

Joana Sofia Costa Ferreira

**Understanding empathy in medical and psychology
undergraduate students: a comparative study**

Dissertação de Mestrado em Comunicação Clínica

Apresentada à

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Orientadora Mestre Ivone Castro Vale

Declaração de Dissertação de Mestrado

De acordo com o art.3 do capítulo “Tarefas a Realizar” do Regulamento do Mestrado em “Comunicação Clínica”, a presente Dissertação consta da apresentação de dois trabalhos distintos, a saber:

1. Redação de um ou mais capítulos de um Manual de Competências de Comunicação Clínica, a ser publicado pelo Serviço de Psicologia Médica, no final do Curso. Estes capítulos seguem a formatação prévia de: algoritmo, descrição, fundamentação e exemplo clínico.
2. Realização de um trabalho de investigação com publicação submetida em Revista científica.
3. O conjunto do ou dos Capítulos do Manual e o trabalho realizado e submetido para publicação constituirá a matéria da dissertação para obtenção do Grau de Mestre.

Agradecimentos

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, agradeço a paciência e reconhecimento que me dedicaram.

A todos os colegas e professores da Unidade de Psicologia Médica, especialmente ao Prof. Doutor Rui Mota Cardoso, pelo seu aconselhamento e supervisão.

À minha orientadora, Mestre Ivone Castro-Vale, pela transmissão de conhecimentos, confiança, incentivo e crítica construtiva constante.

Ao Professor Altamiro Gonçalves e todos os professores da disciplina de Introdução à Medicina do primeiro ano da FMUP pela sua disponibilidade, interesse e atenção demonstradas durante as suas aulas.

Aos Professores Susana Coimbra e Joaquim Coimbra da FPCEUP que, de igual modo, me receberam nas suas aulas junto dos alunos do primeiro ano e se disponibilizaram no auxílio à recolha de dados, com o merecido ambiente acolhedor que já conheço.

Aos alunos, pelo entusiasmo e pela participação.

À Doutora Lurdes Brito, pela sua dedicação e atencioso contributo com que me tem prendado ao longo destes anos.

Aos meus colegas de trabalho do serviço de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da FMUP pelo apoio constante.

Aos meus amigos pelo amável reforço positivo verbal e não-verbal.

Aos meus pais pelo inabalável apoio e por fazerem de mim aquilo que sou.

Ao João pelo seu carinho e por me ter feito acreditar todos os dias que era possível.

Índice	
Glossário	1
Parte I – Capítulos do Manual de Competências de Comunicação Clínica	2
Parte I - A – Entrevista com a família	3
Algoritmo	3
Fundamentação.....	11
Considerações finais.....	16
Leitura aconselhada	16
Referências	16
Exemplo clínico.....	20
Parte I - B – Gestão de conflitos	29
Algoritmo	29
Fundamentação.....	34
Considerações finais.....	39
Leitura aconselhada	40
Referências	40
Exemplo clínico.....	43
Parte II – Artigo de investigação	49
Resumo	50
Abstract	52
Introduction.....	53
Method	54
Results	56
Discussion	58
References	62
Tabelas	66
Table 1. Mean Scores and Comparisons between Medical and Psychology First Year Students	67
Table 2. Correlations between Academic Characteristics, Empathy and Well-being in First Year Students.....	68

Table 3. Mean Scores, Gender Comparisons and Correlations with Empathy and Well-being in First Year Students	69
Table 4. Correlations between Empathy and Subjective Well-Being in First Year Students	70
Table 5. Empathy regressed upon Gender and Subjective Well-Being	71
Anexos	72
Anexo I - Consentimento Informado.....	74
Anexo II - Instrumento de Recolha de Dados.....	76

Glossário

EC – Empathic concern

FS – Fantasy scale

IRI – Interpersonal reactivity index

MS – Medical students

NAs – Negative affect subscale

PANAS – Positive and negative affect schedule

PAs – Positive affect subscale

PD – Personal distress

PS – Psychology students

PT – Perspective taking

SWB – Subjective well-being

SWL – Satisfaction with life

SWLS – Satisfaction with life scale

Parte I

**Capítulos do Manual
Competências de Comunicação Clínica**

A – Entrevista com a Família

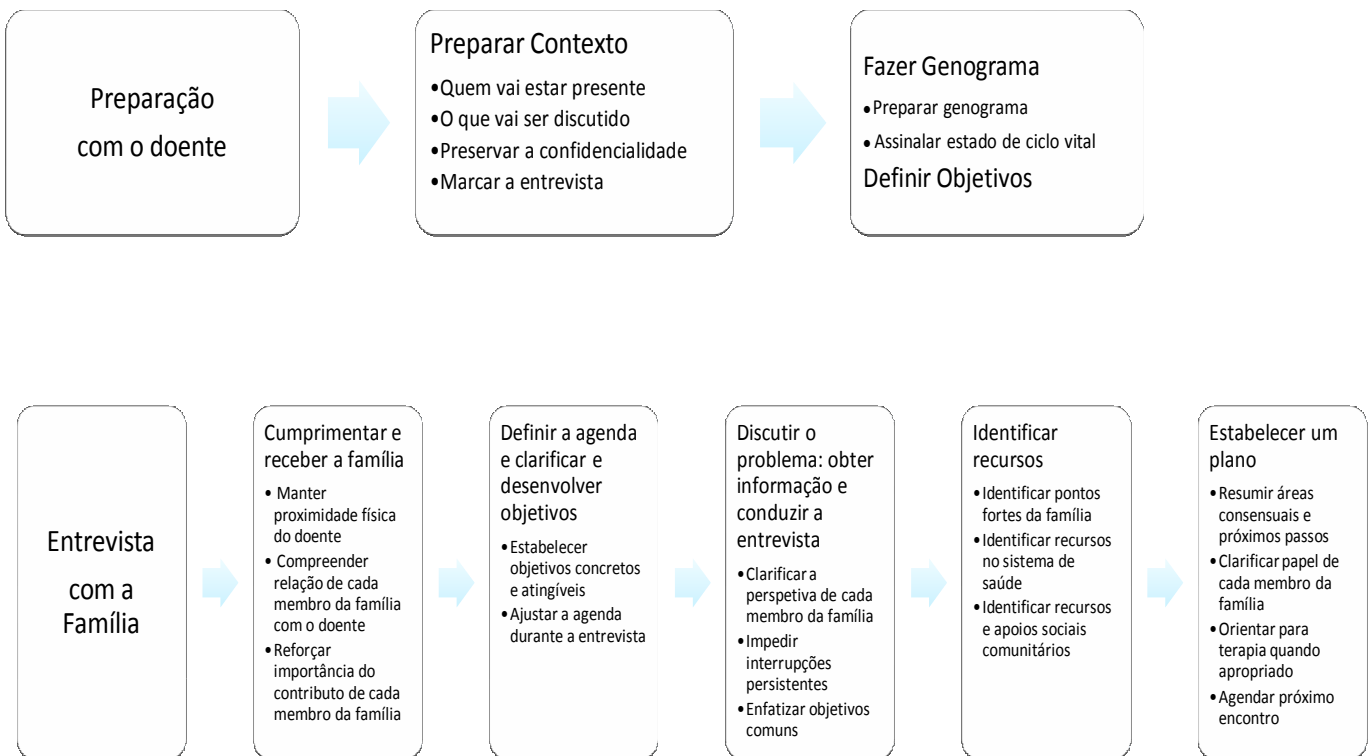
B – Gestão de Conflitos

Parte I

A - Entrevista com a Família

ALGORITMO

ENTREVISTA COM A FAMÍLIA



LIDAR COM EMOÇÕES

GERIR CONFLITOS



Uma entrevista com a família pode resultar de diferentes cenários: o doente pode entrar no consultório acompanhado, sem combinação prévia; pode comparecer sozinho, mas expressar o desejo de se fazer acompanhar por familiares em encontro(s) futuro(s); ou pode o clínico mostrar o interesse que pode ter, para a situação do doente, uma entrevista com a sua família. Em qualquer dos casos, a entrevista com a família segue os mesmos princípios gerais.

Assim, a entrevista com a família compreende dois momentos: a preparação prévia, feita com o doente, e o encontro com este e sua família.

Ainda que a preparação prévia, com o doente, pareça mais exequível nos dois últimos cenários do que quando o doente comparece acompanhado sem combinação prévia, não deixa de ser igualmente importante nesta situação, nomeadamente para esclarecimento sobre questões de confidencialidade (que assuntos pode o clínico abordar e quais deve evitar perante a família?) e conhecimento do tipo de relação que o doente tem com o acompanhante (é alguém de sua confiança ou alguém distante ou mesmo indesejado que estava no momento disponível para levar o doente à entrevista?); neste caso, a preparação é feita na altura, quando o clínico fica em privado com o doente.

Preparação com o doente

O sucesso de uma entrevista com a família depende da preparação prévia da mesma com o doente. Tal preparação implica que o clínico se reúna com o doente em privado, recolha junto dele informação sobre ele e sua família, e desenvolva hipóteses sobre as preocupações subjacentes à entrevista.

Inclui como etapas: (1) preparar o contexto, (2) fazer o genograma e (3) definir objetivos. Tal preparação facilita o desenvolvimento de um conjunto de estratégias que contribuem para a eficácia do encontro.

Preparar o contexto

O objetivo desta fase é o de, antes de estabelecer o contacto (convocando os familiares), planear com o doente a entrevista com a sua família (*“Gostava de me reunir com alguém da sua família, para falarmos sobre as mudanças necessárias a ajustar ao seu estilo de vida.”*). Compete ao clínico, em diálogo com o doente:

(a) Definir quem vai estar presente na entrevista (família, amigos ou outros profissionais de saúde), identificando data e hora para o encontro e esclarecendo que todas as pessoas são bem-vindas.

- (b) Clarificar o que deve ser discutido, chegando a acordo, esclarecendo e reforçando a confidencialidade relativamente a assuntos que o doente não deseje ver abordados.
- (c) Marcar a entrevista.

Com doentes incapacitados, o contacto é estabelecido com o familiar mais próximo ou outro responsável. Com doentes não incapacitados, pode ser útil o clínico convocar a família na presença do doente para que não se quebre a confiança construída na relação terapêutica. Alternativamente, pode ficar o doente incumbido de trazer a família. Se a entrevista é solicitada por outro membro da família, é importante que o doente seja informado, dê autorização, a entrevista seja preparada seguindo os pontos (a), (b) e (c).

Fazer o genograma

O clínico revê aquilo que já sabe sobre o doente e a família relativamente ao problema a abordar, aliando a informação referida pelo doente à registada no processo clínico. Procede assim à criação ou revisão do genograma. O genograma representa o retrato atual do doente e sua família. Inclui nomes, acontecimentos de vida, estados emocionais, relações de intimidade ou conflito, relacionamentos com outros profissionais e toda a restante informação essencial ao caso clínico. Por exemplo, o doente que sofre doença coronária pode estar a enfrentar outras questões de ciclo de vida associadas à sua reforma, à fase de menopausa da esposa, aos cuidados paliativos da mãe ou ao desemprego de um filho.

Definir objetivos

A criação de objetivos para a entrevista permite desenvolver hipóteses iniciais sobre o problema e o funcionamento da família em torno dele (por exemplo, estratégias utilizadas pelo doente e seus familiares para lidar com a situação), assim como organizar os assuntos com ele relacionados e estruturá-los durante a entrevista. Por exemplo, numa entrevista familiar logo após a morte do seu patriarca, os objetivos podem fixar-se na abordagem de questões clínicas facilitadoras do processo de luto e na abertura ao possível aparecimento de novos líderes familiares. Já no caso de um adolescente diabético com baixa adesão ao tratamento, a definição de objetivos pode centrar-se na avaliação do funcionamento parental face ao regime clínico, do grau de independência do adolescente face aos pais e na revisão dos aspetos psicoeducativos sobre a diabetes.

A criação de hipóteses empíricas – as hipóteses que irão ser testadas durante a entrevista clínica (por exemplo, promover a autonomia do adolescente no seu

tratamento) – acontece à medida que vai sendo reunida informação no decorrer do tratamento, atendendo às necessidades individuais de cada família. Esta informação é obtida a partir, por um lado, das preocupações registadas, do ciclo de vida da família e de problemas clínicos relevantes e, por outro, da informação adicional, como a expressão emocional do doente ou o conhecimento sobre como a família lidou com situações semelhantes no passado.¹ É também importante rever o processo clínico antes de convidar a família a entrar.

A estratégia de condução da entrevista nesta fase centra-se, portanto, em questões específicas que facilitam a recolha da informação e permitem testar hipóteses, ajudando a manter a estrutura da sessão. Em caso de resistência à comunicação (por exemplo, pai que vive um padrão familiar de interação difícil, mas cuja presença da família é fundamental para o tratamento), pode ser necessário solicitar a colaboração de um profissional de saúde mental que acompanhe a entrevista com a família.

Entrevista familiar

Cumprimentar e receber a família

O objetivo é dar boas-vindas à família e construir uma aliança terapêutica com os diferentes elementos, para que se sintam confortáveis no contexto da entrevista. O clínico apresenta-se, cumprimentando primeiro o doente (principal elemento da entrevista) e depois todos os membros presentes (por exemplo, com um aperto de mão), estabelecendo contacto ocular com cada um. Trata pelos nomes formais os adultos não conhecidos e não descarta crianças presentes, independentemente da idade. Se houver outros profissionais de saúde presentes ou a assistir, informa a família acerca deles. Encaminha a família para o local da entrevista e convida os membros a sentarem-se. A observação dos lugares escolhidos ajuda-o na compreensão dos relacionamentos mais próximos e de outras dinâmicas (por exemplo, quem se senta mais próximo do clínico pode desejar ser o “porta-voz” na entrevista). Mantém contudo a proximidade física com o doente, como forma de destacar o papel principal deste, sendo por vezes necessário trocar o seu lugar em relação aos outros membros (“*Se não se importam, o Sr. Soares fica nesta cadeira mais próxima de mim...*”).

O clínico mostra às crianças onde estão os brinquedos, materiais de desenho ou quadros de aprendizagem. Se a entrevista for gravada, apresenta o equipamento à família e obtém autorização dos membros adultos para fazer esse registo. Agradece a

sua presença, expressando a importância de conhecer a família antes de prosseguir. Fala com cada um dos membros da família, procura compreender a relação de cada membro da família com o doente e reforça a importância do contributo de cada um, criando um ambiente no qual se sintam seguros e apoiados. Faz então uma breve introdução ao encontro, confirmando o objetivo da entrevista com o doente e com a família (*“Estamos aqui hoje para falar sobre a forma de ajudar o vosso familiar a cuidar da sua diabetes. Ajudar-me-ia se tivesse mais informação sobre cada um de vocês. Por favor, fale-me um pouco sobre si e sobre como é a sua relação com o doente e de que forma está envolvida na sua doença.”*).

A entrevista não prossegue para a exploração do problema e expressão das emoções associadas à preocupação atual sem que esta fase esteja completa. O clínico recolhe informação demográfica de cada um dos membros da família e reflete sobre pontos fortes individuais e familiares, aproveitando para estabelecer com todos uma relação empática. Esta fase é mais breve ou mais extensa consoante o número de pessoas presentes e a ansiedade ou resistência dos mesmos.

O clínico dá atenção e mostra respeito pelos líderes formais ou informais, embora integrando todos aqueles que pareçam distantes e desconfortáveis. Observa a linguagem corporal e respetivos comportamentos não-verbais e adota um estilo de comunicação natural e não padronizada. Abrevia questões de seguimento anteriores (*“Sr. Andrade, já tenho aqui os resultados daqueles valores das análises que tínhamos pedido, mas durante a semana falaremos disso quando vier ao controlo de sangue.”*) e encerra esta fase com o agradecimento ao grupo pela presença, reconhecendo o compromisso e investimento demonstrado e reforçando o seu contributo na recuperação do doente.

Definir agenda e clarificar e desenvolver objetivos

Nesta fase, o objetivo é clarificar a razão para o encontro e estabelecer a “agenda de trabalho” da sessão. Para tal, o clínico faz perguntas do género: *“O que é que gostariam de conseguir hoje com a sessão?”*, e solicita ideias a cada membro da família. Transcreve cada objetivo de forma clara, concisa, realista e atingível (*“Então, hoje vamos centrar-nos na depressão recente da Sra. D. Maria José e em como a podemos ajudar.”* ou *“Hoje concordámos que iríamos abordar as questões associadas com o próximo passo a dar quanto à doença do seu filho.”*). É útil escrever os objetivos para que todos os possam conhecer e neles participar. O clínico pode propor ainda outros objetivos relevantes se não mencionados.

Uma vez delineados os objetivos, estabelecem-se prioridades acerca deles. Se existirem mais do que dois ou três objetivos, o clínico pode sugerir que os restantes sejam abordados numa próxima entrevista, confirmando a adesão da família e verificando eventuais conflitos. Durante a entrevista, e sempre que apropriado, pode ser útil ajustar a “agenda de trabalho” previamente definida.

É conveniente, na primeira entrevista familiar, privilegiar a questão de preocupação do doente e não a resolução de conflitos entre membros da família, já que tal maximiza a confiança necessária à sua gestão futura. Por exemplo, se uma família pretende discutir a recusa da mãe em ser hospitalizada após um enfarte do miocárdio, a primeira entrevista familiar centra-se na sua condição médica atual e na compreensão da perspectiva do doente. No final do encontro, estabelece-se um plano que integre a necessidade de independência da mãe e as preocupações dos filhos. Só um segundo encontro se foca na discussão acerca da percepção da mãe sobre o seu comportamento e perspectiva sobre os cuidados de saúde, e os argumentos discordantes dos filhos.

Discutir o problema: obter informação e conduzir a entrevista

O clínico reúne informação e solicita a perspectiva de cada membro da família sobre o problema, permitindo que partilhem as suas preocupações (“*Os membros de uma família têm frequentemente diferentes perspectivas sobre as questões que envolvem a preocupação atual. Hoje, gostaria de ouvir a perspectiva de cada um sobre a forma como encaram este problema.*”), começando pelo adulto que pareça mais distante da questão (por exemplo, com um problema de comportamento de um pai, pode iniciar com a perspectiva do filho que ficou estabelecido ser o menos envolvido na família). Depois dá a palavra aos diferentes membros alternadamente, voltando sempre, de cada vez, ao doente.

O clínico ajuda os membros da família a serem concretos e específicos (“*Sr. Fernandes, o Sr. não está de acordo que a sua filha siga este tratamento e tome esta medicação, é isso? O que pode dizer-nos mais sobre esta questão?*”), através de questões relacionadas com o problema, como a forma como surgiu, quando e onde (“*Quando é que esta questão se tornou um problema para si?*”). Explora ainda a existência de tratamentos anteriores e o envolvimento de outros profissionais na questão (“*Quem os aconselhou acerca desta questão? O que pensa sobre isso?*”). Impede interrupções persistentes de forma delicada mas firme, para que a entrevista siga o plano estabelecido, evitando que um membro da família a monopolize ou fale pelo doente. Mantém-se atento a mudanças indicadoras dos mecanismos utilizados no

funcionamento do sistema familiar e observa padrões interacionais repetidos, de liderança, aliança ou conflito. O plano de tratamento final atende aos padrões observados.

O encorajamento da família e do doente na exposição do problema torna-se o elemento central nesta fase, também usada para partilhar informação que a família necessita saber. Procuram-se sucessos e problemas passados. É essencial encorajar, reconhecer e apoiar emoções subjacentes à discussão do problema (*“Sr^a. D. Adosinda, parece-me estar frustrada quanto à expectativa de não sabermos quanto tempo demorará a encontrar um lar de acolhimento para o seu pai...”*).

Na resolução de conflitos, é fundamental que o clínico se mantenha neutral. Enfatiza as áreas de interesse e os objetivos comuns da família (*“Parece-me claro que, apesar de discordarem sobre aquilo que deve ser feito neste momento, todos estão de acordo no que será o melhor para o Sr. Feiteira.”*), mantendo uma atitude empática e tolerante para com o doente e cada membro da família, sem quebrar a confidencialidade e a negociação de informação previamente estabelecida.

Identificar recursos

O objetivo desta quarta fase prende-se com o reconhecimento dos recursos disponíveis para a resolução do problema e inicia-se com uma listagem de todos os membros da família e amigos disponíveis para com o doente. O clínico referencia pontos fortes do doente e da família (*“É claro para mim que, mesmo que estejam sob muita ansiedade neste momento, esta família tem os seus pontos fortes e aptidões. O que é que sentem que esta família faz de melhor e que pode contribuir para a resolução deste problema?”*) e regista-os, tal como fez anteriormente, para que todos possam reconhecê-los e neles participar. A família frequentemente resiste a este exercício, que pode considerar embaraçoso. Neste caso, o clínico explica a sua importância e utilidade, nomeadamente por aumentar a motivação e participação do sistema familiar na recuperação do doente.

Por outro lado, o clínico identifica recursos técnicos importantes para a resolução do problema (médicos especialistas, serviços de enfermagem, serviços de saúde mental, de ação social ou outros) e minimiza a procura de recursos ou serviços externos desnecessários. Ajuda os membros da família a especificar as suas expectativas sobre os profissionais envolvidos e esclarece dúvidas, clarificando conceções erradas sobre aquilo que cada área de saúde pode fornecer, e promovendo estratégias de resolução do problema. Finalmente, procura identificar recursos e apoios sociais na comunidade (serviços nutricionais, visitas domiciliárias com apoio de

enfermagem, grupos de suporte comunitários, entre outros) que promovam a autonomia e bem-estar do doente e da sua família.

Estabelecer um plano

O objetivo desta última fase da entrevista familiar é o de obter um acordo sobre o plano de tratamento. Aqui, o clínico clarifica o papel de cada membro da família, revê e ajusta os objetivos da entrevista (com o doente e com a família) e sumaria as áreas consensuais e os próximos passos. No final da entrevista, avalia as expectativas da família, fornecendo a informação e o aconselhamento necessários. Enfatiza as questões principais e negocia compromissos.

Se permanecerem questões por resolver ou alvo de conflito, agenda novo encontro ou propõe à família ajuda específica. Um contrato formal ou informal com a família, tendo em conta as preocupações expressas, contribui para a sua adesão.

O clínico verifica depois a compreensão e o envolvimento dos membros da família no plano de tratamento (*“Peço-vos agora que resumam numa frase o vosso papel no plano de tratamento e a forma como pensam contribuir...”*) e ajuda a estabelecer tarefas específicas para o doente e cada membro da família, explicando também o seu próprio contributo (*“Hoje, concordámos que o Sr. Campos vai monitorizar a sua própria dieta, tendo cuidado com a sua hipertensão. A Sr.ª D.ª Cláudia irá ajudá-lo no cumprimento das indicações principais da dieta e, se estiver a cumprir, uma vez por semana, poderá fazer-lhe a comida que ele mais gosta sem qualquer restrição. Os seus filhos concordaram em deixar esta questão sob a vossa supervisão, não interferindo. Parece-lhe bem?”*). Se, por caso, não estão presentes membros fundamentais da família, o clínico reagenda um novo encontro.

Finalmente, esclarece dúvidas, resume, marca se necessário, novo encontro para seguimento da evolução da dinâmica e das tarefas acordadas, agradecendo a presença de todos e a sua participação. Conclui com cumprimento e acompanhamento à saída.

No final da entrevista, o profissional de saúde regista no genograma qualquer informação adicional ou corrige conceções anteriores que se esclareceram durante a entrevista. A informação reunida permite examinar e redefinir objetivos criados na fase de preparação com o doente e planear o futuro do tratamento. É útil incluir um resumo no processo clínico que documente a informação relevante acerca da entrevista familiar. Independentemente do formato utilizado, o registo inclui informação como (1) descrição de quem esteve presente na entrevista, referindo ausências e motivos associados, (2) listagem dos problemas enunciados pela família e as questões ou

preocupações do clínico, (3) parecer da avaliação global sobre o funcionamento familiar, incluindo aspetos como a estrutura familiar (papéis, alianças e coligações), o estado de ciclo vital do doente e da família (os desafios e mudanças associadas a este estado) e as interações familiares (reforçando padrões interaccionais mais comuns), (4) pontos fortes da família e recursos disponíveis e, finalmente, (5) plano de tratamento que inclua o regime terapêutico e a descrição de papéis atribuídos, quer ao doente e membros da família, quer a si próprio.

Fundamentação

A Família pode ser definida como um grupo de pessoas que se relacionam biológica, emocional ou legalmente e/ou que o doente define como parte significativa do seu bem-estar. Para os profissionais de saúde recolher informação sobre as relações estabelecidas entre os membros da família (laços emocionais e acontecimentos de vida) e seus padrões de saúde e doença, permite compreender o doente inserido no seu contexto. O envolvimento da família e dos membros da rede social mais alargada do doente constitui um meio privilegiado de obtenção de informação clínica e um contributo importante para a prestação de cuidados de saúde.²

A entrevista familiar baseia-se numa abordagem biopsicossocial. A família contém um conjunto de crenças e comportamentos de saúde, na qual os fatores de risco são frequentemente partilhados. Os aspetos psicossociais interferem na suscetibilidade de um indivíduo à doença, quer se trate de uma preocupação básica como o frio, quer de um problema mais complexo como o cancro. Há uma relação significativa entre a família, como fonte de suporte na gestão da doença, e da saúde.² O suporte social está associado a melhores resultados de saúde, em diversas situações patológicas nomeadamente em doentes cardiovasculares.³ No pólo oposto, a morte de um companheiro tem um efeito causal na mortalidade, mesmo controlando variáveis parasitas, como o estilo de vida, acidentes e ambiente socioeconómico.⁴ A importância de tais aspetos é ainda mais marcante na medida em que muitos indivíduos que experienciam sintomas físicos ou outras dificuldades não consultam um profissional de saúde e lidam com o problema em casa, com a família e os amigos mais próximos.

Ao estar atento às preocupações da família, o clínico pode compreender melhor a razão da visita do doente. Por exemplo, o diagnóstico de uma doença grave pode alterar as atividades, papéis e responsabilidades partilhadas no seio da família.⁵ Face a uma hospitalização (que, geralmente, deixa a família ansiosa e sob tensão) ou em

casos terminais, a interação com a família contribui para o aumento da compreensão desta relativamente ao quadro clínico e à situação do doente.

Tendo em conta a incerteza dos quadros observados em certos tipos de unidades, como por exemplo a unidade de cuidados intensivos, a informação que é fornecida às famílias sobre o prognóstico do doente é limitada.⁶⁻⁷ No entanto, providenciar suporte e a informação possível à família de um doente grave é tarefa urgente e fundamental. A informação e o apoio não só permitem o conhecimento necessário sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamentos do doente, como também contribuem para a promoção de competências no processo de tomada de decisão, aumentando a compreensão e satisfação do doente ou da família e minimizando as dificuldades associadas. Além disso, comunicar regularmente com a família permite ao clínico a obtenção de informação adicional sobre o doente,⁸ promovendo assim a eficácia profissional.⁹

Na entrevista familiar o foco central é o doente, cabendo ao clínico procurar obter o equilíbrio entre os objetivos deste e dos que o rodeiam. A formação em competências de autocontrolo, atenção, suporte, empatia e colaboração com a família associa-se ao aumento da confiança e satisfação mútuas, do clínico e do doente,¹⁰⁻¹¹ em diferentes áreas como a oncologia, o consentimento informado, os cuidados intensivos,¹² ou a interação com pais,¹³⁻¹⁹ tornando a prestação de cuidados a doentes e famílias mais eficaz.²⁰⁻²²

Por outro lado, as famílias precisam de apoio sustentado na resolução de problemas e nas competências para lidar com a doença. Melhorar e encorajar o apoio à família em questões como a adesão a planos de tratamento e a promoção da saúde em geral torna-se, portanto, fundamental.²³⁻²⁴ As equipas de profissionais de saúde constituem fontes valiosas do suporte necessário ao processo de tomada de decisão, sendo importante que possuam sensibilidade para os contextos culturais e religiosos dos doentes e suas famílias.²⁵⁻²⁶

Nos processos de tomada de decisão, importa conceder tempo à família e ao doente, assim como ter em conta as suas preferências, fazer recomendações e guiá-los de acordo com as escolhas deles, comunicar de forma adequada e verdadeira e promover a discussão isenta de várias opções de tratamento. Para tal, torna-se útil identificar oportunidades, ouvir e responder às perspetivas da família e explorar os valores do doente que ditam as suas preferências de tratamento.²⁷⁻²⁸

Em caso de conflito entre o doente e a sua família, o primeiro passo foca-se na clarificação dos objetivos de tratamento, determinando aquilo que se pretende atingir,

salvaguardando e privilegiando as escolhas do doente (por exemplo, restaurar a saúde, estender a esperança de vida, ou deixar de sentir dor). Estruturar entrevistas que discutam estes temas pode ajudar a resolver conflitos, à medida que a condição do doente piora.

O uso de abordagens de suporte melhora a comunicação e as experiências familiares.²⁹ Para a promoção da comunicação com o doente e a sua família, é importante que o clínico ouça, compreenda e valorize as afirmações dos membros da família na entrevista, reconhecendo as suas emoções e fornecendo espaço para o questionamento e colocação de dúvidas.

A presença dos membros da família preenche várias necessidades do doente, sendo diversas as situações em que é mesmo essencial. Um exemplo é quando representam uma fonte importante de suporte. Alguns doentes têm dificuldades em seguir as recomendações clínicas, especialmente quando estão envolvidas alterações de hábitos, como um regime medicamentoso rigoroso, ou mudanças nos estilos de vida (dieta, exercício, cessação tabágica, etc.). Quando a família apoia as recomendações clínicas, o doente pode ficar mais disponível para o tratamento. Conhecer a família permitirá, nestes casos, obter um apoio que contribuirá para o cumprimento efetivo das recomendações de tratamento.²

Todavia, há situações em que a presença dos membros da família é contraindicada: situações de risco de violência direta ou outro tipo de abuso sobre o doente, membro da família ou clínico. Nestes casos, o clínico evita envolver na entrevista os membros agressores, a não ser que esteja assegurada a sua segurança e integridade física. Em qualquer dos casos, quem estará presente na entrevista familiar é sempre acordado com o doente.

Perante a família, o clínico enfatiza a importância da mesma no tratamento do doente, evitando demonstrar ambivalência ou confusão (por exemplo, quando os membros estão presentes sem que o clínico o esperasse), inicia a entrevista pela descrição do problema em termos globais e não individuais, verificando como a família responde ao problema,² e prossegue a partir dos dados obtidos.

McDaniel, S. (2005)² propõe um conjunto de princípios gerais na condução de uma entrevista com a família: (1) socializar e criar empatia com os diferentes membros, (2) organizar e gerir o grupo para uma comunicação clara, (3) reunir informação sobre o problema, (4) identificar pontos fortes e (5) estabelecer um plano. Estes princípios são aplicados às diferentes etapas da entrevista de modo a que cada

entrevista familiar resulte num acréscimo de informação para todos e num plano partilhado que promova a aliança terapêutica.

O modelo de entrevista familiar aqui apresentado compreende duas etapas: Preparação com o Doente e Entrevista Familiar.³⁰ Tais fases não são estanques, antes decorrendo em continuidade.

Preparação com o doente

Durante esta etapa de Preparação com o Doente, o clínico revela a pertinência do envolvimento da família no apoio ao doente e trabalha possíveis resistências que este demonstre à presença de familiares na entrevista. Se a família está em conflito com o doente, é fundamental reforçar a importância clínica de conhecer o ponto de vista familiar face ao problema. Quando o clínico demonstra genuinidade e preocupação com a família, raramente esta recusa estar presente na entrevista porque compreende que o seu contributo pode ser útil na recuperação do doente.

Durante a entrevista com a família o clínico respeita em absoluto a confidencialidade, pelo que se torna fundamental que a informação a ser partilhada com a família seja previamente acordada com o doente.²

A criação do genograma assume um papel fundamental na preparação deste tipo de entrevista, uma vez que pode veicular padrões emocionais disfuncionais repetidos, problemas clínicos comuns ou outros dados importantes para o processo de avaliação e tratamento.³¹

Entrevista familiar

O ato de cumprimentar e receber a família proporciona um contexto de comunicação clara entre o clínico, o doente e a sua família. Este primeiro contacto é fundamental para a construção da relação e para que a família, sentindo-se confortável no contexto da entrevista, possa exprimir as suas preocupações e os seus pontos de vista.

A definição da “agenda de trabalho”, a clarificação da razão para o encontro e o desenvolvimento de objetivos concretos e realistas são essenciais para a estruturação da entrevista.²

A discussão do problema contribui para a clarificação das preocupações do doente face à posição de cada um dos membros da família. Permite a expressão de discrepâncias e possibilita o reconhecimento de atitudes, valores e sentimentos. A validação emocional (“*Claro, está preocupada com o seu pai.*”) é aqui uma competência mais importante do que a de enfatizar áreas de interesse e preocupação comuns. Por outro lado, o encorajamento à participação ativa de todos os membros

permite ao clínico exercer a sua liderança, protegendo o direito de cada pessoa a ser ouvida e evitando que um dos membros da família a monopolize. O clínico também previne a interrupção sistemática por um ou mais membros da família, se registrar sistematicamente os desacordos existentes. Mantém este procedimento de forma consistente, redirecionando a abordagem do assunto para outro membro e não descurando que cada um exponha o seu ponto de vista, encorajando-o para tal.³⁰

O clínico procura a construção de uma linguagem comum verbal e não-verbal. Por exemplo, com doentes e membros da família particularmente difíceis, é vantajoso usar um discurso fluente mas cadenciado, espelhando gestos do outro até que a pessoa se sinta suficientemente descontraída para se envolver numa troca de informação produtiva.

Procura também o estabelecimento de uma atmosfera relacional que permita a aliança terapêutica, numa escuta ativa que dê tempo ao doente e à família para explicitarem as suas preocupações e emoções, e ao clínico para perceber crenças, expectativas e explicações sobre o problema. Ser capaz de desenvolver uma aliança construtiva e de negociar dificuldades promove uma relação de confiança com o doente e com os membros da família. A aliança terapêutica favorece uma expressão honesta e permite construir a confiança do doente e da família na competência clínica, ao mesmo tempo que proporciona a informação necessária ao raciocínio clínico.

O reconhecimento dos recursos disponíveis para a resolução do problema enfatiza os pontos fortes da família, contribuindo para a clarificação de expectativas e a construção da aliança terapêutica.²³ Com este passo, há uma contextualização da preocupação atual do doente e um enriquecimento da relação terapêutica. Por outro lado, promove a segurança do doente, no sentido em que o assegura de que as decisões relativas ao diagnóstico e tratamento consideram o papel estrutural da família e se apoiam nos recursos já existentes.³²

Finalmente, o estabelecimento do plano possibilita a criação de um acordo mútuo entre clínico, doente e membros da família, maximizando a clarificação do papel de cada um na resolução do problema clínico. Este plano prevê a negociação de um acordo que reconheça as preocupações expressas pelos membros presentes.

Planear o acompanhamento clínico futuro sob a forma de entrevista familiar dependerá da natureza e urgência do problema.² Contudo, é importante avaliar o cumprimento dos objetivos definidos inicialmente, registando a informação recolhida.^{30,}

Considerações finais

A imparcialidade e a capacidade de moderação são, no clínico, competências cruciais ao longo de toda a entrevista com a família, que contribuem para prevenir a resistência ao tratamento e promover o estabelecimento da aliança terapêutica. Além disso, ao longo da entrevista, o clínico depara-se com a necessidade de gerir conflitos e lidar com emoções.

Para gerir conflitos, evita tomar partidos e, mesmo que um dos membros da família tenha um ponto de vista válido para a discussão do problema, previne prioritariamente o desenvolvimento de um conflito familiar. Se o uso de competências de resolução de conflitos por si só não for suficiente,^a o clínico considera a possibilidade de referenciar a família a um profissional de saúde especializado.²

Lidar com as emoções do doente e da família assume um papel central na condução da entrevista familiar. O clínico reconhece e valida as emoções expressas, e ajuda na clarificação dos seus pensamentos. Para isso é indispensável a manutenção de uma relação empática com cada membro presente, evitando juízos de valor e críticas. O clínico reforça a autoestima de cada um, reconhecendo os ganhos alcançados, minimizando o conflito e encorajando a família a assumir um papel central na promoção da saúde dos seus membros.³⁴

Leitura recomendada

McDaniel SH. Family-oriented primary care. 2nd ed. New York: Springer; 2005.

Referências

1. Carter EA, McGoldrick M. The expanded family life cycle : individual, family, and social perspectives. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon; 1999.
2. McDaniel SH. Family-oriented primary care. 2nd ed. New York: Springer; 2005.
3. Coyne JC, Rohrbaugh MJ, Shoham V, Sonnega JS, Nicklas JM, Cranford JA. Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. Am J Cardiol. 2001 Sep 1;88(5):526-9.

^a Ver abordagem deste tema no anexo a este capítulo: *Gestão de Conflitos*.

4. Martikainen P, Valkonen T. Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *J Epidemiol Community Health*. 1996 Jun;50(3):264-8.
5. Rubulotta F, Gullo A, Iapichino G, Pezzi A, Bion J, Barret H. The Competency-Based Training in Intensive Care Medicine in Europe (CoBaTrICE) Italian collaborative: national results from the Picker survey. *Minerva Anesthesiol*. 2009 Mar;75(3):117-24.
6. Liaschenko J, O'Conner-Von S, Peden-McAlpine C. The "big picture": communicating with families about end-of-life care in intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs*. 2009 Sep-Oct;28(5):224-31.
7. West HF, Engelberg RA, Wenrich MD, Curtis JR. Expressions of nonabandonment during the intensive care unit family conference. *J Palliat Med*. 2005 Aug;8(4):797-807.
8. Pham K, Thornton JD, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication. *Chest*. 2008 Jul;134(1):109-16.
9. Fassier T, Darmon M, Laplace C, Chevret S, Schlemmer B, Pochard F, et al. One-day quantitative cross-sectional study of family information time in 90 intensive care units in France. *Crit Care Med*. 2007 Jan;35(1):177-83.
10. Hart CN, Drotar D, Gori A, Lewin L. Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Educ Couns*. 2006 Oct;63(1-2):38-46.
11. Baril J, Theoret J. [A new family intervention method]. *Can Fam Physician*. 1997 Sep;43:1570-4.
12. Lantz I, Severinsson E. The influence of focus group-oriented supervision on intensive care nurses' reflections on family members' needs. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001 Jun;17(3):128-37.
13. Ramirez LY, Huestis SE, Yap TY, Zyzanski S, Drotar D, Kodish E. Potential chemotherapy side effects: what do oncologists tell parents? *Pediatr Blood Cancer*. 2009 Apr;52(4):497-502.
14. Yap TY, Yamokoski A, Noll R, Drotar D, Zyzanski S, Kodish ED. A physician-directed intervention: teaching and measuring better informed consent. *Acad Med*. 2009 Aug;84(8):1036-42.

- 15.** Miller VA, Drotar D, Burant C, Kodish E. Clinician-parent communication during informed consent for pediatric leukemia trials. *J Pediatr Psychol.* 2005 Apr-May;30(3):219-29.
- 16.** Avis M, Reardon R. Understanding the views of parents of children with special needs about the nursing care their child receives when in hospital: a qualitative study. *J Child Health Care.* 2008 Mar;12(1):7-17.
- 17.** Takemoto H, Hagihara A, Kinoshita M, Matsuoka M, Baba M, Nobutomo K. Predictors of recognition and practice of family nursing among healthcare professionals in Japan. *J Clin Nurs.* 2007 Aug;16(8):1506-15.
- 18.** Browning D. To show our humanness--relational and communicative competence in pediatric palliative care. *Bioethics Forum.* 2002;18(3-4):23-8.
- 19.** Cescutti-Butler L, Galvin K. Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2003 Sep;12(5):752-61.
- 20.** Moore CD. Communication issues and advance care planning. *Semin Oncol Nurs.* 2005 Feb;21(1):11-9.
- 21.** Boss RD, Hutton N, Donohue PK, Arnold RM. Neonatologist training to guide family decision making for critically ill infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009 Sep;163(9):783-8.
- 22.** Szulc R. [The doctor-patient relationship in intensive therapy.]. *Anestezjol Intens Ter.* 2008 Oct-Dec;40(4):267-69.
- 23.** Campbell TL. The effectiveness of family interventions for physical disorders. *J Marital Fam Ther.* 2003 Apr;29(2):263-81.
- 24.** Benenson RS, Pollack ML. Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Acad Emerg Med.* 2003 Mar;10(3):219-23.
- 25.** Jones JW, McCullough LB. To transfer or not to transfer, that is the question. *J Vasc Surg.* 2009 May;49(5):1337-8.
- 26.** Loscalzo MJ. Palliative care and psychosocial contributions in the ICU. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2008:481-90.

- 27.** Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008 Mar;36(3):953-63.
- 28.** Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. *AACN Adv Crit Care.* 2007 Oct-Dec;18(4):406-14.
- 29.** Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 2001 Feb;29(2 Suppl):N26-33.
- 30.** Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med.* 2002 May;34(5):312-8.
- 31.** McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. *Genograms : assessment and intervention.* 2nd ed. New York: W.W. Norton; 1999.
- 32.** McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med.* 2004 Jul;32(7):1484-8.
- 33.** Christie-Seely J. *Working with the family in primary care : a systems approach to health and illness.* New York: Praeger; 1984.
- 34.** Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if i have this right...": words that help build empathy. *Annals of internal medicine.* 2001 Aug 7;135(3):221-7.

Exemplo clínico

Maria Antónia, 67 anos, reformada, após colocação de prótese total na anca. Durante a visita no internamento, o clínico analisa com a doente a possibilidade de efetuar algumas mudanças (já anteriormente discutidas) no seu estilo de vida, a partir do momento da alta hospitalar.

Preparação com o doente

Clínico: Gostaria que nos reuníssemos com a sua família para analisarmos as mudanças de que falámos a efetuar na sua casa, para que possa ter as mesmas condições que tem aqui e ajudar na sua autonomia. O que acha?

Contexto

Doente: Acho bem, Sr. Dr., acho que vai ser preciso.

Clínico: Quem gostaria que estivesse presente?

Definir quem

vai estar presente

Doente: Não sei, Sr. Dr., o meu marido ou as minhas filhas.

Clínico: Repare, Sr.^a D.^a M.^a Antónia, todos são bem-vindos. A Sr.^a D.^a M.^a Antónia decide quem acha que deve estar presente e que considere ser de importância para a sua recuperação e que, mais tarde, irá acompanhá-la.

Doente: Então o meu marido, as minhas filhas e os meus genros, eles vão estar muito tempo comigo. Como sabe, uma das minhas filhas vive comigo e o meu genro vai ajudar-me sempre porque está desempregado. Está muito tempo em casa.

Clínico: Muito bem, Sr.^a D.^a M.^a Antónia. Que lhe parece o facto de o seu fisioterapeuta poder também estar presente se assim o desejar?

Doente: Parece-me bem, Sr. Dr., eu gostaria que as minhas filhas e os meus genros soubessem que vou precisar deles porque não vou conseguir fazer nada e eles estão habituados a que eu faça tudo.

Clínico: Precisamente. Gostaria que me esclarecesse sobre o que gostaria que falássemos durante esta entrevista com a sua família.

Acordar os temas a abordar

Doente: Sr. Dr., aquilo que achar melhor. Eu gostava que as minhas filhas me ajudassem a recuperar e acho que vão ajudar-me, mas não sei, eu sou a mulher da casa, elas vão lá sempre comer, eu agora tenho a fisioterapia, vou ter dificuldades em ir às compras, tenho o meu marido para me ajudar, mas ele não sabe nada das coisas de casa, Sr. Dr. Além disso, nem sei como é que vou tomar banho, como é que me vou arranjar de manhã. Eu estou um pouco pesada, não posso das costas nem das pernas e não me posso vergar...

Clínico: Sim, Sr.^a D.^a M.^a Antónia. Poderemos abordar estas questões relacionadas com o seu dia a dia e também agendar a fisioterapia para a hora que convenha a todos. Quanto à ajuda das suas filhas, parece-me adequado discutirmos com elas, para que possa saber o que elas pensam sobre este assunto. Há algum assunto que é do seu interesse não ver abordado na sessão?

Respeito pela confidencialidade

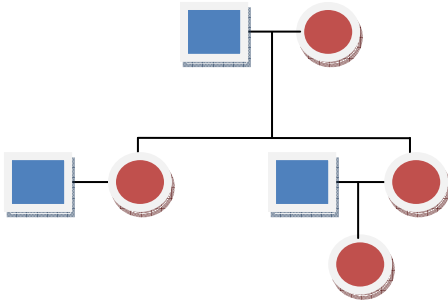
Doente: Não, Sr. Dr., não tenho segredos com as minhas filhas.

Clínico: Sendo assim, podemos marcar para terça-feira antes da sua alta? Quem sabe, por volta das 12h, com o seu marido e com as suas filhas e genros?

Marcar Entrevista

...

Fazer Genograma



...

Registo: A Sr.^a D.^a Maria Antónia é casada há 40 anos com o Sr. Agostinho. Tiveram duas filhas: Ângela (35 anos) e Raquel (27 anos). Ângela é casada com o Sr. Telmo, da mesma idade. Têm uma filha de 4 anos. Vivem com a Sr.^a D.^a Maria Antónia. Raquel é casada com o Sr. João. Sem filhos. Padrão familiar tradicional. O Sr. Agostinho é o patriarca da família e sofre com a incapacidade da esposa. Não se verificam conflitos significativos na família. As filhas estão regularmente com a mãe. Mostram preocupação com a mãe relativamente à incapacidade funcional.

Plano: a) Ligar à família para agendar o encontro; b) Marcar dia e hora e acordar a disponibilidade de todos os membros; c) Uma vez que o plano de tratamento envolve a questão da disponibilidade futura dos membros: averiguar essa disponibilidade para as sessões de fisioterapia e o apoio emocional da família durante este período; d) Compreender as necessidades do Sr. Agostinho e o contributo que pode dar; e) Avaliar, junto do fisioterapeuta, as necessidades da Sr.^a D.^a Maria Antónia e estabelecer o plano de tratamento a seguir.

Definir Objetivos

...

Entrevista familiar

Clínico: Bom dia. Sejam todos bem-vindos. Podem entrar e sentar-se. Este é o Terapeuta Nuno que irá realizar as sessões de fisioterapia com a Sr.^a D.^a M.^a Antónia. A sua presença hoje pode ser útil para ajudar a compreender os passos que se seguem à operação, após a alta hospitalar que está agendada, em princípio, para a próxima semana.

*Cumprimentar e
Receber*

*Informar sobre a
presença de outros
profissionais*

...

[O clínico cumprimenta todos os membros da família individualmente e analisa a forma como se dispõem na sala e se relacionam. A Sr.^a D.^a Maria Antónia senta-se na cadeira mais próxima dele.]

*Manter a
proximidade com o
doente*

Clínico: Agradeço a vossa colaboração e a vossa presença. Demonstra precisamente que todos estão interessados na recuperação da Sr.^a D.^a M.^a Antónia e que lhe desejam o melhor. A Sr.^a D.^a M.^a Antónia é muito querida pela sua família...

*Agradecer

Reforçar a
importância da
presença*

Doente: É verdade Sr. Dr., não tenho pelo que me queixar.

Clínico: Seria importante que todos os membros presentes falassem um pouco sobre si e sobre a Sr.^a D.^a M.^a Antónia, para que possa reunir alguma informação sobre a família dos senhores.

*Recolha de
informação sobre os
participantes na
entrevista*

[O clínico recolhe informação demográfica da família e reflete sobre o envolvimento dos seus membros na preocupação atual, atendendo à linguagem utilizada e à demonstração de comportamentos não-verbais].

Clínico: Sr. Agostinho, ainda não o ouvi hoje. Tenho-o visto todos os dias com a esposa na enfermaria... O que lhe parece esta sessão com as suas filhas e os seus genros presentes?

Marido: Concordo, Sr. Dr., sozinho não vou conseguir ajudá-la. Não posso pegar nela sozinho, não sei cozinhar e as minhas filhas sempre me podem ajudar, mas elas não compreendem muito bem que a mãe precise de ajuda. A Raquel está em Aveiro, só vem ao fim de semana e a Ângela está a trabalhar todos os dias... não sei, Sr. Dr.

Clínico: A Sr.^a D.^a M.^a Antónia demonstrou, na última semana, alguma preocupação face ao seu período de recuperação em ambulatório. Neste sentido, concordámos em agendar esta sessão para que todos possam compreender a situação e apoiá-la no seu tratamento. O que é que gostaríamos de ver abordado hoje na sessão sobre a Sr.^a D.^a M.^a Antónia e a vossa família?

Filha (Ângela): Eu gostava de falar com o Sr. Dr. sobre a fisioterapia. Vai ser útil para a minha mãe? Como é que ela ficará recuperada?

Marido: Eu queria saber se é possível irem os bombeiros buscá-la. Seria muito mais fácil para mim, eu não conduzo e a Ângela trabalha de manhã.

...

[Neste momento, os membros da família apontam as suas preocupações, face à alta hospitalar, os genros conversam com as esposas e a Sr.^a D.^a Maria Antónia fala com a filha de quem está mais próxima e que vive com ela. A filha Raquel fala pouco e verifica-se algum sentimento de frustração face à sua distância no período da semana.

Atenção ao não-verbal

O profissional de saúde regista estas preocupações e estrutura os discursos para imprimir alguma ordem na agenda de trabalho para a sessão.]

Monitorização e estruturação da entrevista

Clínico: Hoje vamos então abordar as necessidades da Sr.^a D.^a M.^a Antónia relativamente ao apoio de que necessita nas suas atividades diárias, uma vez que vejo que faz parte das preocupações de todos aqui presentes.

...

Clínico: Seria útil abordar questões associadas à alimentação e à confeção das refeições, como referiu a Sr.^a D.^a Ângela. O Terapeuta Nuno está aqui presente para abordar também as questões associadas às ajudas técnicas e objetos, como o banco para banho e o plano de tratamento e exercícios úteis a efetuar com a Sr.^a D.^a Antónia.

...

[O clínico dá suporte emocional e reforça o contributo de cada membro. Apoiar as preocupações da doente e ampliar a resolução das suas necessidades, caso seja necessário remeter problemas adicionais para outra sessão ou outro profissional de saúde mais especializado na área pretendida.]

Clínico: Sr.^a D.^a Antónia, o que pensa sobre estas ideias? Qual é a sua perspetiva e o que espera que aconteça quando voltar para casa?

...

Clínico: Habitualmente, os membros da família têm perspetivas diferentes sobre o problema. Hoje seria útil que cada um apresentasse a sua perspetiva e a forma como encara este retorno a casa da Sr.^a D.^a M.^a Antónia.

[Procura a intervenção do membro da família que pareça mais distante.]

Objetivos concisos e realistas a partir de preocupações comuns

Foco na condição médica e na compreensão das diferentes perspetivas

Lidar com as Emoções

Discutir o Problema

Conduzir a Entrevista

Clínico: Sr.^a D.^a Raquel, o que pensa sobre a recuperação da sua mãe, o que a preocupa mais?

*Solicitar a
perspetiva de cada
membro*

...

Clínico: Sr. Agostinho, o que lhe parece que poderá vir a colocar maiores entraves ao plano que se pretende estabelecer?

*Encorajar a
participação*

Marido: Antes, eu tinha em casa a minha filha Raquel e agora ela casou e está mais difícil, porque eu tinha-a comigo em casa e da última operação da Antónia, ela ajudou muito, agora só com a Ângela, está mais complicado...

Filha (Ângela): Pai, não digas isso, porque a Raquel até se sente mal, temos que conseguir dar a volta a isto. O João está por casa e pode ajudar...

...

Filha (Raquel): Sim, pai, eu também vou estar ao fim de semana para ajudar; eu venho para cá todos os fins de semana e, assim, damos uma folga à Ângela e ao João...

Clínico: Sr. João, qual é a sua opinião? Há alguma coisa que o preocupe?

Genro: Sr. Dr., eu estou disposto a ajudar a minha sogra. Nós temos uma boa relação, eu realmente posso ajudá-la no que for preciso, se for necessário posso levá-la à fisioterapia se não conseguirmos o transporte dos bombeiros.

[Este período é usado para ajustar o plano de tratamento, analisar os padrões de interação, negociar o plano de tratamento, dar resposta emocional, encorajando à participação de todos os membros, e acrescentar informação

adicional que a família necessite de saber.]

Clínico: Parece-me que todos estão de acordo em encontrar a melhor solução no apoio necessário a dar para a recuperação da Sr.^a D.^a M.^a Antónia. Sabem o que cada um faz melhor e em que é que pode ajudar... Quais são os pontos fortes da vossa família nestas situações? Uma vez que experienciaram uma situação semelhante anteriormente, o que acham que fazem melhor?

Enfatizar objetivos comuns

Pesquisar sucessos e problemas anteriores

Identificar Recursos e Pontos Fortes

[A família tem tendência a resistir a este exercício, mas o profissional de saúde insiste na sua pertinência e importância para o plano de tratamento.]

Clínico: Relativamente à fisioterapia, o Terapeuta Nuno está aqui presente para esclarecer todas as dúvidas. O que gostariam de saber?

Identificar Recursos Clínicos e outros

...

Clínico: Quanto ao transporte, fica então decidido que basta solicitar esse serviço de transporte, vou passar a carta médica.

...

Clínico: Hoje estabeleceram-se algumas funções a assumir pelos membros da vossa família. A Sr.^a D.^a Ângela referiu que irá monitorizar as refeições e o cuidado alimentar da Sr.^a D.^a M.^a Antónia, o que irá ajudar inclusive o Sr. Agostinho, uma vez que é diabético.

Estabelecer o plano terapêutico

O seu genro, Sr.^a D.^a M.^a Antónia, o Sr. João irá ajudá-la no seu dia a dia sempre que precisar, assim como terá o seu marido presente. O seu genro já demonstrou a sua disponibilidade e apoio. A sua filha, Sr.^a D.^a Raquel, está

Resumir áreas consensuais

longe à semana, mas ao fim de semana virá ajudá-la sempre que puder, inclusive na próxima semana tirará uma semana de férias para a apoiar nesta primeira fase.

Os bombeiros poderão fazer o seu transporte e o fisioterapeuta irá mostrar à Sr.^a D.^a M.^a Antónia pessoalmente algumas das ajudas técnicas, como o banco, as muletas e os corrimãos que irão alterar em casa.

Clarificar o papel de cada membro da família

Parece-lhe bem, Sr.^a D.^a M.^a Antónia? E aos restantes familiares?

Resumir e confirmar

...

Clínico: Têm mais alguma questão? ... Terapeuta Nuno, gostava de acrescentar mais algum aspeto?

Encerramento

...

Clínico: Gostaria de agradecer a vossa presença e a motivação para a participação e apoio à recuperação da vossa mãe e mulher. Despeço-me. Sr.^a D.^a M.^a Antónia, amanhã passo na sua enfermaria para ver como está e quando tiramos os seus pontos.

...

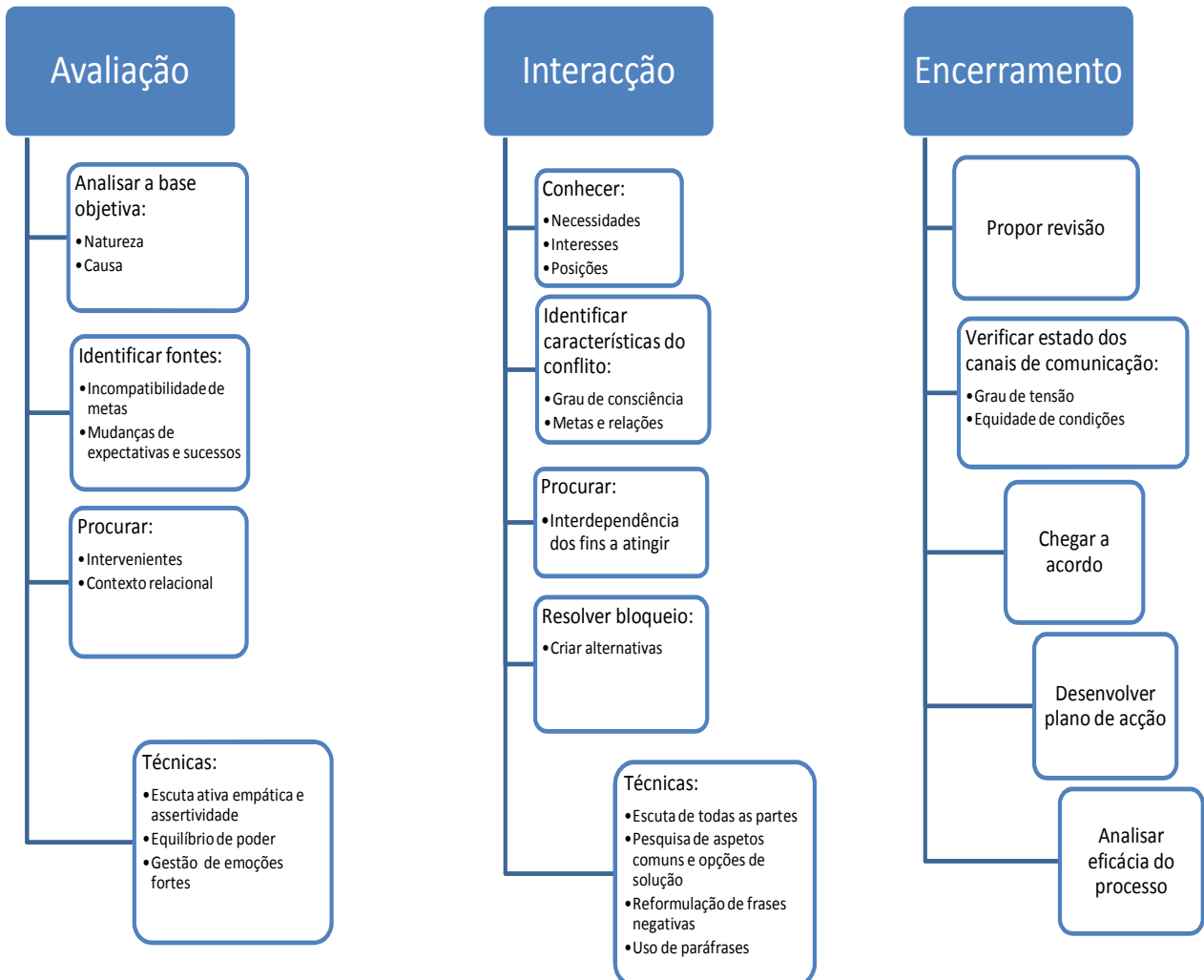
Clínico: Se os senhores acharem conveniente de futuro agendar uma nova sessão, estarei disponível. Até amanhã.

Parte I

B - Gestão de conflitos

ALGORITMO

GESTÃO DE CONFLITOS



Um ou mais conflitos podem surgir entre as pessoas presentes numa entrevista familiar e cabe ao clínico geri-los de forma eficaz, sob pena de ver os benefícios e o sucesso do encontro ameaçados. Quando tais situações emergem, estratégias que possam contribuir para a sua gestão podem assegurar um melhor desenvolvimento da entrevista e possibilitar a aceitação de acordos e subsequente adesão ao tratamento. No processo de tomada de decisão em situação de conflito, procura-se que os objetivos e expectativas do doente e do clínico sejam alcançados.

Para tal, a gestão de conflitos passa pela atenção aos mesmos e disponibilidade para os abordar em três fases: avaliação do conflito, interação entre os participantes e encerramento.

Avaliação do conflito

Inicialmente, o clínico procura conhecer o processo do conflito, a sua dimensão e condições, as suas características e as dos seus intervenientes, a forma como estes se relacionam entre si, a natureza e por fim a causa do conflito.

Analisar a base objetiva do conflito. Natureza e causa.

A análise do conflito pressupõe, desde logo, a identificação da base objetiva e manifesta do mesmo, uma vez que os sintomas ou as expressões presentes podem não refletir fielmente o que está realmente em disputa. O clínico identifica as questões em litígio e procura compreender as necessidades que se encontram no seu cerne. É importante distinguir a natureza do conflito (conflito de *interesses*, *valores* ou *direitos*) e perceber as suas causas (disparidade de *factos*, *perceções*, *valores*, *crenças fundamentais*, *objetivos* ou *métodos* para se atingirem determinados fins).

Identificar fontes do conflito

Relacionado com o ponto anterior, importa depois procurar e identificar as fontes do conflito, ou seja não só os motivos pelos quais o conflito surgiu como igualmente as circunstâncias que conduziram ao seu aparecimento. Pode haver metas ou objetivos incompatíveis, por exemplo, ou ter havido uma mudança de expectativas ou sucessos, etc.

O clínico ouve todas as partes, evitando o monopólio da entrevista por algum dos membros, e procura prevenir o sentimento de injustiça, tornando o processo de decisão mais eficaz.

Procurar os intervenientes do conflito

O clínico procura avaliar o número de indivíduos envolvidos no conflito, verificar como se relacionam entre si e o contexto em que estão inseridos, qual o seu contributo para a questão e a influência sobre o processo.

Para tal, o clínico questiona todos os membros a fim de obter uma interpretação individual tão clara quanto possível das preocupações expressas.

Competências de intervenção

Na fase de avaliação do conflito, duas competências de comunicação são fundamentais: a escuta ativa, empática mas assertiva, e a gestão de emoções fortes.

Através da escuta ativa, o clínico demonstra atenção e calor afetivo, respeita o comportamento de cada um e estabelece aliança e apoio, no sentido de mostrar vontade em colaborar na resolução do conflito^b.

Com a gestão de emoções, o clínico responde e maneja as emoções no momento em que elas se manifestam, expressando-as, legitimando-as, explorando a sua origem e adaptando a sua resposta^c.

Além disso, é muito importante que o clínico procure, de modo assertivo, promover o equilíbrio de poder entre os intervenientes, para que nenhum monopolize a entrevista.

Interação entre os participantes

Não deixando de ser ainda uma análise ao conflito, esta segunda fase é mais avançada e revela as características das interações entre os intervenientes, permite procurar possíveis interdependências de fins, superar bloqueios e vislumbrar canais de comunicação eficazes, ao mesmo tempo que prepara as potenciais propostas de resolução.

Conhecer necessidades, interesses e posições em conflito

Uma vez efetuada a análise e avaliação do conflito, o clínico, que até agora foi um ouvinte atento e um gestor relacional, inicia a sua intervenção como moderador. Afirma aos participantes estarem perante um problema de comunicação ou perante o aparecimento de um conflito, que deve ser trabalhado antes de o processo continuar,

^b Ver abordagem deste tema no capítulo: *Entrevista Focada no Doente*.

^c Ver abordagem deste tema no capítulo: *Lidar com Emoções Fortes*.

e reconhece que a situação é geradora de ansiedade e requer tempo para ser ultrapassada. Verifica o grau de compreensão das partes acerca das necessidades, interesses e posições em conflito, verbaliza-as e clarifica-as, podendo até identificar fontes de aconselhamento adicional.

Identificar as características do conflito

A moderação prossegue com a verbalização, discussão, interiorização e consciencialização das características do conflito, consciencialização esta que depende da compatibilidade de metas e comportamentos relacionais.

O clínico aborda a interação comunicativa a intensidade do conflito, os comportamentos dos intervenientes e o seu grau de relacionamento extraconflito. O resultado esperado é que as partes envolvidas fiquem conscientes de si próprias como entidades coletivas e autónomas, se sintam insatisfeitas com o estado atual da situação e acreditem que podem reduzir esta insatisfação com a concessão conjunta de certos aspetos e o acordo nos aspetos fulcrais que respondam às necessidades, valores, interesses, direitos e objetivos comuns.

Procurar a interdependência dos fins a atingir

É necessário que os intervenientes do conflito reconheçam e aceitem que estão numa situação de conflito para que se disponham a uma resolução consensual. Passa-se posteriormente à procura de opções de solução que sejam mutuamente aceitáveis para os fins a atingir.

As partes envolvidas, assim apoiadas, reconhecem o seu direito e legitimidade para apresentarem as suas preocupações e o clínico mantém-se disposto a defender as necessidades fundamentais dos membros, iniciando um intercâmbio de dependência mútua. Dá oportunidade para que as partes envolvidas exponham o seu ponto de vista face ao problema e avalia a sua compreensão do mesmo, concedendo tempo para que sejam colocadas questões específicas.

O clínico pode então expor a sua compreensão do problema, resumindo os aspetos em interdependência, e pedir esclarecimentos específicos que não tenham sido obtidos até ao momento.

Resolver o bloqueio

É o momento de elaborar um plano de gestão do conflito, ou seja, negociar o estabelecimento de um compromisso entre as partes que possibilite acordo satisfatório e viável. Os intervenientes no conflito efetuam concessões mútuas e procuram um

acordo que satisfaça a todos. A resolução do bloqueio passa portanto pela criação conjunta de alternativas.

O clínico ouve todas as partes envolvidas, considerando as suas prioridades, evita posturas defensivas, na explicação e resposta ao problema, e providencia informação clara, validando experiências e emoções emergentes.

Competências de intervenção

Na fase de interação, torna-se fundamental que o clínico adote um estilo de comunicação empático e assertivo, empático na aceitação, compreensão e legitimação das vivências em confronto, e assertivo no controlo e moderação do diálogo, dando iguais oportunidades de expressão e decisão e regulando hierarquias, poderes, alianças e rejeições grupais. Ser empático com os membros envolvidos não significa concordar com as suas opiniões. O clínico recorre ao uso de paráfrases e reformulações, escutando as partes envolvidas e fazendo perguntas. Sempre que um avanço seja alcançado, é importante fazer uma síntese da situação.

O clínico mantém um comportamento de neutralidade e escuta de todas as partes envolvidas, com o objetivo de proteger os seus direitos à participação e exposição de opiniões. E centra-se na procura de soluções e alternativas focadas nos interesses e prioridades das partes, cultivando o sentido de humor mas zelando pela eficácia dos resultados.

Encerramento

Propor revisão

A revisão do processo prevê a confirmação do acordo entre as partes e a clarificação das prioridades. O clínico agradece aos membros envolvidos a sua honestidade e o investimento pessoal. Propõe uma reflexão sobre o conflito, ouvindo novamente todas as partes envolvidas e verificando a integração construtiva das divergências, confirmando o acordo estabelecido.

Verificar o estado dos canais de comunicação

O clínico procede a uma avaliação pessoal do estado do processo. Verifica se a comunicação estabelecida entre as partes envolvidas é clara e objetiva. Ao fazer este mapeamento, assegura-se de que os canais de comunicação estão abertos, certificando-se da congruência entre verbal e não-verbal. A estrutura comunicacional deve evidenciar a dissipação do conflito através do desaparecimento dos sinais que

permitem interpretar o nível de confrontação do conflito (tensão e inquietação). Verifica ainda a equidade de condições e o equilíbrio de poder entre os membros.

Chegar a acordo

Fazendo uso da relação terapêutica construída na gestão do conflito, o clínico confirma o sucesso do processo e reconhece, com as partes envolvidas, que a comunicação das preocupações promove a mudança e permite estabelecer acordos satisfatórios para todas as partes. Resume as áreas consensuais e estabelece os próximos passos.

Desenvolver planos de ação

O clínico ajusta propostas e tarefas com os membros, promovendo a confiança e atribuição de papéis. No entanto, esta gestão pode ser efetuada para cada um dos membros envolvidos, no caso de persistirem problemas de comunicação entre os membros. Expor as suas preocupações e fornecer informação permite a convergência para o bem-estar do doente, prevenindo a pressão emocional e maximizando a aliança terapêutica.

Analisar a eficácia do processo

Por fim, os membros são encorajados a expressarem as suas preocupações, caso voltem a surgir, uma vez que nem todas as situações de conflito são resolúveis numa sessão. Ainda que o clínico e os membros envolvidos clarifiquem os seus pontos de vista durante a gestão do conflito, há diferenças que podem permanecer.

É fundamental recordar aos membros presentes que as divergências fazem parte dos relacionamentos interpessoais e que a ansiedade associada à condição de doença geralmente as despoleta de uma forma mais evidente. O clínico mostra disponibilidade e clarifica informação prévia, evitando cair em solicitações falsas, excessivas, ou de última hora.

Fundamentação

O conflito emerge das relações entre indivíduos. Ocorre quando pelo menos uma das partes envolvidas tem consciência da presença de discrepâncias percecionadas como incompatíveis.¹ Trata-se de uma divergência de interesses percebida ou a crença de que as aspirações atuais das partes não podem ser alcançadas em simultâneo ou não são compatíveis.² Duas ações são incompatíveis quando a

presença de uma inibe, obstrui, interfere ou torna a outra menos eficaz. Ainda assim, o conflito pode emergir quando não existe incompatibilidade de interesses: dois membros de uma equipa clínica podem entrar em conflito por divergências no tratamento de um doente, embora os seus objetivos sejam comuns.³ O conflito constitui uma divergência de perspetivas, percebida como geradora de tensão, e os aspetos que constituem uma fonte potencial de conflito requerem interação ou coordenação de esforços, impelindo à ação.³

As consequências negativas de um conflito podem ser várias: a comunicação com o doente ou membros de família torna-se ineficaz porque os canais de comunicação não são utilizados para o fim clínico desejado mas antes para a alimentação do conflito; a resolução do conflito é sentida como uma questão de força, as partes envolvidas vivem lutas internas pelo poder, o que aumenta a sensibilidade às diferenças e diminui a consciência das afinidades, e as relações deterioram-se, ameaçando a coesão do grupo.⁴ Quando demasiado intenso, o conflito produz ansiedade, frustração, hostilidade e bloqueio de aspirações. No pólo oposto, o nível de conflito pode ser insuficiente e conduzir a estagnação. Contudo, quando o nível de conflito é suficiente, pode contribuir para a procura de soluções criativas para os problemas,^{3, 5} estimulando a mudança. Num processo de conflito, os intervenientes tomam decisões tendo em conta a interpretação que fazem da situação, a experiência anterior, as necessidades e a ativação emocional. Na resolução deste processo, o respeito pela autonomia do doente tem um papel central na definição da relação clínica.⁶

Comunicar corretamente com o doente e com os membros da família e mediar diferenças de opinião são estratégias de prevenção de conflitos. É, portanto, crucial que os profissionais de saúde possuam competências de gestão de conflitos.⁷ As divergências que surgem durante uma situação clínica podem relacionar-se com o doente individual, com a relação clínico-doente, com a família, com as crenças de saúde ou com questões económicas e políticas.⁸ Desenvolver bons hábitos de comunicação requer que os clínicos elaborem alternativas às causas e soluções dos problemas e promovam uma atitude de questionamento constante que permitirá desenvolver o pensamento crítico no contexto clínico. Analisam-se os interesses comuns e os que estão em conflito e explanam-se ideias para chegar a um acordo. O sucesso é maior quando é salientada a área de acordo entre as partes.⁹

É necessário efetuar um reconhecimento precoce de que o grupo está perante um conflito, para que o clínico possa planear ativamente a forma de o gerir. O doente

tenta frequentemente que o clínico tome o seu partido. No entanto, este deve proceder à escuta ativa de todas as partes envolvidas. As alianças que o doente procura criar com o clínico como compensação pela presença do conflito ou de dificuldades (alianças compensatórias) podem não ser automaticamente reconhecidas. Instaurar a comunicação direta entre os membros ajuda ao reconhecimento de tais alianças. É também importante reconhecer as diferenças entre os membros envolvidos e evitar respostas defensivas, para que o doente não se sinta desencorajado.¹⁰

Ao longo de todo o processo de conflito, o clínico procura manter uma perspetiva objetiva das variáveis constituintes do mesmo no sentido de compreender as perceções de cada membro nele envolvido, para poder quebrar barreiras que inibem ou prejudicam a comunicação entre as partes. É necessário que reconheça as motivações e interesses de todos. As técnicas de comunicação, essenciais em todo o processo, centram-se também no estabelecimento de credibilidade perante a outra parte e da confiança na resolução das diferenças. Ao abordar o problema, o clínico contempla os diferentes pontos de vista, para que as partes compreendam claramente a postura e motivos da outra parte, através da utilização de comunicações precisas e adequadas, tanto a nível verbal como não-verbal. Durante o intercâmbio, o clínico situa os participantes numa mesma posição, permitindo que as partes apresentem claramente os seus objetivos e sentimentos. Ao longo do processo, vai confirmando a situação, para garantir a clara interpretação das preocupações que são expressas. Visto que a gestão de um conflito supõe um processo e não um procedimento estático, é importante reavaliar o próprio comportamento na resolução do conflito e adaptá-lo às necessidades de interação.

Avaliação do conflito

A primeira fase de gestão do conflito – fase de Avaliação – tem já em vista a maximização das vias de resolução e as possibilidades estratégicas de obter êxito neste processo. O esclarecimento da natureza e causa do conflito é importante porque, dependendo do tipo de conflito (interesses, valores ou direitos), escolhe-se o modo facilitador de abordagem.¹¹ Enquanto os conflitos de interesses são facilmente resolvidos porque são encarados como meios de resolução de necessidades, os conflitos de valores apresentam maiores dificuldades porque decorrem de crenças, dilemas éticos ou culturais (por exemplo, um doente assina protocolo de não reanimação e a família discorda desta norma).¹² Os conflitos de direitos ocorrem face a uma interpretação ou aplicação de normas ou regulamentações, assim como solicitações de modificação de novos hábitos de vida (por exemplo, a adesão a nova

dieta alimentar ou à cessação tabágica). Face a este tipo de conflito, propõe-se uma solução a longo prazo que implique o consenso, na igualdade de direitos, e a realização de acordos aceitáveis.

Conhecer a base do conflito maximiza a criação de uma análise objetiva, na qual constem a identificação de diferentes opções de resolução que ofereçam soluções reais e perduráveis no tempo. Quando o conflito tem uma base de acordo – conflito consensual – há semelhanças entre necessidades e valores dos seus intervenientes e as partes envolvidas desejam uma solução para o problema. O consenso é assim a base da cooperação no conflito instalado. Por outro lado, no conflito dissensual, a via de solução diverge. Neste caso, procurar o consenso gera confronto, e o profissional de saúde procura criar tolerância e empatia na busca de soluções desejáveis.

A identificação da base de um conflito oferece também ao clínico uma maior compreensão da sua amplitude e intensidade. Facilita a concretização da busca de uma meta e a convicção e esperança de que os esforços avançam no sentido dos objetivos desejados.

Se as metas explícitas são desenvolvidas com clareza, podem também existir metas implícitas, que geralmente advêm de questões pouco formuladas ou expressões indiretas. Por isso, é conveniente a criação de um trabalho de reflexão e análise que permita diferenciar entre necessidades e valores em conflito e entre os interesses e posições dos intervenientes na expressão das suas necessidades.

Quanto maior for o número de pessoas e instâncias a tomar decisões de forma conjunta, maior será a possibilidade de situações conflituais, devido à formação de coligações. Uma técnica de análise do conflito é o mapeamento,¹¹ que situa os intervenientes do conflito e as suas relações. O mapeamento funciona como uma fotografia da situação conflituante num determinado momento. Mostra as diferentes partes que intervêm no conflito, torna visíveis os intervenientes que participam indiretamente e esclarece as relações de forma gráfica. O mapeamento, que deve conciliar os diferentes pontos de vista, permite objetivar (1) intervenientes internos e forças externas, (2) mediação e suas relações, (3) em que momento do conflito se está, (4) que modelo de conflito existe e (5) que pontos de vista se confrontam. Esta técnica permite aprofundar as motivações das partes para agirem de determinada maneira. O clínico inclui ainda no mapa o lugar que ocupa na situação e representa os diversos grupos que intervêm no conflito.

Outros elementos que permitem caracterizar os intervenientes são o grau de adesão e de organização. O grau de organização manifesta-se nas capacidades de

ação do grupo e na comunicação estabelecida entre os seus membros. A comunicação adequada e eficaz favorece o sentido de identidade comum e o reconhecimento de metas compatíveis.

Interação entre os participantes

Após a avaliação das componentes do conflito, é fundamental partir para a fase seguinte – fase de Interação – em que se examina a instauração do conflito. A explicitação das necessidades, interesses e posições dos intervenientes permite identificar os elementos que geram conflito, assim como as relações não conflituantes entre as partes. A empatia é uma estratégia fundamental desta etapa, para a descoberta dos aspetos convergentes e vias de solução possíveis.

A atenção a um conjunto de sinais (tensão e inquietação dos intervenientes, demonstrações constantes de insatisfação, ausência de canais de comunicação, manifestações de desagrado por não se sentirem ouvidas, etc.) permite ao clínico interpretar o grau de confrontação presente no conflito. Para tornar o conflito produtivo, o clínico reconhece e aceita que uma situação de conflito está presente, reconhece o direito e a legitimidade de as partes apresentarem as suas necessidades e interesses e mantém-se disposto a defender os interesses fundamentais de todas as partes para que se inicie a criação de um acordo mutuamente aceitável. A procura da interdependência dos fins a atingir centra-se na identificação dos elementos em comum, permitindo a procura de uma solução positiva para o conflito.

As estratégias para a gestão de um conflito são analisadas em função das condições particulares desse conflito. Mas existem requisitos necessários à sua execução,¹³⁻¹⁴ como a criação de uma relação ou espaço para trabalhar o conflito (construção de um consenso mínimo) e a utilização de um método de resolução de conflito, baseado na satisfação dos próprios interesses e na dos outros.¹⁵⁻¹⁸ A resolução do problema deve incluir a sua definição, a criação de soluções a partir da discussão de ideias, a negociação, a tomada de decisão e a implementação de uma solução.¹⁹ Identificam-se os campos de ação onde é necessário agir para se obter uma solução perdurável do conflito. Reconhecem-se os recursos e capacidades existentes e utilizam-se mecanismos que aproximem as partes, construindo bases de acordo satisfatórias – sendo que as opções serão definidas em função das características específicas do conflito. Porque diferentes intervenientes se articulam na resolução positiva do conflito, procura-se construir alianças e redes de apoio e aumentar os recursos potenciais para atender às necessidades futuras que a solução do conflito exige. Durante este processo, o profissional de saúde mantém-se flexível e

focaliza a abordagem do conflito nas necessidades, não nas posições adotadas pelos membros. Isto requer ênfase nos pontos comuns e criatividade nas alternativas fornecidas, para que se possam alcançar acordos claros.¹¹

Avaliado o conflito e uma vez iniciada a interação entre as partes, moderada pelo clínico, na progressiva consciencialização do processo e da natureza do conflito, torna-se pertinente esclarecer e acordar as regras e procedimentos necessários à gestão do mesmo. A troca de informação foca-se então nas necessidades, motivações e perspectivas das partes, através de perguntas adequadas, escuta ativa e observação de atitudes. A discussão de ideias constitui uma oportunidade para encontrar os elementos passíveis de acordo, os âmbitos de convergência e de divergência. Cada parte apresenta aquilo que está disposta a conceder, procurando um conjunto de opções mutuamente aceitáveis. É fundamental promover um trabalho criativo que resulte em opções variadas, ampliando todo o tipo de possibilidades a partir de diferentes perspectivas, específicas ou gerais. Para facilitar o processo de gestão, é conveniente efetuar um registo dos pontos de consenso, das diferenças, alternativas e assuntos pendentes, para que possam ser sistematizados os avanços alcançados.

Encerramento

Na última fase – fase de Encerramento – o clínico insiste na criação de objetivos para que haja resultados justos e sustentáveis para todas as partes. Integrar necessidades e propor soluções criativas são estratégias desejáveis e eficazes. Ao mesmo tempo, o clínico mantém abertos os canais de comunicação num ambiente favorável à interação. Rever e resumir as expectativas e decisões das partes permite um retorno à comunicação espontânea, que facilita a reciprocidade e a colaboração, gera confiança, favorece a criação de um ambiente flexível e a procura de alternativas de benefício mútuo.¹¹

Considerações finais

Em resumo, proceder a uma comunicação adequada, criar alternativas de benefício mútuo e fazer pausas sempre que necessário, para rever e avaliar propostas e novas soluções, são estratégias a implementar. A procura de benefícios comuns implica identificar e explicitar interesses partilhados, interpretá-los como oportunidades e buscar a complementaridade nas diferenças de interesses e de valores. Quando as partes envolvidas chegam a um compromisso aceitável de concessões mútuas,

propõe-se o momento de fazer o acordo. É fundamental assinalar os compromissos de todas as partes, para evitar problemas de interpretação futuros, e resumir o que cada uma conseguiu, enfatizando as vantagens para todas, pela execução do acordo. O plano de ação é estabelecido através do processo criativo de formulação de propostas, para que possa estar presente uma diversidade de alternativas sobre as quais irá recair a escolha. A compreensão do ponto de vista do outro, salvaguardando sempre os interesses fundamentais das partes, facilita o acordo.

Para garantir o cumprimento deste acordo, é conveniente que se estabeleçam mecanismos de acompanhamento e de avaliação de eficácia, com verificação da mesma, para que as partes possam confiar nos prazos e responsabilidades estabelecidas. Aqui, pode surgir uma nova etapa de pré-conflito, caso o acordo alcançado não seja cumprido ou o seja apenas parcialmente, que deve ser prevenida. É pois importante definir mecanismos que regulem este acompanhamento, encorajando ao diálogo para a eficácia do processo. Definem-se explicitamente os responsáveis, os prazos e os compromissos concretos, com precisão suficiente para que ambas as partes mantenham íntegras a sua confiança e determinação no processo.

Leitura aconselhada

West MA, Tjosvold D, Smith KG. International handbook of organizational teamwork and cooperative working. Chichester: John Wiley & Sons; 2003.

Jeong H-W. Conflict management and resolution : an introduction. London: Routledge; 2010.

Referências

1. Boulding KE. Conflict and defense : a general theory. Lanham ; London: University Press of America; 1988.
2. Pruitt DG, Kim SH, Rubin JZSc. Social conflict : escalation, stalemate, and settlement. 3rd ed. / Dean G. Pruitt, Sung Hee Kim. ed. Boston ; London: McGraw-Hill; 2004.
3. West MA, Tjosvold D, Smith KG. International handbook of organizational teamwork and cooperative working. Chichester: John Wiley & Sons; 2003.

4. Deutsch M. The resolution of conflict : constructive and destructive processes. New Haven ; London: Yale University Press; 1973.
5. Dreu CKWd, Vliert Evd. Using conflict in organizations. London: SAGE; 1997.
6. Tjosvold D. The conflict-positive organization : stimulate diversity and create unity. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co; 1991.
7. Fetters MD, Churchill L, Danis M. Conflict resolution at the end of life. Crit Care Med. 2001 May;29(5):921-5.
8. Yamada S, Greene G, Bauman K, Maskarinec G. A biopsychosocial approach to finding common ground in the clinical encounter. Acad Med. 2000 Jun;75(6):643-8.
9. Lachman VD. Breaking the quality barrier: critical thinking and conflict resolution. Nurs Case Manag. 1999 Sep-Oct;4(5):224-7.
10. McDaniel SH. Family-oriented primary care. 2nd ed. New York: Springer; 2005.
11. Saraiva DG. Manual de instrumentos para a gestão de conflitos. A.C.: Centro de Servicios Municipales "Heriberto Jara"; 2000.
12. Murphy C, Sweeney MA. Conflict resolution with end of life decisions in critical care settings. Medinfo. 1995;8 Pt 2:1696.
13. Deetz SA, Stevenson SL. Managing interpersonal communication. New York ; London: Harper & Row; 1986.
14. Robert M. Managing conflict from the inside out. Austin, Tex.: Learning Concepts ; San Diego, Calif. : Distributed by University Associates; 1982.
15. Baumeister RF, Vohs KD. Handbook of self-regulation : research, theory, and applications. New York ; London: Guilford Press; 2004.
16. Covey SR. The 7 habits of highly effective people. New ed. ed. London: Simon & Schuster; 2004.
17. Fisher R, Ury W. Getting to yes : negotiating and agreement without giving in. 2nd ed. London: Century Business, 1992; 1991.
18. Walton RE. Managing conflict : interpersonal dialogue and third party roles. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.; 1987.

19. Toplak ME, Connors L, Shuster J, Knezevic B, Parks S. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2008 Jun;28(5):801-23.

Exemplo clínico

Manuel Silva, 63 anos, reformado, diabético de tipo II desde os 57 anos. Iniciou tratamento com insulina na consulta anterior. Vem á consulta com a mulher, a Sr.^a D.^a Maria Fátima, 58 anos, doméstica, sem história médica relevante, que solicitou esta consulta com o médico, uma vez que o marido não tem cumprido o plano de tratamento estabelecido.

Preparação com o doente

Clínico: Sr. Silva, como está? Como têm corrido estas duas últimas semanas?

Doente: Mal, Sr. Doutor. Eu não gosto de comer sempre vegetais, a minha esposa tem sido muito rigorosa e não nos temos entendido quanto às refeições.

Clínico: Isso é muito importante e iremos voltar a esse assunto daqui a pouco. E as caminhadas, Sr. Silva, tem feito as duas caminhadas que estabelecemos por semana?

Doente: Não, Sr. Doutor. Também não quero fazer a caminhada. Cansa-me muito e eu não gosto, está muito calor e à noite é que não vou mesmo.

Clínico: Vejo que tem sido difícil cumprir na totalidade o plano que estabelecemos na última consulta. Seria importante, Sr. Silva, que continuasse motivado nesta nova fase em que introduziu a insulina. Como tem corrido o tratamento?

Mulher: Doutor, ele não tem sido um doente muito fácil. O meu marido não quer cumprir o que combinámos aqui da última vez. E temos discutido muito porque não consigo mostrar-lhe o que é importante.

*Análise da base
objetiva do conflito*

*Identificação das
fontes de conflito*

Clínico: Sr. Silva, qual é a sua opinião?

Doente: Doutor, eu não penso assim. Eu faço, mas às vezes esqueço-me. E a Fátima está sempre a dizer-me que assim não pode ser e quer obrigar-me. Eu não quero que ela venha comigo aqui às consultas, mas ela insiste que se não for ela que eu não vou cuidar de mim.

...

Clínico: Quando combinámos na consulta anterior estabelecer alguns objetivos para cumprir, falámos no que seria apropriado para si e ponderámos aquilo que seria capaz de fazer. Como sabe, é muito importante nesta fase que cumpra o procedimento de injetar a insulina as quatro vezes por dia e manter a dieta alimentar.

...

Doente: É bom que cheguemos a um consenso. Todos queremos o melhor para o Sr. Silva. O que lhe parece a si, Sr.^a D.^a Fátima?

Assertividade

Mulher: Sr. Doutor, não sou só eu que penso assim. As filhas também estão fartas de lhe dizer que ele tem de nos ouvir!

*Definição dos intervenientes
(escuta ativa empática)*

Interação

Equilíbrio de poder

Clínico: Eu compreendo a preocupação que todos têm com a saúde do Sr. Silva. Agora é necessário que o Sr. Silva também o compreenda. ...

Doente: Eu sei, Doutor, mas eu não quero ir caminhar. Eu sinto-me cansado, prefiro estar em casa. O que eu posso fazer, e isso já tenho cumprido, é deixar de comer uma regueifa inteira sozinho ao domingo de manhã. Mas eu gosto da minha cerveja de tarde e também de comer um bolo ao lanche.

Conhecimento das necessidades, interesses e posições em conflito

Mulher: O problema está na alimentação, Doutor. Conforme explicou muito bem há duas semanas, a insulina não tem sido o maior dos problemas. Ele até já está habituado e trata do estojo e pede à filha para lhe trazer da farmácia as tiras para pôr na máquina e medir os diabetes e com a caneta injeta a insulina. Só se esqueceu duas vezes, mas eu estava de olho e lembrei-lhe. Ele estava distraído com o futebol.

Identificação das características do conflito (paráfrase – reformulação)

Clínico: Pelo que percebi, então tem corrido bem o tratamento com a insulina. A divergência está na alimentação, é isso?

Doente: Sim, Doutor, é isso mesmo. Só que nós não estamos de acordo. Eu acho que até tem corrido bem e que com a insulina as coisas andam muito melhor!

...

Clínico: Sendo assim, o que é que o Sr. Silva considera que seria útil para o poder ajudar?

...

Clínico: E a D. Maria Fátima, o que pensa sobre isto?

...

Clínico: Sugiro pedir a ajuda de um nutricionista que possa ajudar a definir de modo mais claro a alimentação adequada e entre os dois assumam o compromisso de tentar chegar a acordo sobre a quantidade de comida, Sr. Silva, o que lhe parece?

Doente: Isso era o ideal. Assim, a Fátima já ficava mais descansada e eu não estava sempre nervoso, o que me dá ainda mais fome!

Mulher: Doutor, eu também ficava mais descansada. Eu garanto-lhe que ele se vai portar melhor se tivermos um

plano a cumprir a nível alimentar, se não não adianta nada. Se ele ficou pior e tivemos que passar para as injeções, então eu também gostava que ele tivesse mais cuidado. Isto tem-me cansado muito. Eu fico muito nervosa. Tenho medo que lhe aconteça alguma coisa!

Clínico: O que pensa sobre o que a sua mulher disse, Sr. Silva?

...

Clínico: É natural que com estas mudanças na vossa vida sintam alguma ansiedade. Trata-se de uma adaptação complicada e que exige a compreensão e a colaboração de todos, quer do Sr. Silva, quer da família, especialmente da Sr.^a D.^a Fátima. É comum recorrer a um nutricionista que ajude nesta gestão complicada. Sentir-se-ão mais descansados. Terem vindo cá hoje expor esta preocupação foi um passo importante para a resolução do problema. Vamos agendar uma consulta com o nutricionista, o Dr. Melo. Qual seria o momento mais apropriado Sr. Silva?

Mulher: Ainda esta semana, Doutor?

Doente: Pode ser.

Clínico: Parece-lhe bem?

Doente: Sim, se isso permitir melhorar a minha vida, sim, claro.

Encerramento

Clínico: Muito bem. ... A prioridade atual é efetivamente o Sr. Silva sentir-se bem. Procurarem esclarecer e compreender os vossos pontos de vista face ao momento de refeição irá ajudar-vos na compreensão de um plano

Procura de interdependência dos fins

Validação das emoções

Pesquisa de aspetos comuns e opções de solução (colaboração e confrontação)

Resolução do bloqueio

Proposta de revisão

Criação de

alimentar negociado na consulta de Nutrição. Estarei presente para que possamos juntos encontrar as condições mais apropriadas.

objetivos

Verificação dos canais de comunicação

Mulher: Sim, Doutor. Eu saio daqui muito mais descansada. E o Manuel penso que também.

Doente: Fátima, eu percebo que me queiras ajudar e acho que assim vai ser mais fácil. O Doutor arranjou aqui uma solução, porque assim eu posso dizer aquilo que gosto de comer.

Chegada a um acordo

Clínico: Sim, Sr. Silva, compreenda que este processo é para se manter ao longo do tempo e que, tal como a Sr^aD.^a Fátima está a tentar ajudá-lo e compreendê-lo, é importante que o Sr. Silva faça o mesmo, procurando o melhor para o seu bem-estar.

Criação de alternativas de benefício mútuo

...

Doente: Sim, Doutor, eu vou daqui mais descansado.

Clínico: Isso é muito importante. Eu compreendo as vossas dificuldades e se, futuramente, não conseguirmos atingir o melhor, continuaremos a tentar. Podemos agendar uma nova consulta para daqui a um mês para nova avaliação?

Doente: Sim, Doutor, gostava muito. Acho que foi bom termos vindo aqui hoje. Eu nem queria vir, mas vou muito mais tranquilo.

Mulher: Doutor, mas antes temos o nutricionista?

Desenvolvimento de planos de ação

Clínico: Sim, Sr.^a D.^a Fátima. O Sr. Silva irá agora à consulta de Nutrição e, daqui a um mês, novamente aqui, avaliaremos a evolução da dieta. Parece-lhe bem?

Análise da eficácia

Mulher: Sim, Doutor, agradeço-lhe muito a sua atenção.

Clínico: Muito bem. Queria dizer-vos que, de qualquer forma, até lá, se surgir alguma questão ou alguma dúvida, que me contactassem para que possamos antecipar a consulta.

Doente: Obrigado, Doutor.

Clínico: Até Sexta-feira. Um bom dia. E resto de boa semana.

Parte II

Artigo de Investigação

*Understanding empathy in medical and psychology
undergraduate students: a comparative study*

Resumo

A empatia é uma competência de comunicação clínica de extrema relevância no ensino pré-graduado. Os autores propõem estudar a sua interação com as características sociodemográficas e acadêmicas e o bem-estar subjetivo, comparando dois grupos de estudantes de ensino pré-graduado: estudantes de medicina e estudantes de psicologia.

324 participantes, 203 do curso de medicina e 121 do curso de psicologia do primeiro ano completaram um questionário autoaplicado que incluiu o Índice de Reatividade Interpessoal, a Escala de Satisfação com a Vida e a Escala de Afetos Positivos e Negativos. Os resultados nos níveis de empatia foram comparados entre ambos os cursos, tendo em conta as características acadêmicas dos estudantes: o número de anos de escolaridade completos, a nota de admissão, o número de opção de candidatura, a frequência do ensino superior pela primeira vez, serem trabalhadores estudantes e o bem-estar subjetivo. A análise estatística foi usada para determinar associações entre os níveis de empatia e as características dos estudantes. A consistência interna das medidas de empatia e bem-estar subjetivo variou entre 0,72 e 0,86. Os estudantes de medicina apresentam níveis inferiores de empatia relativamente aos estudantes de psicologia, em todas as dimensões estudadas ($p < 0,01$). No entanto, os estudantes de medicina estão mais satisfeitos com as suas vidas ($p < 0,01$). Não se encontraram correlações significativas entre as características académicas e os níveis de empatia, para ambos os grupos. Todas as dimensões de empatia estão significativamente correlacionadas com o bem-estar subjetivo para os estudantes de medicina. Para os estudantes de psicologia, apenas a dimensão emocional da empatia (desconforto pessoal e preocupação empática) se correlacionou com o bem-estar subjetivo ($p < 0,05$). As mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens em todas as dimensões de empatia e bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo constitui-se como um preditor significativo da empatia, especificamente nas dimensões de desconforto pessoal e preocupação empática. Os autores confirmaram a existência de uma interação entre a empatia e o bem-estar subjetivo, que se demonstrou mais evidente para os estudantes de medicina. A necessidade de expandir a investigação nesta área, alargando a comparação entre grupos e considerando a combinação entre aspetos contextuais e de personalidade poderá contribuir para a promoção da compreensão da empatia.

Understanding empathy in medical and psychology undergraduate students: a comparative study

Joana Ferreira and Ivone Castro-Vale, MD

Dr. Ferreira is psychologist, master's degree student of Clinical Communication, Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental and research project collaborator, Departamento de Epidemiologia, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal.

Dr. Castro-Vale is psychiatrist, teaching assistant and investigator, Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal.

Correspondence should be addressed to: Dr. Joana Ferreira, Medical Psychology Unit, Department of Clinical Neurosciences and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Porto, Al. Prof. Hernâni Monteiro 4200-319 Porto, Portugal; telephone: +351225513672; fax: +351225513673; e-mail: joanascferreira@gmail.com

Abstract

Purpose: Empathy is one of the most important communication skills in preclinical years. The authors purpose to study how empathy interacts with sociodemographic, academic characteristics and subjective well-being (SWB), comparing two groups of medical (MS) and psychology (PS) undergraduate students.

Method: 324 respondents, medical (203) and psychology (121) first-year students completed a self-reported questionnaire which included the Interpersonal Reactivity Index (IRI), the Satisfaction with Life Scale and the Positive and Negative Affect Schedule. Empathy scores were computed with complete school years, admission scores, application form option, first time in college, working simultaneously and SWB, comparing group's program. Statistical analysis was used to determine associations between empathy scores and student's characteristics.

Results: Internal consistencies of empathy and SWB measures ranged between .72 and .86. MS score lower than PS in all IRI dimensions ($p < .01$). However, first-year MS feel more satisfied with their lives ($p < .01$). No significant correlations were found between academic characteristics and empathy, for both groups. All empathy dimensions were correlated with SWB for MS ($p < .05$). For PS, only the emotional empathy dimensions (personal distress and empathic concern) correlated with SWB ($p < .05$). Women score higher than man in empathy scores and SWB. SWB constitutes a significant predictor of empathy, especially for empathic concern and personal distress dimensions.

Conclusions: The authors found support for the interaction between empathy scores and SWB, more evident for MS. The need of expanded investigation and enlargement comparisons, analyzing contextual and personality traits could supply enhanced empathy understanding.

Introduction

Empathy is a professional characteristic of high relevance in clinical settings.¹ It has been conceptualized by Davis² as “*the reactions of one individual to the observed experiences of another*”, based on a multidimensional approach and suggesting its development across time. Diverse definitions describe a natural profile for being empathic that could be heightened by training, through teaching interventions to endorse empathic ability.³ As a personality feature, it’s a desirable communication skill in clinical careers, related with emotional understanding, eliciting patient’s positive emotions.⁴

The need to evaluate empathy during the undergraduate phase and even in admission periods has grown.⁵ To maintain academic performance as the single criteria for college admission doesn’t consider applicants’ commitment,⁵⁻⁶ so selection criteria could benefit from the assessment of other non-cognitive features, such as motivation, behavior and several personality traits, like moral orientation or empathy.^{5,7-9}

Entering college is seen as a stressful moment causing student’s anxiety.¹⁰ Undergraduate students present different adjustment levels to the university environment and consequently their academic motivation varies.¹¹ Demographic variables, admission score and chosen program influence students’ psychosocial adjustment and their academic satisfaction and well-being.¹² During their first year, students are confronted with an overwhelming balance between well-being and professional responsibility and the environment is essential for student’s development.¹² As the academic behavior is linked to the academic performance and learning, it ultimately determines the improvement of empathy skills.¹¹ Several studies have been taken to analyze empathy in students, especially those involved in clinical contexts.¹³

Clinical communication training of empathy has been widely studied. Investigations found a decline pattern of empathic skills during graduation,¹⁴⁻¹⁷ which has been a cause of concern among clinical educators. It has been found that the decline of empathy is proportional to exposure to patients.¹⁸ Therefore, intervention proposals to enhance it have been planned, such as the use of drama and role-playing or even talking about personal experiences of contact with illness and emotional vulnerability, as effective strategies to promote students’ interpersonal skills, especially empathy.¹⁹⁻²¹ There are many factors that have great meaning on influencing empathic levels:²² demographic characteristics such as gender,²³ admission and specialty choice^{13, 24} and

emotional features like emotional intelligence²⁵ or distress.²⁶ Previous investigations have shown a relation between students' empathy and academic performance.²⁷⁻²⁸ In first-year medical students, empathy is negatively correlated with test admission scores,²⁷ nevertheless, over time, students with high academic performance show more empathic skills²⁸ and promoting well-being facilitates empathy development.^{26, 29}

Well-being has been conceptualized as having two components: subjective well-being (SWB), empirically grounded and related with feelings and satisfaction with life (SWL) and psychological well-being, based on theoretical concepts and associated with personal meaning and growth.³⁰ SWB is conceived as subjective happiness, balancing of positive and negative affects, reflecting the influence of personality traits.³¹⁻³² It is seen as the understanding of people's own life³³ and composed by cognitive and emotional dimensions. It is also related to own life judgments³⁴, involving emotional reactions, positive or negative feelings.³⁵ The study of the interaction between personality and SWB earned the attention of the scientific community.³⁶ It is pertinent to study the association of empathy and SWB, because despite its relative stability, SWB can be disturbed by punctual circumstances, like entering college³⁷.

In the present study, we intend to compare medical and psychology first-year students, without clinical practice, to gain further understanding on some determinants of empathy such as sociodemographic variables, admission scores, other academic characteristics and SWB. We expect to find an association between empathy and admission scores, as suggested by previous studies. We also expect to find high levels of empathy to be associated with subjective well-being, confirming academic motivation. Both professional areas act in clinical settings, privileging empathy as essential to patient's satisfaction and health care efficiency.¹³

Method

324 first-year students participated in the study: 203 out of 287 first-year medical students (MS) from the Faculty of Medicine and 121 out of 170 first-year psychology students (PS) from the Faculty of Psychology and Educational Sciences, at the University of Porto, between 18 and 60 years old. 93% of the students ranged between 18 and 23 years old and 72% were female students. All first-year respondents' students of medical and psychology programs were eligible and response rates are 71% for both groups. All participants gave their written informed consent and completed an anonymous self-administered questionnaire, including: demographic

information (sex, birth date and marital status), academic and professional qualifications (complete number of years spent in school, previous college experiences, attending program and admission score, application form option and working during college) and validated measures of empathy³⁸ and well-being³⁹⁻⁴⁰. Students were surveyed during classes where attendance is mandatory, however flexible, because students can miss 30% of the classes.

To measure self-reported empathy, we used the *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) which asks respondents how well they feel described with 28 statements pointed on a five-point Likert scale.² The IRI gives four independent dimensions of empathy: (a) *Perspective Taking* (PT) or embrace other's point of view tendency; (b) *Empathic Concern* (EC) or attend other's feelings ability; (c) *Personal Distress* (PD) or ability to respond adequately in interpersonal situations; and (d) *Fantasy* (FS) or aptitude to use creativity and imagination to experience other's feelings and actions.² IRI has shown to be reliable measuring sensitivity to other's perspectives and feelings.² It has been used in a wide variety of studies and research settings with undergraduate students and its psychometric properties are well documented.² We used an adapted and translated Portuguese version, with 24 statements, respecting the same four factor structure.³⁸

Subjective well-being (SWB) is a multidimensional concept with two components.⁴¹ Its assessment should involve measures of satisfaction with life (cognitive component) and the evaluation of personal affectivity (emotional component), independently.⁴²⁻⁴³ We used a revised version of *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) for the cognitive component.^{39, 44} This scale is known by its suitability with different groups and present strong correlations with other measures of SWB.³⁹ It is composed by five statements and respondents have to point their level of agreement with the item.³⁹ For the emotional component of SWB, we used the *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS)⁴⁰ which includes 20 affects, half positive and half negative, constituting the *Positive Affect subscale* (Pas) and the *Negative Affect subscale* (NAs). Subjects were asked to indicate the degree to which they had generally experienced each mood, on a five-point Likert scale.⁴⁰

The investigation was approved under the regular procedures of this study host institution. Mean replacements of missing data were applied to subjects who lacked responses for one or two items on self-reported measures. Conventional statistical analysis, standardized values, t-tests and Pearson correlations were used to determine students' personal, social and academic characteristics and SWB associations with empathy, leading to a multiple regression analysis, using SPSS v.18.0.

Results

We present sociodemographic information, qualification characteristics, empathy and SWB levels by program in Table 1. We found more female first-year students in both groups, but female MS are less than female PS (MS=61.1%, PS=89.3%, $p=.00$). Sociodemographic characteristics, such as age and marital status didn't evidence group differences. The mean admission score is higher for MS ($\bar{x}_{|MS|}=18.73$, $\bar{x}_{|PS|}=16.56$, $p=.00$). We found more PS working students (MS=5.9%, PS=14.1%, $p=.00$) and no differences between groups regarding previous academic experiences (first time in college, MS=89.2%, PS=85.1%, $p>.05$). The number of completed school years is pretty much the same between programs (MS=12.41, PS=12.22, $p>.05$).

As proposed by previous studies we formed a composite index of SWB because of its multidimensional nature, by summing standardized values of SWLS with PAs and subtracting NAs³⁰⁻³¹. Mean scores and comparisons between empathy and SWB were assessed by program with independent sample t test (two-tailed). PS score higher in all IRI dimensions than MS ($p=.000$ for PT and FS, $p=.001$ for EC and $p=.007$ for PD). MS showed higher levels in the cognitive dimension of SWB, the SWLS ($p=.01$). Internal consistencies (α) of IRI and SWB scales ranged from 0.72 (PT) to 0.86 (SWLS and NAs), consistent with previous findings.

Analysis of academic characteristics showed negative correlations between working students and students for the first time in college ($r_{|MS|}=-.26$, $p<.01$, $r_{|PS|}=-.20$, $p<.05$), showing that working students present previous academic experience. MS who achieved higher admission scores, spent less years in school to attend university ($r_{|MS|}=-.22$, $p<.01$) and usually, enter in their first option ($r_{|MS|}=-.31$, $p<.01$). No significant relationship was found between empathy and any academic characteristics studied, suggesting that empathy is not associated with performance skills at admission time, for either group (Table 2). We did find academic characteristics to be negative related with SWB in PS for the first time in college ($r_{|PS|}=-.24$, $p<.01$). PS students with previous academic experiences present more negative affectivity (first time in college, $r_{|PS|}=.19$, $p<.05$) and lower levels of SWL ($r_{|PS|}=-.18$, $p<.05$), suggesting PS without clinical experience present higher levels of SWB than MS. These correlations weren't found for MS because of group's homogeneity in what concerns this type of academic characteristics.

Empathy scores, especially PD score is associated with sociodemographic characteristics, such as age and marital status, despite non significance differences between groups. First-year PS students with higher levels of PD tend to be single and

younger ($r|PS|=-.20$, $p<.05$ for marital status and $r|PS|=-.21$, $p<.05$, for age). No significant correlations were found between those sociodemographic characteristics and empathy scores for MS.

As we know, empathy could differ between male and female students,²³ so we analyzed differences between groups, separated by gender (Table 3). Differences were more evident in MS. Female MS score higher in EC and FS empathy dimensions than male MS (\bar{x} |female MS|=17.43, \bar{x} |male MS|=15.01, $p=.00$, for EC and \bar{x} |female MS|=13.96, \bar{x} |male MS|=11.58, $p=.00$, for FS). The same pattern was observed for SWB, mainly due to the cognitive dimension, SWL (\bar{x} |female MS|=20.63, \bar{x} |male MS|=19.13, $p=.00$, for EC and \bar{x} |female MS|=13.96, \bar{x} |male MS|=11.58, $p=.00$, for FS). SWB is positively correlated with gender, with female MS scoring higher than male (\bar{x} |female MS|=20.63, \bar{x} |male MS|=19.13, $p=.00$). On the other hand, no significant correlations between gender and SWB were found for PS, only for PD and EC empathy dimensions ($r|PS|=.30$, $p<.01$ for PD and $r|PS|=.29$, $p<.01$ for EC). Significant differences are only observed on PD empathy dimension, with male PS scoring less than female (\bar{x} |female PS|=11.43, \bar{x} |male PS|=7.54, $p=.001$).

The strong association between IRI dimensions and SWB is evidenced by significant correlations found, with exception of FS and PT in PS (Table 4). Both groups presented positive associations between EC and SWB ($r|MS|=.32$, $p<.01$, $r|PS|=.21$, $p<.01$). MS who feel more satisfied with their lives had increased levels of empathy, essentially in *PT* and *EC* scores. The same tendency of increased empathy levels in EC score is observed for both groups who point high in positive affectivity. PD is negatively correlated with SWB for both groups ($r|MS|=-.36$, $p<.01$, $r|PS|=-.40$, $p<.01$). Surprisingly, only MS presented positive correlations between FS and SWB ($r|MS|=.18$, $p<.05$). No correlations were found for PT and FS with SWB in PS.

A multivariate regression analysis was carried out to examine the effect of gender and SWB on students' empathy (Table 5). Academic characteristics were not analyzed as they were uncorrelated with empathy dimensions, due to multicollinearity and the absence of homocedasticity. For predicting empathy scores, gender and SWB were respectively associated with *EC* ($\beta|MS|=.259$ and $\beta|MS|=.284$, $p=.000$ and $\beta|PS|=.288$, $p=.001$ and $\beta|PS|=.211$, $p=.016$), explaining 17% and 13% of the variance, respectively for MS and PS. SWB is a significant predictor of PD, for both groups ($\beta|MS|=-.396$ and $\beta|PS|=-.371$, $p=.000$), and specially for PS. Both factors explained 23% of PD. In predicting FS scores, we found that gender and SWB are also significant predictors for

MS (gender, $\beta|MS|= .187$, $p=.007$ and SWB, $\beta|MS|= .150$, $p=.031$). SWB is a good predictor of empathy in all IRI dimensions for MS. But the same results weren't found for PS, only predicting the emotional empathy dimensions – EC and PD. We found support for the interaction between empathy and SWB. This variable constitutes a significant predictor of empathy in medical and psychology first-year students, considering the influence of gender in such results.

Discussion

We found that more females attend medical and psychology university programs and they had, generally, high empathy scores. Similar results were observed in MS by Mukhtar et al.⁴⁵ MS showed lower empathy scores than PS, as found by Sherrard.¹³ Previous research found lower empathy scores than predictable,¹⁴ among medical area professionals. However, empathy is considered a major skill among medical graduation.¹⁶ Students in preclinical years show the highest levels of empathy, when compared with clinical years.^{16, 46} We expected to find IRI dimensions to be correlated with student's admission score. We found one study showing negative correlations between empathy and admission scores, but authors reported methodological limitations and weak generalizability of the results.²⁷ However, previous findings suggest associations between empathy and clinical performance.^{25, 27-28} Several studies considered performance skills during graduation training with positive correlations with empathy, whereas neglecting admission scores.^{20, 25, 28} Despite this, we found a lack of relation between empathy and admission scores. This lack of association deserves our attention in the way of the major credibility and independence of these measures. It could be important to develop new protocols considering additional measures on selection criteria in the moment of university admission.⁹ Previous investigations hypothesized the relevance of including empathy and personality measures,²⁸ which could consist on an evaluation interview of intrinsic qualities of students, during applicants' selection to promote the sustained development of higher education and enhanced professionalism, in preclinical years. However, including cognitive and personal attributes in students' selection, must consider this method as additional but not exclusive.⁹

We found empathy to be associated with SWB, for both programs. MS showed high correlations between empathy and SWB, especially SWL. In PS, the cognitive dimension of SWB is uncorrelated with any empathy score, unless PD. Positive affectivity is associated with FS and EC and negative affectivity with PD for both

groups. Both MS and PS presented negative moderate correlations between SWB and PD, due to academic environment adjustment.²⁶ MS presented positive moderate correlations between SWB and EC, while for PS this relation turn to be weak.

Considering the interacting nature of factors affecting student's empathy, we evaluate simultaneously, gender and SWB as acting together in predicting undergraduate student's empathy. SWB and gender are independent predictors only for EC score in both groups, and of PD for PS. Gender appears to be an independent predictor of FS for MS. The inconsistent findings regarding gender may be related with the different proportions of male and female undergraduate students. Multivariate analysis confirmed that SWB is associated with all empathy dimensions in MS. Cognitive and emotional components of SWB appear to be significant predictors of empathy for MS. SWB significantly predicts the emotional empathy dimensions: EC and PD, for PS. PT and FS scores are unrelated with SWB in this group.

These results sustain the likelihood of student's development by improvement of clinical communication skills. Group differences could be due to social desirability of success and motivation in the medical area.⁴⁷ One study showed that high empathy levels in physicians are associated with well-being.²⁹ Our investigation showed that MS are more satisfied with their lives. SWLS measures the cognitive component of SWB, thus, this concept is more dependent on social factors. In other study, MS show an increased tendency of experiencing feelings of sadness, stress, fear and anger.²⁶ Perhaps, these feelings are related with facing others' physical and mental health problems, experiences of suffering and contact with death. It has been suggested that promoting student's openness to communicate their feelings and personal experiences of illness could be useful enhancing professional behavior and consequently, empathy skills.²⁰ This is a cause of concern among college educators: understanding psychological influences endured during undergraduate education. First-year students have to deal with academic adjustment and the pressure of being successful. Despite their sense of self-determination and self-confidence, because they seem to be satisfied with their lives, MS face a high pressure future work environment. More research in the area will allow comparing working environments in these clinical contexts. As empathy declines during preclinical years, an increased trend of mood disturbances has been shown.¹⁴ During the first year of medical school, students evidence the lowest levels of burnout, these levels increase through graduation training.²⁶ Empowering students' well-being is useful in promoting empathy performance and motivational interventions should be taken early since mood

disturbances and decreased well-being occur during preclinical years^{14, 48}, due to personal and academic influences.^{26, 47} This preliminary study contributes to the comparative effectiveness of training approaches for promoting well-being and empathy, considering several factors like stress and curricular aspects to student's proficiency.

Our study presents several limitations. First, the response rate was lower than expected, constituting a response bias. PS are less than MS, which complicates approximated samples, underestimating the comparison of the results.¹² Academic characteristics studied were insufficient in predicting empathy results. Perhaps, having more information about the admission profile could be useful to guide presumptions of communication skills training approaches, such as an interview considering self-reported emotional features, or even more sociodemographic characteristics as extracurricular activities and dislocation from home. Despite significance, the correlations found were small and with less statistical power than expected. This study was restricted to one university making generalizability of results to other groups difficult. Also, discrepancies in gender proportions complicated results analysis. Our study contributes with group comparisons, with the same clinical setting interest, despite having different structures and intervention fields. We found no studies regarding empathy evolution during college for PS students. We suggest it would be important to compare empathy evolution and related factors with clinical practice in several clinical areas. It could also be useful to compare empathy self-reported measures with patient perceived measures in undergraduate training, as it was shown that observed empathy increased, while reported empathy decreased.⁴⁹ The need of expanded investigation to other clinical areas and enlargement comparisons of factors interaction, including contextual and personality traits could supply additional understanding of empathy. Using information originating from several areas will help pursuit a grounded basis for teaching effective communication skills. Furthermore, empowering undergraduate students with well-being will enhance positive psychosocial functioning,³⁰ consequently, resulting in better communication skills training performance.

Acknowledgments: The authors wish to thank to first-year Professors of the Faculty of Medicine, especially Professor Altamiro Gonçalves and to first-year professors of the Faculty of Psychology and Educational Sciences, especially Professors Joaquim Coimbra and Susana Coimbra, at University of Porto, for their availability and support during data collection contributing to this investigation. We are also thankful for the advices provided by the anonymous reviewers.

Funding/Support: None.

Other disclosures: None.

Ethical approval: Not applicable.

Disclaimer: None.

Previous Presentations: None.

References

1. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med.* 2006 May;21(5):524-30.
2. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(1):113-26.
3. Hatcher SL, Nadeau MS, Walsh LK, Reynolds M, Galea J, Marz K. The teaching of empathy for high school and college students: testing Rogerian methods with the Interpersonal Reactivity Index. *Adolescence.* 1994 Winter;29(116):961-74.
4. Benbassat J, Baumal R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med.* 2004 Sep;79(9):832-9.
5. Sandstrom R. Commentary on "use of demographic and quantitative admissions data ...". *Phys Ther.* 2007 Sep;87(9):1194-6; author reply 7-8.
6. Marley J, Carman I. Selecting medical students: a case report of the need for change. *Med Educ.* 1999 Jun;33(6):455-9.
7. Bore M, Munro D, Kerridge I, Powis D. Selection of medical students according to their moral orientation. *Medical Education.* 2005;39(3):266-75.
8. Roding K. Perceptions of admission committee members: some aspects on individual admission to dental education at Karolinska Institutet. *Eur J Dent Educ.* 2005 Aug;9(3):115-22.
9. Schneider-Kolsky M, Wright C, Baird M. Evaluation of selection criteria for graduate students in radiation therapy. *Med Teach.* 2006 Dec;28(8):e214-9.
10. Luz A, Castro A, Couto D, Santos L, Pereira A. Stress e Percepção do Rendimento Académico no Aluno do Ensino Superior. *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia 2009*; Braga: Universidade do Minho; 2009. p. 4663-9.
11. Araújo BR, Almeida LS. Interferência dos fatores psicossociais e curriculares no rendimento académico: um estudo com estudantes de enfermagem. Livro de Programa e Resumos, SEMINÁRIO INTERNACIONAL "CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA EM CONTEXTOS EDUCATIVOS". 2010 19-20 julho;1:1207-17.
12. Soares AP, Almeida LS, Diniz AM, Guisande MA. Modelo Multidimensional de Ajustamento dos jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias *versus* ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica.* 2006;24(1):15-27.
13. Sherrard S. *Empathy in psychology interns and medical residents: An investigation of the cognitive and emotional components of empathy.* US: ProQuest Information & Learning; 2007.

14. Bellini LM, Shea JA. Mood Change and Empathy Decline Persist during Three Years of Internal Medicine Training. *Academic Medicine*. 2005;80(2):164-7.
15. Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, et al. Differences in medical students' empathy. *Acad Med*. 2000 Dec;75(12):1215.
16. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007 Oct;22(10):1434-8.
17. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):996-1009.
18. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005 Mar;69(3):338-45.
19. Deloney LA, Graham CJ. Wit: using drama to teach first-year medical students about empathy and compassion. *Teach Learn Med*. 2003 Fall;15(4):247-51.
20. Woolf K, Cave J, McManus IC, Dacre JE. '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;7:50.
21. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008;3:10.
22. Winseman J, Malik A, Morison J, Balkoski V. Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Acad Psychiatry*. 2009 Nov-Dec;33(6):484-91.
23. Becker H, Sands D. The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. *The Journal Of Nursing Education*. 1988;27(5):198-203.
24. Bailey BA. *Empathy in medical students: Assessment and relationship to specialty choice*. US: ProQuest Information & Learning; 2001.
25. Stratton TD, Elam CL, Murphy-Spencer AE, Quinlivan SL. Emotional intelligence and clinical skills: preliminary results from a comprehensive clinical performance examination. *Acad Med*. 2005 Oct;80(10 Suppl):S34-7.
26. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007 Feb;22(2):177-83.
27. Diseker RA, Michielutte R. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *Journal Of Medical Education*. 1981;56(12):1004-10.

28. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002 Jun;36(6):522-7.
29. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005 Jul;20(7):559-64.
30. Lent RW. Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *J Couns Psychol.* 2004 Oct;51(4):482-509.
31. Albuquerque I, Lima MP. Personalidade e Bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projetos pessoais www.psicologia.com.pt ed; 2007. p. 1-30.
32. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol.* 2000 Jan;55(1):34-43.
33. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2004;20(2):153-64.
34. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further Validation of the Satisfaction with Life Scale - Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment.* 1991 Aug;57(1):149-61.
35. Diener E, Ryan K. Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology.* 2009 Dec;39(4):391-406.
36. Pavot W, Fujita F, Diener E. The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences.* 1997 Feb;22(2):183-91.
37. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Felicidade, Bem-Estar Subjetivo e Comportamento Académico de Estudantes Universitários. *Psicologia em Estudo.* 2006;11(3):533-9.
38. Limpo T, Alves RA, Castro SL. Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reatividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia.* 2010;8(2):171-84.
39. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985 Feb;49(1):71-5.
40. Galinha I, Ribeiro J. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica.* 2005;2(23):219-27.
41. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin.* 1999 Mar;125(2):276-302.

42. Diener E, Emmons RA. The Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985;47(5):1105-17.
43. Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996 Sep;71(3):616-28.
44. Neto F. The Satisfaction With Life Scale: psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*. 1993b;22:125-34.
45. Mukhtar F, Daud S, Hashmi NR, Zaman S, Masood A, Bhatti A. Selection of Medical Profession by First Year Medical Students. *Professional Medical Journal* 2009 December;16(4):556-63.
46. Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, Simmens SJ, Greenberg L. Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Acad Med*. 2010 Sep;85(9):1445-52.
47. McManus IC, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med Educ*. 2006;6:11.
48. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. Changes in medical students' emotional intelligence: an exploratory study. *Teaching And Learning In Medicine*. 2008;20(3):279-84.
49. Chen DC, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *J Gen Intern Med*. 2010 Mar;25(3):200-2.

Tabelas |

Table 1

Mean scores and comparisons between medical (n|Ms|=203) and psychology (n|Ps|=121) first-year students

Characteristic	α	Medical students	Psychology students	p
Sociodemographic information				
Age (mean, SD)	NA	19.73(2.92)	20.8(5.77)	.051
Female (n, %)	NA	124(61.1)	108(89.3)	.000
Single (n, %)	NA	199 (98.0)	117(96.7)	.339
Academic characteristics				
SY (mean, SD)	NA	12.41(1.71)	12.22(0.65)	.156
ES (mean, SD)	NA	18.73(0.62)	16.56(117)	.000
AF (mean, SD)	NA	1.24(0.99)	1.40(1.25)	.207
FC (n, %)	NA	181(89.2)	103(85.1)	.304
WS (n, %)	NA	12(5.9)	17(14.1)	.000
Interpersonal reactivity index (mean, SD)				
PT	.72	15.34(3.65)	16.88(3.09)	.000
EC	.76	16.49(3.90)	18.00(3.51)	.001
PD	.75	9.76(3.96)	11.01(4.07)	.007
FS	.86	13.03(5.53)	15.29(5.03)	.000
Subjective well-being (mean, SD)				
SWL	.86	20.04(4.40)	18.81(3.89)	.011
PA	.81	33.91(5.13)	34.50(5.22)	.298
NA	.86	20.27(6.13)	20.21(6.50)	.938
SWB	NA	34.60(11.84)	34.08(11.00)	.699

Variables: SY – Complete school years; ES – Entry score; AF – Application form arrangement; FC – First time in college; WS – Working student; PT – Perspective taking; EC – Empathic concern; PD – Personal distress; FS – Fantasy scale; SWL – Satisfaction with life; PAs – Positive affect subscale; NAs – Negative affect subscale; SWB – Subjective well-being; NA = not applicable;

Table 2

Correlations between academic characteristics, empathy and well-being in first-year students

Characteristic	SY	ES	AF	FC	WS	PT	EC	PD	FS	SWL	PAs	NAs	SWB
Medical students													
SY	-	-.22**	.88**	.57**	-.44**	-.02	-.07	-.03	-.01	-.05	.05	.01	-.01
ES		-	-.31**	-.12	.13	-.00	.07	-.09	-.03	-.03	.07	.09	-.03
AF			-	.56**	-.47**	-.02	-.05	-.03	.03	-.04	.01	-.01	-.02
FC				-	-.26**	.09	-.08	.03	.10	.03	.14	.04	.05
WS					-	.05	.01	-.00	-.03	.11	-.07	-.10	.08
Psychology students													
SY	-	.04	.05	.39**	-.11	-.04	.05	-.03	-.05	-.04	-.13	.03	-.09
ES		-	-.12	-.01	.14	-.12	.08	.06	.09	-.17	.11	-.03	.15
AF			-	.35**	-.05	.09	-.04	-.01	.05	-.10	.08	.11	-.07
FC				-	-.20*	-.05	.07	-.08	.01	-.18*	-.13	.19*	-.24**
WS					-	-.05	.10	.15	.00	.03	.04	.10	-.01

Variables: SY – Complete school years; ES – Entry score; AF – Application form arrangement; FC – First time in college; WS – Working simultaneously; PT – Perspective taking; EC – Empathic concern; PD – Personal distress; FS – Fantasy scale; SWL – Satisfaction with life; PAs – Positive affect subscale; NAs – Negative affect subscale; SWB – Subjective well-being;
 *p < .05; **p < .01.

Table 3

Mean scores, gender comparisons and correlations between gender and measures of empathy and SWB in first-year students

Characteristic	Medical students (mean,SD)				Psychology students (mean,SD)			
	Female	Male	p	r	Female	Male	p	r
PT	15.55(3.72)	15.00(3.55)	.294	.073	16.92(3.10)	16.62(3.12)	.741	.030
EC	17.43(3.79)	15.01(3.63)	.000	.048	18.35(2.98)	15.08(5.84)	.068	.290**
PD	9.91(3.81)	9.52(4.20)	.493	.210**	11.43(3.98)	7.54(3.15)	.001	.297**
FS	13.96(5.79)	11.58(4.78)	.002	.302**	15.55(4.73)	13.15(6.93)	.247	.148
SWL	20.63(4.07)	19.13(4.75)	.017	.167**	18.79(3.98)	19.00(3.19)	.853	-.017
PA	35.31(5.48)	34.06(5.66)	.121	.109	35.58(5.56)	34.69(5.51)	.586	.050
NA	20.02(6.02)	20.67(6.32)	.460	-.052	20.21(6.54)	20.23(6.39)	.993	-.001
SWB	35.92(11.36)	32.52(12.34)	.046	.140*	35.16(11.14)	33.46(10.18)	.830	.020

Variables: PT – Perspective taking; EC – Empathic concern; PD – Personal distress; FS – Fantasy scale; SWL – Satisfaction with life; PAs – Positive affect subscale; NAs – Negative affect subscale; SWB – Subjective well-being.

*p < .05; **p < .01.

Table 4

Correlations between empathy and subjective well-being in first-year students

Characteristic	PT	EC	PD	FS	SWL	PAs	NAs	SWB
Medical students								
PT	-	.43**	-.10	.20**	.19**	.19**	-.14*	.23**
EC		-	.09	.47**	.26**	.36**	-.12	.32**
PD			-	.17*	-.34*	-.13	.36**	-.38**
FS				-	.13	.26**	-.03	.18*
SWL					-	.45**	-.41**	.89**
PAs						-	-.11	.66**
NAs							-	-.67**
SWB								-
Psychology students								
PT	-	.39**	-.14	.27**	.01	.16	-.11	.12
EC		-	.08	.36**	.08	.36**	-.06	.21*
PD			-	.12	-.26**	-.11	.39**	-.37**
FS				-	-.07	.35**	.20*	.01
SWL					-	.32**	-.35**	.84**
PAs						-	-.03	.58**
NAs							-	-.66**
SWB								-

Variables: PT – Perspective taking; EC – Empathic concern; PD – Personal distress; FS – Fantasy scale; SWL – Satisfaction with life; PAs – Positive affect subscale; NAs – Negative affect subscale; SWB – Subjective well-being.

*p < .05; **p < .01.

Table 5

Empathy upon gender and subjective well-being

Characteristic	Medical students			Psychology students		
	β	p	Adj. R ²	β	p	Adj. R ²
Perspective taking						
Gender	.040	.570	.053	.029	.751	.016
SWB	.221	.002		.123	.180	
Empathic concern						
Gender	.259	.000	.170	.288	.001	.128
SWB	.284	.000		.211	.016	
Personal distress						
Gender	.109	.100	.155	.301	.000	.226
SWB	-.396	.000		-.371	.000	
Fantasy scale						
gender	.187	.007	.066	.148	.107	.022
SWB	.150	.031		.008	.934	

Variables: SWB - Subjective well-being.

Anexos

Consentimento Informado

Anexo I

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo: Compreender a Empatia em Estudantes de Ensino Pré-Graduado: um estudo comparativo entre estudantes de medicina e estudantes de psicologia.

Âmbito do Estudo: Mestrado em Comunicação Clínica - Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito do Mestrado em Comunicação Clínica, que me encontro a realizar na Unidade de Psicologia Médica do Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da FMUP, sob a orientação da Mestre Ivone Castro Vale, venho solicitar a vossa participação nesta investigação.

Este estudo procura compreender como a Empatia dos estudantes do primeiro ano, sem experiência clínica, se relaciona com o Bem-Estar, com a escolha do curso e respetiva média de entrada. O preenchimento do questionário demorará cerca de vinte minutos.

Agradeço a participação, salvaguardando o tratamento confidencial de toda a informação recolhida.

Eu, abaixo-assinado, tomei conhecimento do estudo que vai ser realizado e compreendi a explicação que me foi fornecida. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias. Além disso, sei que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa resultar em qualquer prejuízo. Por isso, consinto participar no estudo, respondendo a todas as questões propostas e permitindo o conhecimento de informações relativas ao meu percurso pessoal e académico.

Data: ___ / _____ / 2011

Instrumento de Recolha de dados

Anexo II

Compreender a Empatia em Estudantes de Ensino Pré-Graduado

O presente questionário tem como objetivo avaliar o seu grau de empatia e bem-estar no primeiro ano de formação académica. Para isso, pedimos-lhe que leia com atenção as questões e assinale com uma (X) a resposta que melhor se adequar à sua realidade pessoal. Não existem respostas certas ou erradas. A sua colaboração é muito importante!

A. Identificação do Participante

A cada participante será atribuído um número de identificação que manterá a sua confidencialidade. Irá permitir a sua participação futura, no desenvolvimento de estudos posteriores. Compõe-se da seguinte forma (*Por favor, preencha os respetivos campos*):

Último algarismo do mês de aniversário	<input type="checkbox"/>	1
Primeira letra do segundo nome	<input type="checkbox"/>	2
Primeira letra do último nome	<input type="checkbox"/>	3
Último dígito do BI ou Cartão de Cidadão	<input type="checkbox"/>	4
Primeira letra do primeiro nome da avó materna	<input type="checkbox"/>	5

1. Qual é a sua data de nascimento? (*Por favor, preencha com os respetivos dígitos*)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. Qual é o seu género? (*Por favor, selecione uma alternativa*)

Masculino	<input type="checkbox"/>	1
Feminino	<input type="checkbox"/>	2

3. Qual o seu estado civil? (*Por favor, selecione uma alternativa*)

a) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>	1
b) Casado(a) / União de Facto	<input type="checkbox"/>	2
c) Divorciado(a) / Separado(a)	<input type="checkbox"/>	3
d) Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	4

4. Qual o número total de anos que passou na escola? (*Por favor, complete o espaço*)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos
----------------------	----------------------	------

5. Quantos anos de escolaridade completos possui? (Por favor, complete o espaço)

anos

6. Qual o Curso que está a frequentar? (Por favor complete o espaço)

7. Qual foi a sua nota de candidatura a este curso? (Por favor complete o espaço)

, (valores)

8. Para a entrada no Curso, qual foi o número de opção de candidatura ao Ensino Superior? (Por favor, selecione uma alternativa)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| Primeira Opção. | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Segunda Opção. | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Terceira Opção. | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Quarta Opção. | <input type="checkbox"/> ₄ |
| Quinta Opção. | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Outro Regime. | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Por favor, especifique: _____ | |

9. É a primeira vez que frequenta o Ensino Superior? (Por favor, selecione uma alternativa)

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Sim (Passar à Questão 11.) | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Não (Passar à Questão 10.) | <input type="checkbox"/> ₂ |

10. Se já frequentou o Ensino Superior, anteriormente, especifique: (Por favor, complete os espaços)

Curso: _____

Instituição: _____

Estado de Conclusão: Concluído ₁ Não Concluído ₂

11. Neste momento está a trabalhar (trabalho remunerado)? (Por favor, selecione uma alternativa)

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Não (Passar à Secção B.) | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Nunca trabalhou (Passar à Secção B.) | <input type="checkbox"/> ₃ |

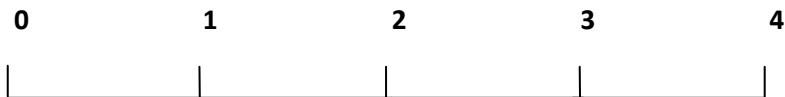
12. Se sim, aproximadamente quantas horas de trabalho remunerado realiza por semana?

(Por favor, complete o espaço)

(horas)

B. EMPATIA (*Índice de Reatividade Interpessoal, Davis M, 1980; trad. e adap. Limpo, T., Alves, R.A. e Castro, S.L., 2010*)

As afirmações seguintes referem-se a pensamentos ou sentimentos que poderá ter tido em diversas situações. Indique em que medida cada uma delas se aplica a si, escolhendo o número apropriado da escala abaixo: 0, 1, 2, 3 ou 4, em que 0 é “Não me descreve bem” e 4 é “Descreve-se muito bem”. Leia atentamente cada afirmação, antes de responder no espaço correspondente. Por favor responda com a maior franqueza possível. Obrigado.



Não me descreve bem

Descreve-me muito bem

-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. De vez em quando, tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas estão a ter problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/apreensiva..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Habitualmente, mantenho a objetividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Quando há desacordo, tendo atender a todos os pontos de vista antes de tomar uma decisão..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Quando vejo que se estão a aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

9. Por vezes, tento compreender melhor os meus amigos, imaginando a sua perspetiva de ver as coisa.....	0	1	2	3	4
10. É raro ficar completamente envolvido/envolvida num bom livro ou filme.	0	1	2	3	4
11. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/calma..	0	1	2	3	4
12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito.	0	1	2	3	4
13. Depois de ver um filme ou um teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens.....	0	1	2	3	4
14. Estar numa situação emocional tensa assusta-me.....	0	1	2	3	4
15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.	0	1	2	3	4
16. Fico muitas vezes emocionado/emocionada com coisas que vejo acontecer.	0	1	2	3	4
17. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.	0	1	2	3	4
18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole.	0	1	2	3	4
19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.	0	1	2	3	4
20. Tendo a perder o controlo em situações de emergência.....	0	1	2	3	4
21. Quando estou aborrecido/aborrecida com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento.....	0	1	2	3	4
22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo.	0	1	2	3	4
23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito da minha ajuda, fico completamente perdido/perdida.	0	1	2	3	4
24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.	0	1	2	3	4

C. BEM-ESTAR (Escala de Afetos Positivo e Negativo – PANAS, Watson et al., 1988; trad. e adap. Galinha, I. e Ribeiro, J., 2005)

O conjunto de palavras que se segue descreve diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale o algarismo que melhor se adequa ao seu caso. Indique em que medida, geralmente, ou seja, em média, sente cada uma das seguintes emoções:

1 Nada ou muito ligeiramente **2** Um pouco **3** Moderadamente **4** Bastante **5** Extremamente

1. Interessado	<input type="checkbox"/>	4. Atormentado	<input type="checkbox"/>
2. Perturbado	<input type="checkbox"/>	5. Agradavelmente surpreendido	<input type="checkbox"/>
3. Excitado	<input type="checkbox"/>	6. Culpado	<input type="checkbox"/>
7. Assustado	<input type="checkbox"/>	14. Remorsos	<input type="checkbox"/>
8. Caloroso	<input type="checkbox"/>	15. Inspirado	<input type="checkbox"/>
9. Repulsa	<input type="checkbox"/>	16. Nervoso	<input type="checkbox"/>
10. Entusiasmado	<input type="checkbox"/>	17. Determinado	<input type="checkbox"/>
11. Orgulhoso	<input type="checkbox"/>	18. Trémulo	<input type="checkbox"/>
12. Irritado	<input type="checkbox"/>	19. Ativo	<input type="checkbox"/>
13. Encantado	<input type="checkbox"/>	20. Amedrontado	<input type="checkbox"/>

D. SATISFAÇÃO COM A VIDA (Escala de Satisfação com a Vida, Diener et al., 1985, trad.e adap. Neto, F., 1993)

Estão descritas, abaixo, cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala que se segue, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma delas. Escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo a sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

1 Discordo Muito **2** Discordo um Pouco **3** Não Concordo nem Discordo **4** Concordo um Pouco **5** Concordo Muito

1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

2. As minhas condições de vida são muito boas.

3. Estou satisfeito com a minha vida.

4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu
desejaria.

5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.

Obrigada pela sua participação.

