívio da dor e do HR-QoL

Autor		Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Steinhausen et al (27)	2014	Alemanha / "Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients"	Analisar a relação entre a percepção do paciente dos resultados do seu tratamento médico e o nível de empatia experienciado pelo paciente do seu cirurgião.	127 pacientes	Escala CARE, Cologne Patient Questionnaire (CPQ).	Pacientes que deram uma pontuação mais alta aos seus médicos na escala de CARE tinham uma maior probabilidade de pertencer ao grupo de pacientes com melhores resultados do tratamento cirúrgico avaliado na escala CPQ.	

Tabela 3. Características do estudo clínico Steinhausen et al (27)

## 8. LIMITAÇÕES DA EMPATIA

### 8.1 Várias definições de Empatia

Parece existir mais desacordo do que acordo entre os investigadores, no que toca à definição de empatia. Várias áreas científicas, como a psicologia e a medicina, possuem múltiplas definições de empatia, o que leva ao uso de vários instrumentos de medida que avaliam diferentes componentes da empatia, e que tem como consequência uma inconsistência de resultados quando esta é estudada.

Foi afirmado que *“em muitos estudos onde são apresentados ou usadas medidas de empatia, a empatia não é definida, e mesmo nos que a definem, muitas vezes não é explícito como o conceito de empatia se relaciona com a componente cognitiva e emocional”*.

O uso da mesma terminologia poderia sugerir as mesmas definições subjacentes, no entanto este não é o caso. Assim sendo, resultados de estudos diferentes com várias definições de empatia não podem ser facilmente comparados ou integrados e evidências conclusivas sobre este tópico acabam por não se conseguir.

Esta falha, que acaba por limitar o progresso da investigação neste campo, apenas pode ser ultrapassada clarificando as diferentes conotações e implicações do termo que usam. (4) (28)

### 8.2 Tempo reduzido de consulta e a ansiedade

A pressão de realizar consultas num tempo restrito leva a uma deficiente escuta dos pacientes e presume-se que os deixe mais ansiosos durante essa parte da consulta. Isso pode ser evitado ao mostrar aos médicos que vários estudos apontam que quando se escuta os pacientes os cuidados são prestados de uma forma mais eficiente. Por exemplo, normalmente demora menos de 90 segundos para o paciente falar sem que o interrompam no início da consulta, e isto promove confiança e fé no médico. (10)

### 8.3 Desvalorização da dimensão psicossocial do paciente

Muitos clínicos ainda não veem as necessidades emocionais do paciente como um aspeto a ser tomado em consideração nos cuidados prestados. Estudos mostram que médicos que regularmente incluem nos seus cuidados uma dimensão psicossocial comunicam melhor com os seus pacientes. (10)

## 8.4 Afinidade e emoções na relação médico-paciente

Um aspeto que pode aumentar a empatia sentida pelo médico é a afinidade. Identificar-se ou não com o paciente pode influenciar tanto a componente emocional como cognitiva da empatia se o médico deixar que a sua parte emotiva tome controlo de si.

Muitas emoções surgem durante as consultas, principalmente se existir tensões entre o paciente e o médico. Médicos que se sentem chateados com os pacientes e ainda acham que esses sentimentos são inaceitáveis acabam por criar uma barreira entre si e os outros. Assim, eles devem ser ensinados a tolerar e a aprender com os seus próprios sentimentos negativos de forma a construir uma relação empática com o seu paciente. (10) (29)

## 8.5 Excesso de confiança na tecnologia

O desenvolvimento da biotecnologia permitiu tanto a melhora da prevenção e do tratamento de muitas doenças como o aumento da precisão dos diagnósticos médicos. No entanto a computadorização da medicina também está gradualmente a substituir a interação do médico com o paciente, diminuindo a oportunidade para se formar uma relação empática.

Muitos médicos tendem a olhar para os resultados dos exames complementares como um 'roteiro sagrado' (*holy script*), apesar de se conhecer os erros associados à sensibilidade e especificidades desses exames, em vez de prestarem mais atenção aos sinais clínicos do paciente e à sua história clínica. Isso resulta no tratamento de doenças, negligenciando o paciente como um todo.

Em um inquérito a pacientes que mudaram de médico ou estavam a pensar mudar, o seguinte comentário foi feito por um paciente: *“Os estudantes deveriam aprender a usar a tecnologia como um recurso e não como o método principal para exame do paciente.”* (4)

## 9. Défice de empatia na prática clínica

Atualmente, empatia e a humanização dos cuidados médicos são duas áreas de particular preocupação. Vários relatórios, entre os quais *“Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry”*, *“Dying without dignity - Health Service Ombudsman”* e *“One Chance to get it right - Palliative Care Wales”* alertam para um défice de empatia nos cuidados de saúde. Um aspecto desanimador desta situação atual é que o deficit de empatia não é um fenómeno novo. Em 1927, Peabody escreveu: *“Uma das qualidades essenciais dos clínicos é o interesse na humanidade, pois o segredo para tratar o paciente está em preocupar-se pelo paciente”*. Há vinte anos, Weatherall argumentou que muitos dos males da profissão médica refletem a falta de um entendimento da *“pessoa como um todo”*. E mais recentemente, Spiro comentou que os doutores que costumavam ouvir os pacientes, hoje olham para os ecrãs dos computadores, tendo escrito que a *“empatia sempre foi e sempre será uma das ferramentas mais essenciais do médico”*. No entanto a visão atual da medicina prioriza o progresso tecnológico, a medicina baseada na evidência, o cumprimento de objetivos e a eficiência, arriscando-se a ver o paciente simplesmente como um objeto de interesse intelectual. Assim, como a cultura médica não apoia constantemente a prática de empatia, torna-se comum para os médicos ver a empatia como algo agradável, mas não como essencial a usar na sua prática.

(15)

## 10. Diferença no nível de empatia clínica percebido pelo médico e pelo paciente

Um estudo realizado num centro médico em São Paulo, Brasil onde participaram 51 médicos e 945 pacientes tentou descobrir se os níveis de empatia percebidos pelos pacientes se correlacionavam com os níveis autoavaliados pelos médicos.

Foram usadas as escalas JSPPPE e CARE para avaliar o nível de empatia clínica percebido pelo paciente, e as escalas IRI e JSPE para os médicos autoavaliarem o seu nível de empatia.

Os resultados mostraram apenas uma correlação positiva entre a pontuação do questionário JSPPPE e a sub-pontuação da dimensão da tomada de perspectiva (*Perspective Taking dimension*) do questionário JSE. Não se conseguiu identificar mais nenhuma correlação entre os vários questionários.

Assim, confirmou-se que a autoavaliação médica não correspondia à percepção que os pacientes tinham do nível de empatia dos seus médicos, o que implica que inferências sobre a empatia médica a partir da autoavaliação não devem ser representativas da percepção dos pacientes. A tabela 4 mostra as principais características deste estudo. (30)

Autor	Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Bernard et al (30)	2018	Brasil / "Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments"	Correlacionar os níveis de empatia médica autoavaliados e os percebidos pelos pacientes.	945 pacientes, 51 médicos	Escala IRI, Escala JSPE, Escalas JSPPPE, Escala CARE	A autoavaliação médica não correspondia à percepção que os pacientes tinham do nível de empatia dos seus médicos, o que implica que inferências sobre a empatia médica a partir da autoavaliação não devem ser representativas da percepção dos pacientes.

Tabela 4. Características dos estudos clínicos Bernard et al (30)

## 11. Pode a empatia ser ensinada aos médicos?

Vários estudos indicam que a Empatia Clínica (EC) declina ao longo do treino médico, ainda assim pouco foi estudado e publicado acerca de métodos que poderiam aumentá-la.

Os resultados de um estudo realizado em 11 médicos otorrinolaringologistas americanos mostraram que é possível melhorar significativamente o conhecimento neurobiológico e fisiológico da empatia com apenas 3 breves sessões de 90 minutos sobre desenvolvimento da empatia e 'skills' relacionais. Observou-se ainda um aumento da satisfação dos pacientes e uma ligeira melhora na capacidade dos médicos de usarem expressões faciais subtis para reconhecer emoções e empatizar com as pessoas em geral. E embora as diferenças observadas não sejam significativas, as pontuações obtidas no questionário CARE aumentaram (tabela 5). (31)

Em outro estudo realizado em 2011, 13 médicos foram avaliados por 2.146 pacientes numa clínica de Fertilidade em Barcelona, Espanha, ao longo de 9 meses, relativamente ao seu nível de satisfação após a primeira consulta. Os médicos foram submetidos a um treino que incluía aulas teóricas complementadas por materiais audiovisuais e workshops práticos. Os temas principais abordados foram empatia, inteligência emocional, comunicação verbal e não-verbal, escuta ativa e estilos comportamentais. Os resultados mostraram que um treino focado no desenvolvimento da empatia levava a uma maior satisfação do paciente em relação à qualidade da informação percebida, às 'skills' de comunicação e ao tempo dedicado à primeira consulta (tabela 5). (32)

Já em Boston, USA, com a participação de 99 médicos, foi testado se um protocolo de treino em empatia com fundamentos nas Neurociências poderia melhorar a EC percebida pelos pacientes. 54 médicos foram submetidos ao treino e 45 serviram de controlo. Esse treino foi desenhado para melhorar a capacidade do médico de detetar emoções nos sinais não-verbais subtis, tanto neles próprios como nos pacientes, e a forma como respondiam de maneira a ultrapassar qualquer problema de comunicação que pudesse surgir. Assim, o treino focou-se (a) na comunicação verbal e não-verbal usada pelos pacientes, (b) na resposta a essa comunicação com uma compreensão empática, (c) num aumento da autoconsciência emocional e fisiológica do médico e a sua autorregulação e (d) na prática dessas 'skills' nas interações com o paciente. Os resultados mostraram que o grupo treinado obteve uma diferença notória na escala CARE em relação ao grupo controlo (diferença de 2,2;  $P=0,04$ ). Mostrou também que os médicos treinados tinham um conhecimento maior da neurobiologia da empatia (diferença de 1,8;  $P<0,001$ ) e uma maior capacidade para classificar emoções nas expressões faciais dos seus pacientes (diferença de 1,9;  $P<0,001$ ) (tabela 6). (33)

Autor	Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Riess et al (31)	2015	USA / "Improving Empathy and Relational Skills in Otolaryngology Residents: A Pilot Study"	Perceber se a empatia médica e as competências relacionais poderiam ser melhoradas em residentes de Otorrinolaringologia.	11 otorrinolaringologistas	Escala BEES, Escala JPSE, Neurobiology of Emotions Assessment, Ekman Facial Decoding Test, Escala CARE	Os resultados do estudo mostraram que apenas 3 breves sessões de treino sobre empatia podiam melhorar significativamente o conhecimento neurobiológico e fisiológico da empatia, e ainda os níveis autoavaliados de empatia médica.
García et al (32)	2013	Espanha / "Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic"	Avaliar o efeito do treino médico em competências empáticas na satisfação do paciente.	13 médicos, 2,146 pacientes	Questionário de satisfação do paciente	O treino em competências empáticas resultou numa maior satisfação dos pacientes nos níveis percebidos da qualidade da informação, competências comunicativas e tempo dedicado à consulta.

Autor	Ano	País / Nome do estudo	Objetivo	Amostras	Instrumentos / Medidas	Principais conclusões
Riess et al (33)	2012	USA / "Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum"	Testar se um novo protocolo de treino em empatia fundamentado na neurociência poderia aumentar o nível de empatia médica percebido pelos pacientes.	99 médicos	Escala CARE, Teste da Neurobiologia e Fisiologia da Empatia, Teste da descodificação facial de Ekman, Escala JSPE, Escala BEES	Os resultados mostraram que os médicos submetidos ao treino de empatia obtiveram uma pontuação mais alta na escala CARE, tinham um conhecimento maior da neurobiologia da empatia e apresentavam uma maior capacidade para classificar emoções nas expressões faciais dos seus pacientes, quando comparados com o grupo controlo.

Tabela 6. Características do estudo clínico Riess et al (33)

## 12. Qual a opinião dos médicos sobre a empatia?

Num estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), 19 médicos foram sujeitos a entrevistas de 40 minutos subdivididas em 4 campos: 1- trajetória pessoal do médico; 2- visão pessoal da relação médico-paciente; 3- empatia; 4- observações finais.

Ao serem questionados sobre qual seria a importância da empatia, um participante disse que *“empatia na consulta médica é a capacidade que nós temos de poder ver no paciente e o paciente ver em nós, um momento de quebrar alguns paradigmas; se nós podemos, com um olhar, ao cumprimentar o paciente, com um sorriso, quebrar um pouco do medo, da angústia, da ansiedade, nós estamos a usar empatia na consulta”*.

Utilizaram-se palavras como: identificação, simpatia, sintonia, comunicação, afinidade e afetividade, para definir o termo.

Em relação à possibilidade de a empatia poder ser ensinável e treinável, as opiniões eram muito divergentes. Alguns médicos acreditavam que esta não podia ser aprendida, tendo sido dito *“pode-se aprender boa educação, mas a empatia eu acho que é muito pessoal e que se pode morrer sem ela”*. Outros, que ela seria adquirida naturalmente ao longo da prática médica, *“ nós desenvolvemos isso (empatia) com as vivências”, “eu acho que é mais ou menos como jogar futebol”*. E os restantes que seria uma ferramenta que têm de ser aprendida para ser usada nas relações médico-paciente.

Como escreveu o autor *“as entrevistas apontam que a empatia está mais próxima dos aspetos relacionados aos sentimentos do que à cognição, ou seja, a empatia é encarada como sinónimo de simpatia e desconsidera-se o seu lado cognitivo, preponderante ao emotivo, por definição. Esse achado talvez seja fruto de uma definição de empatia baseada no senso comum ou talvez no senso prático, mais compreensível do que o termo proposto pela literatura específica da área.”* (20)

## 13. Conclusão

Empatia clínica é um termo que nos dias de hoje ainda carrega múltiplas definições. Existe uma falta de consenso entre os investigadores sobre o peso que cada dimensão da empatia ocupa, levando ao uso de diferentes instrumentos de medida, o que se traduz em alguma inconsistência de resultados quando esta é estudada.

Estudos recentes têm mostrado que a Empatia clínica é uma competência que pode ser ensinada. Pacientes de médicos submetidos a treino específico mostraram um aumento de satisfação. Isto acaba por culminar numa melhor adesão ao tratamento, menores complicações e melhores desfechos clínicos.

Mas os pacientes não são os únicos que beneficiam, o uso da empatia está associado a um menor número de processos por má prática médica e é considerado um fator protetor da síndrome de burnout.

Os médicos por vezes mostram ter alguma dificuldade em estabelecer um bom equilíbrio na relação com os pacientes entre a conexão e a distância. Mas estudos recentes têm mostrado que a empatia clínica é uma competência que pode ser aprendida através de treino específico.

Penso que a empatia é uma componente humanística fundamental para a prestação de cuidados de saúde centrados no paciente e que num futuro próximo deveria ser incluída de um modo sistematizado no *currículo médico*.

## Bibliografia

1. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Clínica Geral*. 2018;28(3):224-6.
2. Robieux L, Karsenti L, Pocard M, Flahault C. Let's talk about empathy! *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018;101(1):59-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.024>
3. Mercer S, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2002;52(October):S9-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf> <http://bjgp.org/content/bjgp/52/supplement/S9.full.pdf>
4. Hojat M. *Empathy in Patient Care*. 2007.
5. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2014;17(2):301-11. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11019-013-9510-4>
6. Hojat M, DeSantis J, Gonnella JS. Patient Perceptions of Clinician's Empathy. *J Patient Exp*. 2017;4(2):78-83.
7. Ekman E, Krasner M. Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Med Teach*. 2017;39(2):164-73.
8. Sampaio LR, Camino CP dos S, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. 2009;29(2):212-27.
9. Adams R. Clinical empathy: A discussion on its benefits for practitioners, students of medicine and patients. *J Herb Med* [Internet]. 2012;2(2):52-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hermed.2012.04.004>
10. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med* [Internet]. 2003;18(8):670-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911651> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1494899>
11. Tseng WT, Lin YP. "Detached concern" of medical students in a cadaver dissection course: A phenomenological study. *Anat Sci Educ*. 2016;9(3):265-71.
12. Raiji M, Reich W. Emotionally Detached Concern or Empathic Care. *Humaniz Mod Med*. 2008;259-76.
13. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Pers y Bioética* [Internet]. 2014;18(2):184-93. Available from:

<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4240/pdf>

14. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol*. 2016;7(MAY):1-11.
15. Jeffrey D. Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643):e143-5.
16. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, M Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61(2):349-65.
17. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - Student version. *J Interprof Care*. 2011;25(4):287-93.
18. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-26.
19. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699-705.
20. Costa FD da, Azevedo RCS de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(2):261-9.
21. Levinson W. Physician-Patient Communication. A Key to Malpractice Prevention. 1994;9-10.
22. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Heal Prof*. 2004;27(3):237-51.
23. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold BACKGROUND AND OBJECTIVES. *Fam Med [Internet]*. 2009;41(7):494-501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720820/pdf/nihms113039.pdf>
24. Canale S Del, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-9.
25. 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.
26. Cánovas L, Carrascosa AJ, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, et al. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: A prospective study in Spanish pain clinics. *Pain Med (United States)*. 2018;19(7):1304-14.

27. Steinhausen S, Ommen O, Thüm 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.
28. Preusche I, Lamm C. Reflections on empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? *Adv Heal Sci Educ*. 2016;21(1):235-49.
29. Garden R. Expanding clinical empathy: An activist perspective. *J Gen Intern Med*. 2009;24(1):122-5.
30. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One*. 2018;13(5):1-13.
31. Riess H, Kelley JM, Bailey R, Konowitz PM, Gray ST. Improving empathy and relational skills in otolaryngology residents: A pilot study. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2011;144(1):120-2.
32. García D, Bautista O, Venereo L, Coll O, Vassena R, Vernaev V. Training in empathic skills improves the patient-physician relationship during the first consultation in a fertility clinic. *Fertil Steril*. 2013;99(5):1413-9.
33. 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.