

A Empatia e a Compaixão como objectos de estudo na formação médica:

Um paradigma de pensamento integrativo.

Miguel Ângelo Gonçalves Paupério Lemos Duarte

6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Julho 2009

RESUMO

Desde a criação do termo no fim do século XIX na área da estética que a “empatia” tem sido redefinida, com contribuição de diversas áreas do pensamento humano. Foram exploradas variadas definições da empatia ao longo da sua história: definições morais, cognitivas, behavioristas e emotivistas e recentemente, contribuições da neuroimagem funcional, apontam para um novo entendimento do fenómeno empático. Mais tarde, aplicada à medicina como factor contribuinte de uma produtiva relação médico-doente, a empatia clínica foi extensamente discutida, tendo sido apontada uma certa inconsistência na utilização do conceito, facto que prejudica a discussão e impossibilita o correcto ensino e prática da empatia clínica. Impõem-se uma perspectiva integral sobre o tema, com abordagem multidisciplinar e criação de um conceito unificado que facilite o seu ensino nas escolas médicas.

A empatia e a compaixão em contexto clínico são universalmente consideradas como características desejáveis de um clínico e evidenciando resultados positivos na qualidade da relação médico-doente. Foram criados alguns instrumentos de medição da competência empática em contexto clínico, atitude concordante com os recentes critérios de qualidade em serviços de saúde. Resultados preliminares da aplicação dessas escalas em contexto clínico evidenciam o surpreendente resultado do declínio da competência empática dos alunos de medicina ao longo dos anos de formação clínica. Será necessário um estudo atento sobre as causas dessa degradação de capacidades. Tem sido sugerido que os níveis de exigência, grau competitivo, falta de modelos de comportamento adequados nas escolas médicas e o chamado “currículo escondido” da medicina são factores de impedimento ao ensino e prática da empatia clínica. Na literatura surgem propostas de abordagem pedagógica a estes problemas. Elaboramos uma pequena revisão dessas propostas. Organizamos os métodos descritos em dois grupos de diferente carácter operacional – métodos de orientação psicodinâmica, métodos de orientação pedagógica – numa tentativa de facilitar a abordagem a estes problemas.

PALAVRAS-CHAVE

EMPATIA, COMPAIXÃO, ESTUDANTE DE MEDICINA, HERMENÊUTICA, PENSAMENTO INTEGRATIVO, FORMAÇÃO MÉDICA, CURRÍCULO ESCONDIDO

INTRODUÇÃO

A empatia tem sido descrita como uma característica desejável pelo profissional de saúde e consequentemente pelo aluno de medicina, numa procura de melhoria dos cuidados prestados e da relação médico-doente. O valor acrescentado ao acto médico através da relação empática tem sido examinado com algum detalhe, estando registadas melhorias no cumprimento terapêutico (Roter et al, 1998), na exactidão diagnóstica (Neuwirth, 1997) e na satisfação global do doente (Kim et al, 2004) com redução de risco de procedimentos legais contra o médico (Levinson et al, 1997). Esse valor é da maior importância nas discussões curriculares, sendo a empatia reconhecida institucionalmente como um objectivo fundamental a atingir na formação clínica. A Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (Project, ACGME - Outcome) incluiu recentemente a “empatia” e as “capacidades comunicativas” como dois dos factores mais importantes na avaliação dos formandos. A Association of American Medical Colleges (AAMC) (Association of American Medical Colleges - Medical School Objectives Project) fala da “empatia” e “compaixão” como características obrigatórias de um clínico. São dois exemplos, entre vários, do reconhecimento formal da empatia e da compaixão como fenómenos associados à boa prática clínica.

No entanto, surgem diferentes perspectivas no entendimento da empatia com contribuição da bioética, da filosofia, da sociologia, da psicologia evolutiva, e mais recentemente, da neurofisiologia. Essa multiplicidade de conceitos, tornando difícil um conceito único e padronizado, confunde a comunidade médica e pedagógica e foi já apontada como um dos impedimentos ao ensino da empatia. Foram exploradas variadas definições da empatia: definições morais, cognitivas, behavioristas e emotivistas (Stepien et al, 2006). Algumas dessas explorações têm sido erradamente apontadas como de ordem metafísica ou subjectiva e sem carácter científico apenas por que lidam com questões emocionais sem possibilidade de aferição directa. A compaixão tem sido, neste contexto, definida como uma extensão do conceito da empatia por territórios de domínio emotivista e até religioso, sem cabimento na discussão objectiva e instrumental da medicina sendo, por isso, remetida para segundo plano. Avanços recentes na neuroimagiologia funcional (Iacoboni e Dapretto, 2006) trouxeram uma surpreendente integração de conceitos e teorias. Agora, muita da subjectividade anterior é complementada por uma objectiva imagem da reacção neuronal empática, que merece atenção e estudo, com profundas implicações nesta discussão. Os conceitos de “empatia” e “compaixão” merecem, portanto, uma abordagem de pensamento multi-facetado, com total integração de conceitos.

OBJECTIVOS

Os autores deste trabalho pretendem elaborar, de forma resumida, uma perspectiva integrativa e histórica dos conceitos de empatia e compaixão, para uma melhor compreensão da discussão subsequente. A discussão pretende ser o mais abrangente possível para que se possa elaborar uma imagem global da empatia e da compaixão, com todas as suas implicações. A perspectiva integrativa é, por isso, da maior importância neste trabalho. A discussão partirá da definição do termo sob uma perspectiva histórica, filosófica e científica para chegar ao seu significado em contexto clínico, bem como do seu valor na actividade médica e no ensino da medicina. Tentaremos também discutir as dificuldades e possíveis obstáculos a esse ensino, e das várias propostas descritas na literatura para ultrapassar essas dificuldades. No final, o autor deste trabalho, propõe a estruturação das propostas de ensino da empatia e da compaixão nas escolas médicas em dois grupos de intervenção de diferente natureza operacional, numa tentativa de facilitar uma pesquisa posterior e a sua aplicação prática.

DESENVOLVIMENTO

Contexto Histórico

ETIMOLOGIA

O actual conceito de empatia em contexto clínico é uma herança histórica de diversas influências. A palavra em Português “Empatia”, definida no Grande Dicionário da Língua Portuguesa como “desvio da vida inteira próprio para aceitar o conteúdo psíquico diferente” (Silva, 2002) apenas está contida nos dicionários Portugueses a partir da década de 40 do século XX. Isto poderá demonstrar o carácter recente da palavra que, segundo a literatura, terá surgido no contexto da estética por volta do fim do século XIX (Lopes, 2006). A palavra original “Einfühlung” pretendia definir a atitude perceptiva diante das obras de arte ou de objectos estéticos, sendo mais tarde traduzida para o termo inglês “empathy” (Lopes, 2006). A necessidade de a aplicar no campo da psicologia foi a origem de muitos debates sobre o significado da palavra e da consciência de muitas das suas limitações interpretativas.

Genericamente será aceite que o termo psicológico “Empatia” é definido como o acto de se sentir “dentro de” (Shamasundar C, 1999), com a limitação óbvia de a realidade do “outro” ser filosoficamente impossível de atingir. Esta diferença entre o “EU” e o “OUTRO” que a empatia enquanto termo filosófico salienta é o início de algumas intrincadas mas interessantes discussões sobre a natureza da relação e da interpretação humanas com profundas consequências na área da filosofia e da bioética. Uma das mais relevantes influências nestes debates é a da corrente hermenêutica de Gadamer em 1989 e Heidegger em 1997 (Gallagher, 2004).

A HERMENÊUTICA COMO MATRIZ DE COMPREENSÃO DA RELAÇÃO EMPÁTICA

A hermenêutica é definida como o estudo e a prática da interpretação humana e tem já uma longa história na evolução da filosofia (Gallagher, 2004). A corrente hermenêutica mais recente, principalmente argumentada por Gadamer, advoga a incontornável ligação entre a vida cognitiva/emocional do sujeito interpretativo (no seu próprio contexto pessoal) e o seu objecto de interpretação. Isto, no fundo, traz ao discurso acerca da empatia a possibilidade de na relação empática existir um forte componente pessoal interpretativo. Só entendo o “OUTRO” através de um “EU” repleto de preconceitos (Boyd, 2005). É necessário, neste ponto, tentar um exercício de imparcialidade no nosso entendimento para não lhe atribuir um significado pejorativo. “Preconceito” ou “PRÉ-CONCEITO” é, neste contexto, o molde de interpretação da própria realidade sem o qual não há compreensão (Boyd, 2005). Só através de mim eu entendo o “OUTRO”. Esta forma de ver a relação empática entra muitas vezes, na literatura médica, em profundo conflito com uma perspectiva dita objectiva e imparcial da empatia em contexto clínico (Pederson, 2008) em que a empatia é vista como uma competência do médico em compreender a situação psicológica do doente num acto racional, sem nenhuma implicação emocional e sem pôr em causa uma certa noção de profissionalismo. Este é um ponto de vasta discussão na literatura, repleta de perspectivas e opiniões, e um dos fulcros da “falta de consistência” (Eisenberg e Strayer, 1987) no uso do conceito de empatia. A possibilidade de um envolvimento pessoal determinante ser inultrapassável, transforma o conceito de empatia num fenómeno mais complexo com a necessidade de se observar atentamente a função do médico (EU) na sua relação com o doente (OUTRO) (Pederson, 2008). Diversas causas de resistência à aceitação desta corrente na literatura médica têm sido descritas. A literatura tenta frequentemente definir o comportamento empático como uma

atitude desapegada do médico, de carácter operacional, muitas vezes até passiva, eliminando da equação o sujeito empático (Pederson, 2008). Um dos factores mais significativos nesta “fuga” é um fenómeno de evasão emocional, que trataremos mais tarde neste trabalho (Leget, 2004).

DA EMPATIA À COMPAIXÃO

Na literatura médica existe uma omissão generalizada do termo “compaixão” surgindo apenas raramente como uma das características de suporte para um bom clínico. Podemos apenas especular sobre as causas do termo ser tão pouco frequente na literatura, impondo-se mais estudo sobre esta observação. Talvez porque a palavra “compaixão” guarde em si um significado ambíguo entre o carácter religioso ou espiritual e uma envolvente emotiva demasiado activista que, mais uma vez, poderia entrar em conflito com as premissas de objectividade na prática clínica. Então, porque não criticar a “compaixão” directamente, à semelhança do que surge na literatura acerca do termo “simpatia”?

É relativamente difundida a ideia de que “simpatia” é diferente de “empatia” (Coulehan et al, 2001) e que o primeiro termo simboliza uma atitude de maior envolvimento emocional podendo cursar com partilha de sofrimento e consequentemente, com falta de objectividade e cansaço emocional (Stepien e Baernstein, 2006). Curiosamente, semelhantes críticas aplicadas ao termo “compaixão” não foram observadas pelos autores deste artigo em nenhuma fonte bibliográfica. Isto poderá significar que, na verdade, a comunidade científica tem diferentes considerações sobre a “simpatia” e a “compaixão”. Na incapacidade de definir essa diferença a literatura talvez prefira omitir a compaixão das suas discussões. Seria interessante uma exploração mais detalhada deste ponto. No entanto, alguns autores assumem a defesa da compaixão como uma atitude predisponente a uma correcta aprendizagem e prática da bioética, especialmente no contexto da formação médica (Leget e Olthuis, 2007). As argumentações neste sentido são complexas e estendem-se para além do âmbito deste artigo. Tentam afirmar, com vários pontos de vista, que a compaixão, no seu carácter fenomenológico e emocional, faz parte integrante da natureza humana, constituindo a base instintiva da moralidade, inspirando e motivando o indivíduo para o acto altruísta, aproximando o “EU” do “OUTRO” na sua realidade concreta (Leget e Olthuis, 2007). Este fenómeno motivador empático que num segundo passo se transforma no acto consciente de “cuidar” na prática clínica é o que muitos autores referem como “Humanismo Médico” (Marcus, 1999). Alguns

autores referem mesmo que o “Humanismo Médico” é o somatório da relação empática e da compaixão no acto médico (Wiecha e Makuns, 2008). “Humanismo” é um termo bastante frequente na literatura, parecendo assumir um significado que se pode definir como uma empatia operante e activista, “fugindo-se” assim ao termo “compaixão”, mas guardando um significado semelhante.

NEUROFISIOLOGIA E PSICOLOGIA EVOLUTIVA: REFORÇO DA EMPATIA COMO FENÓMENO PRÉ-MORAL

Para estabelecer um conceito unificador da empatia não podem ser ignoradas as considerações da literatura evolucionista que explica a empatia como um fenómeno pró-cooperativo em organismos sociais complexos (de Waal, 2008). As vantagens da cooperação na dinâmica evolutiva são sustentadas em inúmeras publicações científicas (Korb e Heinze, 2008). Uma das primeiras descrições das vantagens da cooperação no comportamento estratégico surge no contexto da matemática aplicada durante o desenvolvimento da moderna teoria dos jogos por Von Newmann e Morgensten em 1944 e por Nash em 1950 (Morgenstern e Newmann, 1947) (Nash, 1950). Curiosamente, as vantagens da cooperação em dinâmicas de grupo tiveram profundo impacto no mais competitivo território da sociedade humana – o mundo empresarial.

A empatia surge descrito na psicologia evolutiva como um fenómeno instintivo de estabelecimento de relações cooperativas entre indivíduos do mesmo grupo social. A capacidade de reconhecimento de estados emocionais em indivíduos de grupo permite a acção altruísta e estrutura a reciprocidade, beneficiando a longo prazo a capacidade de sobrevivência dos elementos do grupo e seus descendentes (de Waal, 2008), tornando a “tribo” adaptável e resiliente. Podemos afirmar que esta perspectiva considera a empatia como um fenómeno pré-moral de carácter maioritariamente instintivo, a partir do qual, num segundo passo de complexificação cognitiva e social, se elaboram lógicas morais e éticas. Isto tem claras implicações na definição da bioética (Leget e Olthuis, 2007).

Esta hipótese tem sido sustentada por avanços recentes da neuroimagiologia funcional, através da descrição dos chamados “neurónios em espelho”, cuja função parece estar associada ao comportamento de imitação após a observação. Essa mimetização neuronal, que precede o comportamento, tem sido apontada como uma das bases do comportamento social em organismos complexos, estando na origem do comportamento altruísta e,

consequentemente, o factor motivador do comportamento empático (Iacoboni e Dapretto, 2006) (Rizzolatti e Craighero, 2004).

Parece, então, que o ensino correcto da empatia no contexto da relação clínica poderia considerar as suas bases biológicas e fisiológicas e admitir a possibilidade da empatia ser o fenómeno emocional iniciador e estruturante do comportamento moral, intrinsecamente associado à natureza humana.

A Empatia Clínica

O CONCEITO DE EMPATIA CLINICA

A definição de empatia no contexto da relação médico-doente recebe influências de diversas áreas de conhecimento e encontra referências no contexto histórico e científico, apresentados anteriormente neste trabalho, produzindo-se uma certa inconsistência na utilização do termo (Eisenberg e Strayer, 1987). Este problema tem sido apontado como um dos factores confusionais no ensino e treino da relação empática em contexto clínico. Um curioso estudo publicado no *American Journal of Cardiology* apresenta algumas referências literárias que abordam a relação médico-doente em diversas perspectivas, demonstrando a multiplicidade de opiniões generalizadas sobre a compaixão e a empatia na medicina, algumas dessas opiniões de carácter pejorativo (Mathiasen, 2006). Isto demonstra as inúmeras pressões intelectuais que a comunidade médica sofre no estabelecer do seu conceito de empatia. Um artigo do *Journal of Advanced Nursing*, em 1990, tentava sugerir uma abordagem científica e integrativa ao estudo da empatia para o delinear de um conceito abrangente e consensual (Gould, 1990). Este artigo é precursor de diversos trabalhos da mesma natureza. Na redacção deste artigo, não se pode deixar de mencionar a necessidade da criação e divulgação de um conceito unificador para definir a empatia clínica e tornar possível o seu ensino.

É universalmente aceite que a relação médico-doente surge no cruzamento das expectativas, contextos culturais e académicos, personalidade e preconceitos de cada interveniente (Pendleton et al, 2003). Este modelo de relação clínica demonstra, mais uma vez, a importância do contexto cognitivo e afectivo do médico na construção do seu conceito de relação empática que, no fundo, reflecte o seu conceito global de saúde. Parece ser significativa a importância do estudo do EU(MÉDICO) para o desenvolvimento de uma

actividade médica empática. O estudo do EU enquanto método de abordagem à relação com o OUTRO em contexto clínico parece não ter relação directa com o ensino da empatia enquanto conceito científico da relação humana. No entanto, diversos são os estudos que propõem actividades sociais e humanísticas em escolas médicas como metodologia de ensino, com profundos resultados na avaliação posterior da relação aluno-doente (Novack, 1999) (Kern et al, 2001) (Woolf et al, 2007) (DasGupta e Charon, 2004). Aqui se verifica que a empatia clínica tem profunda relação com o mais fundamental da estrutura da personalidade do aluno de medicina e que o ensino da empatia ou da relação médico-doente deverá ir além da descrição conceptual e histórica do termo “EMPATIA”. O conceito de empatia clínica, muito embora possa ser abordado como um fenómeno objectivo da prática clínica e uma competência quase instrumental de um clínico, deve também ser entendido como uma experiência biopsicossocial, que reflecte a estrutura da personalidade dos intervenientes na relação. De certa forma, a relação humana em contexto clínico, ao possuir em profundo significado terapêutico, torna-se, em muitos pontos, indistinguível de uma relação psicoterapêutica na definição psicanalítica. Para uma melhor argumentação sobre este ponto poderemos apontar os níveis de psicoterapia de Cawley (Cawley, 1977) (Brown e Pedder, 1997), uma classificação que integra no 1º nível a relação terapêutica de qualquer profissional de saúde com competências comunicativas e empáticas. O aprofundar da relação nos quatro níveis de Cawley pressupõe, também, uma maior partilha de informação, um maior envolvimento mental do clínico com interpretação e valorização de fenómenos de transferência e contra-transferência e maior intervenção dinâmica no problema partilhado pelo doente. Os níveis de Cawley poderão conduzir-nos à seguinte pergunta: quando começa, realmente, a relação psicodinâmica na relação médico-doente? Idealmente, não deveria ser necessário ser psicoterapeuta para detectar problemas e orientar minimamente um doente em contexto clínico. No entanto, a noção de transferência e contra-transferência poderá ter grande valor no entendimento do comportamento do doente e do clínico no contexto da relação médico-doente e ter consequências na competência empática do profissional de saúde. Neste contexto, talvez se compreenda melhor o facto de, na literatura, alguns dos métodos de ensino da empatia clínica serem métodos de carácter psicodinâmico.

MEDIR A EMPATIA CLÍNICA

A actual definição de “Medicina Baseada na Evidência” exige uma avaliação de todas as práticas médicas e dos seus resultados. A relação médico-doente não será uma excepção pelo seu reconhecido valor como adjuvante de bons resultados terapêuticos (Beckman e Frankel, 1984)(Neuwirth, 1997). A importância da auto-avaliação e da hetero-avaliação na determinação das competências profissionais do clínico tem sido apresentada em diversas publicações (Lipner et al, 2002) (Arnold, 2002).

Uma ferramenta de medida do grau de empatia no contexto da relação médico-doente poderia facilitar a prática e ensino da empatia na medicina, para além de ser útil na avaliação da qualidade dos serviços prestados e potenciar bons resultados em prática clínica. Diversas tentativas têm sido desenvolvidas para a criação de uma escala de medição da empatia clínica (Stepien e Baernstein, 2006). Alguns desses instrumentos utilizam métodos de auto-avaliação (Davi's Interpersonal Reactivity Test, Empathy Construct Rating Scale, Balanced Emotional Empathy Scale). Outros métodos de avaliação recorrem a observadores treinados (Accurate Empathy Scale, History Taking Rating Scale, Carkhuff Empathic Understanding Scale). Foi tentada também a criação de sistemas de avaliação empática por parte dos doentes (Hornblow et al, 1977), testes psicométricos e de observação comportamental durante entrevistas (Winefield et al, 2000). Todos estes métodos de avaliação têm sido vastamente discutidos na literatura, definindo-se as suas limitações e vantagens, não sendo possível neste trabalho avaliar a adequação de cada um. Merece, no entanto, particular atenção a Jefferson Sale of Physician Empathy – JSPE (Hojat, 2001), uma escala validada em diversos estudos, que tem sido utilizada para apresentação de surpreendentes resultados na avaliação da empatia clínica em contexto educativo. A JSPE é uma escala de vinte itens tipo Lickert que mede a orientação e comportamento empáticos do médico em face do doente. Actualmente, a JSPE parece ser a escala que a literatura unanimemente considera mais prática na avaliação da empatia em contexto clínico.

Avaliar a qualidade da relação médico-doente e da empatia em contexto clínico, tarefa que podia ser aparentemente impossível, parece agora ser consensualmente defendida na literatura.

O ENSINO DA EMPATIA CLÍNICA - ESTADO DA ARTE

Diversos estudos demonstram o declínio das capacidade empáticas dos alunos de medicina durante a formação médica (Benbassat e Bauml, 2004) (Hojat M, 2004) (Wolf et al, 1989). A maioria desses estudos, outrora de natureza empírica, têm sido validados mais recentemente com recurso a escalas de avaliação da relação médico-doente. Os resultados demonstram que a maior degradação dessas competências surge nos anos clínicos da formação médica e que o ensino parece, de facto, ter um impacto deletério nas ambições humanísticas e idealistas do novo aluno de medicina (Stepien e Baernstein, 2006). Outros estudos demonstram que alunos com indícios mais altos de competência empática revelam, associadamente, maior sucesso nas cadeiras de avaliação clínica. Esta associação já não se verifica com as disciplinas de avaliação de carácter teórico, especialmente as que usam o método de escolha múltipla (Hojat et al, 2002-1). Os alunos do sexo feminino mostram índices mais altos de competência empática (Hojat et al, 2002-1) (Hojat et al, 2002-2) (Hojat M, 2002-3). Todas estas avaliações levantam diversas questões: quais as causas do declínio da empatia durante a formação médica e qual a razão dos melhores resultados nas disciplinas de competência clínica dos alunos mais empáticos? Algumas respostas têm sido exploradas na literatura mas sem resultados conclusivos.

Neste trabalho de revisão, o autor não pode deixar de mencionar a possível pertinência de um estudo abrangente sobre a realidade portuguesa com recurso a uma escala cientificamente validada como a JSPE.

CAUSAS DO DECLÍNIO DA EMPATIA E DIFICULDADES DE ENSINO

Diversas são as abordagens da literatura à observação do declínio da empatia na formação médica. O contexto académico nas escolas médicas tem sido descrito como psicologicamente agressivo e excessivamente exigente (Haglund et al, 2009) (Frank et al, 2006) (Wilkinson et al, 2006). O reajuste dos sistemas nacionais de saúde tem sido apontado como um dos causadores deste fenómeno. A aferição da qualidade dos serviços por cumprimento de objectivos, muito embora seja uma realidade inevitável pela necessidade de gestão de recursos, transforma as unidades de saúde e as escolas médicas em ecossistemas competitivos que trazem ao aluno de medicina a acrescida ansiedade de sucesso com uma reactiva e megalómana “vontade de saber tudo” (Marcus, 1999). Este fenómeno poderá ser o iniciador

de um comportamento de desconsideração da vitimação do “eu”, pois uma vítima não é funcional e, conseqüentemente, não é competitiva. Se o contexto competitivo e emocionalmente violento da escola médica muda o entendimento do “eu”, será possível admitir que isso influencie também o entendimento do “outro”. A dualidade “eu/outro” é a matriz da relação empática que poderá, nestas circunstâncias, ficar prejudicada (Marcus, 1999).

A generalizada falta de modelos de comportamento tem sido apontada como um factor obstrutivo ao ensino da empatia (Wilkinson, 2006) (Testerman et al, 1996). A importância de modelos de comportamento adequados com atitude ética e moralizante, humanista e academicamente não ameaçadores, tem sido defendida em diversas publicações como uma forma de incentivar o comportamento empático (Marcus, 1999) (Paice et al, 2002).

Os intervenientes pedagógicos nas escolas médicas são, em todas as circunstâncias, objecto de aprendizagem. O seu comportamento é continuamente observado pelos alunos. O somatório destes comportamentos é a origem do designado “currículo escondido da medicina”, um currículo que está para além dos conteúdos programáticos das lições formais e que resulta sobretudo dos processos de sociabilização dos alunos e dos docentes, das suas interações diárias, do contexto social (muitas vezes dedicado ao cinismo e ao escárnio) na formação médica (Leget, 2004) (Paice et al, 2002) (Hafferty, 1998). Esse “currículo escondido da medicina” tem sido definido pela literatura e apontado como um factor significativo da degradação da relação empática no estudante de medicina.

Em última análise, a literatura apresenta uma vasta descrição das possíveis causas das dificuldades empáticas dos alunos. A imaturidade psico-afectiva do aluno, quando somada a um ambiente de profunda tensão emocional e ausência de suporte social, com a eventual possibilidade de “fuga emocional” para a tecnocracia, poderá ser uma conjuntura “perigosa”.

PROPOSTAS PARA MÉTODOS DE ENSINO E PRÁTICA DA EMPATIA CLÍNICA

Considerando a natureza cientificamente integrativa da empatia, as propostas da literatura para métodos de ensino e treino da relação empática nas escolas médicas são diversas e exploram várias abordagens. Simplificando as inúmeras propostas descritas na literatura que

parecem degladiar-se pela melhor sugestão de aplicabilidade dos conceitos até aqui debatidos, dividimos os métodos sugeridos em dois grandes grupos de abordagem teórica:

1. MÉTODOS DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA

2. MÉTODOS DE ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

Para se definir melhor aquilo que se pretende com esta divisão devemos entender que a grande diferença entre os dois grupos de propostas está no seu objecto de intervenção, em que os métodos de orientação psicodinâmica actuam no indivíduo em todo o seu complexo psicológico e os métodos de orientação pedagógica actuam, sobretudo, no seu currículo académico e entendimento teórico. Estas duas grandes correntes de pensamento são uma sugestão do autor deste trabalho no sentido de facilitar a organização das sugestões propostas na literatura. Compreenda-se que esta divisão é, em alguns pontos, artificial, uma vez que pertinentes orientações pedagógicas poderão motivar profundas reestruturações psicológicas no indivíduo.

A maioria dos métodos que aqui descrevemos concentram a sua atenção no aluno. No entanto, tem sido referida na literatura, a necessidade de uma transformação humana de fundo, com mudança de atitudes por parte de todos os intervenientes no ensino da medicina, para que possamos dar significado a todo o espectro de influências pedagógicas, incluindo o “currículo escondido da medicina” (Hafferty, 1998).

MÉTODOS DE ORIENTAÇÃO PSICODINÂMICA

As abordagens psicodinâmicas concentram a sua atenção no estudo do EU(ALUNO) como um fundamental agente da sua relação com o OUTRO(DOENTE). Os objectivos dos métodos psicodinâmicos são o atingir de uma mais profunda “consciência-de-si”, um maior bem-estar psicológico, uma maior individuação (Novack et al, 1999). Estes métodos, poderão encontrar base teórica nos conceitos psicanalíticos de transferência e contra-transferência já citados neste trabalho.

Tem sido sugerida que a partilha de experiências de vida (médicas e não médicas) em sessões de discussão aberta entre alunos e professores poderá potenciar o desenvolvimento pessoal do aluno e incentivar o seu processo de individuação (Kern et al, 2001) (Woolf, 2007). A escrita criativa tem sido experimentada em diversas escolas médicas como forma de narrativa de experiências pessoais de doença com resultados interessantes na criação de uma noção integral do indivíduo e no seu conhecimento dos influentes pessoais na relação com o doente (DasGupta e Charon, 2004). As narrativas pessoais de doença são um método frequente descrito na literatura (Novack et al, 1999) e é já praticado em diversas universidades (Rochester, Colombia). Os testes psicométricos demonstram bons resultados no processo de individuação e nas competências empáticas dos alunos.

Atitudes e métodos pedagógicos que promovam a introspecção e a elaboração de conceitos (Kern et al, 2001) como a auto-administração de cursos online (Wiecha e Markuns, 2008) têm sido sugeridos pela literatura como método de promover comportamentos humanistas entre alunos.

É de salientar que a maioria dos métodos psicodinâmicos apresentados acrescem de uma enorme simplicidade operacional, o que parece, neste contexto, ser importante, pois complexas transformações curriculares poderiam ser impraticáveis.

MÉTODOS DE ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

Num outro plano de abordagem da problemática do ensino da empatia nas escolas médicas, surgem, segundo a nossa classificação, os métodos de orientação pedagógica. São métodos cuja implementação necessitaria de revisão curricular dos curso de medicina com alguns ajustes de carácter pedagógico. Os métodos de orientação pedagógica abordam o problema através do condicionamento da avaliação e de alguns métodos de ensino para que possam incluir uma componente comunicativa e humana mais significativa. A literatura tem apresentado soluções interessantes como a extinção das disseções no estudo das cadeiras no ciclo básico (Marcus, 1999), argumentando que os procedimentos que eventualmente desmistificam a morte só deverão ser executados após um contacto próximo com o doente na sua condição de vida. Sugere-se, também, que a formação médica deveria ocorrer, durante os primeiros anos de curso, num contexto de cuidados de saúde familiar (Benbassat e Baumal, 2004) e não em contexto hospitalar como acontece actualmente, estimulando o acompanhamento do indivíduo/utente da unidade de saúde no seu contexto social e familiar e

diminuindo a exposição do aluno ao contexto competitivo hospitalar. Nessa hipótese menciona-se a importância das visitas domiciliárias e da prática comunitária da medicina.

Numa publicação é defendido o contacto precoce com doentes, no primeiro ano de formação, aproximando o novo aluno da realidade que pretende alcançar, sem prolongar a formação teórica e abstracta, motivo de uma possível supressão da inspiração humanista que conduziu o aluno a pretender tirar o curso de medicina (Marcus, 1999).

A entrevista clínica e a redacção da história clínica, pelo seu método rígido e, muitas vezes, conceptual, têm sido apontadas como factores impeditivos de uma adequada relação aluno-doente e, conseqüentemente, causa de um incapaz comportamento empático por parte do aluno (Benbassat e Baumal, 2004) (Frothingham, 1982). Assim, na literatura sugere-se a alteração do método de entrevista para o sistema de entrevista orientado para o doente, com a redacção de anotações apenas no final da entrevista, dando enfoque às preocupações e queixas do doente e não à patologia subjacente.

É frequente encontrar, na literatura, a sugestão da avaliação das componentes comunicativas e empáticas do aluno por diversos métodos (observador treinado, auto-avaliação, avaliação por parte do doente) e a execução de workshops de competências comunicacionais (Hojat M, 2002-3) (Feighny et al, 1995) (Benbassat e Baumal, 2004) (Coulehan et al, 2001) (Lipner et al, 2002) com resultados significativos na competência empática dos alunos.

CONCLUSÕES

No pensamento filosófico actual, algumas publicações mencionam as vantagens do pensamento integrativo (Wilber, 2001). Agostinho da Silva, talvez o maior filósofo Português do século XX, considera, na sua vasta literatura pedagógica, as inúmeras vantagens de um ensino multidisciplinar e aberto às necessidades do aluno, não rígida nos métodos de aferição e sem implicações competitivas (da Silva, 2000). Poderá ser Agostinho da Silva mais um exemplo de pensamento integrativo aplicado à pedagogia? A perspectiva integral sobre os problemas, na sua abordagem multidisciplinar pode ser uma mais-valia no entendimento bioético da medicina e da formação médica. O título deste trabalho, ao incluir o pensamento integrativo como perspectiva fundamental sobre o tema, tenta comunicar a complexidade do conceito de empatia e a necessidade de encontrar nos métodos de ensino a audácia de uma abordagem multidisciplinar e humanista, com especial atenção às necessidades psicológicas e científicas do aluno e seu tutor.

Sobre o conceito de empatia podemos afirmar que é um conceito filosoficamente complexo com diversas implicações em várias áreas do pensamento e que deverá ser abordado sob uma perspectiva integrativa. Podemos também afirmar que a experiência da empatia é um fenómeno que pertence ao domínio da vida afectiva de cada um, com todas as implicações de uma verdadeira e profunda relação humana, mas com longas raízes no desenvolvimento filogenético da própria espécie. A experiência empática, pelo seu impacto no domínio emocional, pode ser, em determinadas circunstâncias, motivo de fuga do EU com resultados deletérios para a relação médico-doente. A discussão aberta e multidisciplinar sobre este tema, com honesta e activista entrega humana, poderá trazer diversas alterações do pensamento e da própria experiência empática que favorecem a relação humana em contexto clínico. A observação e trabalho do desenvolvimento psico-afectivo do aluno de medicina durante a formação médica poderão ser importantes na melhoria do ensino e na criação de médicos mais competentes.

REFERÊNCIAS

Arnold L. 2002. Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today and Tomorrow. *Acad Med.* 2002, pp. 77:502-515.

Association of American Medical Colleges - Medical School Objectives Project. [Online]
https://services.aamc.org/Publications/index.cfm?fuseaction=Product.displayForm&prd_id=198&prv_id=239.

Beckman HB, Frankel RM. 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984, pp. Nov;101(5):692-6.

Benbassat J, Bauml R. 2004. What is Empathy, and How Can It Be Promoted During Clinical Clerkships? *Acad Med.* 2004, pp. 79:832-839.

Boyd KM. 2005. Medical ethics: principles, persons, and perspectives: from controversy to conversation. *J Med Ethics.* 2005, pp. Aug;31(8):481-6.

Brown D, Pedder J. 1997. *Princípios e Prática das Psicoterapias.* Lisboa : Climepsi Editores, 1997.

Cawley RH. 1977. The Teaching of Psychotherapy. *AUTP Newsletter.* 1977, pp. jan:19-36.

Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. 2007. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007, pp. Oct;22(10):1434-8. Epub 2007 Jul 26.

Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH. 2001. "Let me see if I have this right...": Words That Help Build Empathy. *Ann Intern Med.* 2001, pp. Aug 7;135(3):221-7.

da Silva A. 2000. *Textos Pedagógicos I.* Lisboa : Ancora Editora, 2000.

DasGupta S, Charon R. 2004. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med.* 2004, pp. Apr;79(4):351-6.

de Waal FBM. 2008. Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annu Rev Psychol.* 2008, pp. 59:279-300.

Eisenberg N, Strayer J. 1987. *Empathy and its development.* s.l. : Cambridge University Press, 1987.

Feighny KM, Monaco M, Arnold L. 1995. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med.* 1995, pp. May;70(5):435-6.

Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. 2006. Experiences of Belittlement and Harassment and Their Correlates Among Medical Students in the United States: Longitudinal Survey. *BMJ.* 2006, p. 333:682.

Frothingham TE. 1982. The chief complaint. *N Engl J Med.* 1982, p. Jul 15;307(3):194.

Gallagher, Shaun. 2004. Hermeneutics and the Cognitive Sciences. *Journal of Consciousness Studies.* 2004, p. 11.

Gould D. 1990. Empathy: a review of the literature with suggestion for an alternative research strategy. *J Adv Nurs.* 1990, pp. 15:1167-1174.

Hafferty FW. 1998. Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Acad Med.* 1998, pp. 73:403-407.

Haglund ME, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, Charney DS. 2009. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med.* 2009, pp. Feb;84(2):258-68.

Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. 2002-1. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002, pp. Jun;36(6):522-7.

Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. 2002-2. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med.* 2002, pp. Oct;77(10 Suppl):S58-60.

Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. 2002-3. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002, pp. Sep;159(9):1563-9.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski J, Magee M. 2001. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement.* 2001, pp. Vol. 61, No. 2, 349-365.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. 2004. An Empirical Study of Decline in Empathy in Medical School. *Med Educ.* 2004, pp. 38:934-941.

Hornblow AR, Kidson MA, Jones KV. 1977. Measuring medical students' empathy: a validation study. *Med Educ.* 1977, pp. Jan;11(1):7-12.

Iacoboni M, Dapretto M. 2006. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nat Rev Neurosci.* 2006, pp. Dec;7(12):942-51.

Kern DE, Wright SM, Carrese JA, Lipkin M Jr, Simmons JM, Novack DH, Kalet A, Frankel R. 2001. Personal growth in medical faculty: a qualitative study. *West J Med.* 2001, pp. Aug;175(2):92-8.

Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. 2004. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004, pp. 27:237-51.

Korb J, Heinze J. 2008. *Ecology of social evolution.* s.l. : Springer, 2008.

Leget C, Olthuis G. 2007. Compassion as a basis for ethics in medical education. *J Med Ethics.* 2007, pp. 33:616-620.

Leget, C. 2004. Avoiding evasion: Medical ethics education and emotion theory. *J Med Ethics.* 2004, pp. 30:490-493.

- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. 1997.** Physician - patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997, pp. 277:553-9.
- Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortina GS. 2002.** The Value of Patient and Peer Ratings in Recertification. *Acad Med*. 2002, pp. Oct;77(10 Suppl):S64-6.
- Lopes, Raul Guimarães. 2006.** *Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica*. s.l. : Higiomed Editores, 2006.
- Marcus ER. 1999.** Empathy, Humanism, and the Professionalization Process of Medical Education. *Acad Med*. 1999, pp. 74:1211-1215.
- Mathiasen H. 2006.** Empathy and Sympathy: Voices from Literature. *Am J Cardiol*. 2006, pp. 97:1789-1790.
- Morgenstern O, von Newmann J. 1947.** *The Theory of Games and Economic Behavior*. s.l. : Princeton University Press, 1947.
- Nash JF. 1950.** The Bargaining Problem. *Econometrica*. 1950, p. 155.
- Neuwirth ZE. 1997.** Physician Empathy - Should We Care? *Lancet*. 1997, p. Aug 30;350(9078):606.
- Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. 1999.** Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999, pp. May;74(5):516-20.
- Paice E, Heard S, Moss F. 2002.** How important are role models in making good doctors? *BMJ*. 2002, pp. Sep 28;325(7366):707-10.
- Pederson, R. 2008.** Empathy: A wolf in sheep's clothing? *Med Health Care and Philos*. 2008, pp. 11:325-335.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. 2003.** *The new consultation: developing doctor-patient communication*. s.l. : Oxford University Press, 2003.
- Project, ACGME - Outcome. [Online]
<http://www.acgme.org/outcome/comp/GeneralCompetenciesStandards21307.pdf>.
- Rizzolatti G, Craighero L. 2004.** The mirror-neuron system. *Annu Rev Neurosci*. 2004, pp. 27:169-92.
- Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. 1998.** Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care*. 1998, pp. 36(8):1138-61.
- Shamasundar C. 1999.** Understanding empathy and related phenomena. *Am J Psychother*. 1999, pp. Spring;53(2):232-45.
- Silva AM. 2002.** *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Editorial Confluência/Livros Horizonte, 2002.

Stepien KA, Baernstein A,. 2006. Educating for empathy: A review. *J Gen Intern Med.* 2006, pp. 21:524-530.

Testerman JK, Morton KR, Loo LK, Worthley JS, Lamberton HH. 1996. The natural history of cynicism in physicians. *Acad Med.* 1996, pp. Oct;71(10 Suppl):S43-5.

Wiecha JM, Markuns JF,. 2008. Promoting Medical Humanism: Design and Evaluation of an Online Curriculum. *Fam Med.* 2008, pp. 40(09):617-9.

Wilber K. 2001. *A Theory of everything : An Integral vision for business, politics, science and spirituality.* s.l. : Shambhala, 2001.

Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. 2006. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach.* 2006, pp. Mar;28(2):129-35.

Winefield HR, Chur-Hansen A. 2000. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Med Educ.* 2000, pp. Feb;34(2):90-4.

Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. 1989. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ.* 1989, pp. Jan;23(1):19-23.

Woolf K, Cave J, McManus IC, Dacre JE. 2007. 'It gives you an understanding you can't get from any book.' The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Med Educ.* 2007, p. Dec 5;7:50.