

FELIPE ROCHA SILVA

**A EMPATIA CLÍNICA COMO EIXO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE**

BRASÍLIA, 2025

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

FELIPE ROCHA SILVA

**A EMPATIA CLÍNICA COMO EIXO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira

BRASÍLIA, 2025

FELIPE ROCHA SILVA

**A EMPATIA CLÍNICA COMO EIXO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Bioética pelo
Programa de Pós-Graduação em Bioética da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 13/08/2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira – Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Telma Rejane dos Santos Façanha
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Cristina Ortiz Sobrinho Valete
Universidade Federal de São Carlos

Profa. Dra. Flávia Reis de Andrade - Suplente
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que cria os caminhos que nos permitem recomeçar na trilha do aprendizado para, ao longo da jornada, e por meio dela, evoluir progressivamente ao desvelar a Lei que rege a vida, habilitando-nos, ainda que de forma imperfeita, a compreendê-Lo.

Agradeço aos meus pais, Leila e Fábio, que me ensinaram a caminhar, conduzindo-me e apoiando-me até que eu fosse capaz de fazê-lo por conta própria.

Agradeço à minha esposa, lasmin, parceira de jornada enviada por Ele, cujo cuidado e fortaleza me permitiram chegar a este ponto da estrada.

Agradeço às minhas irmãs, Isabela e Letícia, as minhas primeiras companheiras nessa jornada.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Professora Aline, cujos caminhos que pavimenta na Bioética me inspiraram a segui-la, culminando nesta obra.

*Portanto, tudo o que vocês querem que os outros façam a vocês,
façam também vocês a eles; porque esta é a Lei e os Profetas.*

– Mateus 7:12

RESUMO

O modelo hegemônico nos cuidados em saúde no Brasil é o Princípioalismo. Esse referencial defende que o modelo ideal de relação entre profissionais e pacientes é a preocupação emocionalmente distanciada, apesar de esse paradigma de relação ser rejeitado pelos pacientes. A Bioética do Cuidado em Saúde tem sido desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília como um referencial alternativo ao Princípioalismo no campo da Bioética Clínica, adotando, como um dos seus eixos estruturantes, a empatia clínica. Esta dissertação consiste em uma pesquisa teórica cujo objetivo principal é desenvolver o arcabouço teórico que fundamenta a empatia clínica como eixo estruturante da Bioética do Cuidado em Saúde, justificando-a como um comando ético desse referencial. Define-se a empatia clínica como uma prática formada por três dimensões: a compreensão dos estados mental e emocional do paciente, a verificação da acurácia dessa compreensão e a ação terapêutica. Essas três dimensões, por sua vez, são realizadas a partir do exercício, pelo profissional, dos três componentes estruturantes da empatia clínica, que são a empatia cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática. A relevância moral da empatia clínica é justificada, principalmente, por duas funções que ela exerce no contexto dos cuidados em saúde: a função epistêmica – tanto para profissionais quanto para pacientes – e a função motivadora de ações terapêuticas altruísticas pelos profissionais. A função epistêmica habilita o profissional a compreender aspectos subjetivos da experiência do paciente, a gerar novos conhecimentos sobre o seu estado mental e emocional, e a apreender a sua hierarquia de valores, culminando na promoção dos Cuidados Centrados no Paciente e na Tomada de Decisão Compartilhada. A compreensão do estado mental e emocional do paciente contribui para que os profissionais reconheçam a necessidade do paciente e valorizem intrinsecamente o seu bem-estar, o que induz neles o estado de preocupação empática, que é intrinsecamente motivador de ações altruísticas. Além disso, o reconhecimento, por parte do paciente, de que o profissional manifesta preocupação empática por ele – o que se constitui como função epistêmica para o paciente –, pode fomentar a relação de confiança e parceria entre ambos. Com base nessas funções, justifica-se o imperativo de exercício da empatia clínica para que os cuidados em saúde estejam alinhados com o Direito do Paciente. Além do seu

substrato teórico-normativo, a Bioética do Cuidado em Saúde propõe um modelo de deliberação ética, com base na empatia clínica, de casos de conflitos morais oriundos da prática clínica. Nesse contexto, a empatia clínica, além de facilitar a compreensão das perspectivas do paciente, dos familiares e dos profissionais envolvidos no conflito, contribui para a restauração das relações abaladas por ele. A empatia clínica, enquanto eixo estruturante da Bioética do Cuidado em Saúde, favorece que os cuidados em saúde sejam exercidos com respeito e responsabilidade por meio de uma relação de parceria entre paciente e profissional, fomentando a prática de cuidados que sejam não apenas corretos, mas virtuosos.

Palavras-chave: Bioética Clínica; Bioética do Cuidado em Saúde; Empatia Clínica; Cuidados em Saúde.

ABSTRACT

The hegemonic model of healthcare in Brazil is Principlism. This framework upholds that the ideal model of relationship between professionals and patients is emotionally detached concern, even though this relational paradigm is rejected by patients. Healthcare Bioethics has been developed within the Postgraduate Program in Bioethics at University of Brasília as an alternative framework to Principlism within the field of Clinical Bioethics, adopting clinical empathy as one of its structuring axes. This dissertation is a theoretical investigation whose main objective is to develop the theoretical foundation that underpins clinical empathy as a core structural element of Healthcare Bioethics, justifying it as an ethical imperative within this framework. Clinical empathy is defined as a practice composed of three dimensions: understanding the patient's mental and emotional states, checking the accuracy of this understanding, and therapeutic action. These three dimensions, in turn, are carried out through the exercise of the three structural components of clinical empathy by the professional, which are cognitive empathy, emotional empathy, and empathic concern. The moral relevance of clinical empathy is primarily justified by two functions it fulfills in the healthcare context: its epistemic function — for both professionals and patients — and its function as a motivator of altruistic therapeutic actions by professionals. The epistemic function enables the professional to understand the subjective aspects of the patient's experience, to generate new knowledge about their mental and emotional states, and to apprehend their hierarchy of values, ultimately promoting Patient-Centered Care and Shared Decision-Making. Understanding the patient's mental and emotional state helps professionals to recognize the patient's needs and to intrinsically value their well-being. This, in turn, induces a state of empathic concern in professionals, which is intrinsically motivating of altruistic actions. Furthermore, the patient's recognition that the professional manifests empathic concern toward them — which constitutes an epistemic function for the patient — can foster a relationship of trust and partnership between both parties. Based on these functions, the imperative for the exercise of clinical empathy is justified to ensure that healthcare is aligned with Patient's Rights. In addition to its theoretical and normative content, Healthcare Bioethics proposes a model for ethical deliberation, grounded in clinical empathy, to address moral conflicts arising from clinical practice. In this context, clinical empathy

not only facilitates the understanding of the perspectives of the patient, family members, and professionals involved in the conflict, but also contributes to the restoration of relationships that may have been strained by it. As a structuring axis of Healthcare Bioethics, clinical empathy promotes the provision of healthcare with respect and responsibility, through a partnership-based relationship between patient and professional, fostering a practice of care that is not only correct but also virtuous.

Keywords: Bioethics; Healthcare Bioethics; Clinical Empathy; Health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE	12
1.1.1 A dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde	13
1.1.2 A dimensão procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde	15
1.2 OBJETIVOS E METODOLOGIA	18
2 EMPATIA E MORALIDADE	21
2.1 JULGAMENTOS MORAIS E MOTIVAÇÃO MORAL	21
2.2 A ÉTICA BASEADA NA EMPATIA: A TEORIA DE MICHAEL SLOTE	24
2.3 A EMPATIA COMO PROMOTORA DE COMPORTAMENTOS PRÓ- SOCIAIS: A TEORIA DE MARTIN HOFFMAN	28
2.4 OS EFEITOS NEGATIVOS DA EMPATIA NA MORALIDADE: AS TEORIAS DE JESSE PRINZ E PAUL BLOOM	33
3 EMPATIA CLÍNICA	41
3.1 AS DIMENSÕES E OS COMPONENTES ESTRUTURANTES DA EMPATIA CLÍNICA	41
3.2 AS CONSEQUÊNCIAS DA EMPATIA CLÍNICA	48
3.2.1 Consequências para os pacientes	49
3.2.2 Consequências para os profissionais	51
3.3 A EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE EMPÁTICA DO PROFISSIONAL AO LONGO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	55
4 A FUNÇÃO MORAL DA EMPATIA CLÍNICA	59
4.1 A FUNÇÃO EPISTÊMICA DA EMPATIA CLÍNICA	59
4.1.1 A função epistêmica da empatia clínica para os profissionais de saúde	62
4.1.2 A função epistêmica da empatia clínica para os pacientes	72
4.2 A EMPATIA CLÍNICA COMO PROMOTORA DE AÇÕES ALTRUÍSTICAS.....	79
5 A EMPATIA CLÍNICA COMO EIXO DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE...	83
5.1 A EMPATIA CLÍNICA E A DIMENSÃO SUBSTANTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE	83
5.2 A EMPATIA CLÍNICA E A DIMENSÃO PROCEDIMENTAL DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

1 INTRODUÇÃO

Até a década de setenta, o modelo de saúde e doença vigente era o biomédico, no qual se compreendia que as doenças eram determinadas exclusivamente por disfunções biológicas, sendo o foco do cuidado não o paciente em si, mas a doença que o acometia (1,2). O cuidado sob esse modelo gerava queixas dos pacientes, que afirmavam que os profissionais eram frios, insensíveis e desinteressados em compreender as suas situações de vida (1). Nesse contexto, em 1977, Engel (1) propôs que esse modelo fosse substituído pelo biopsicossocial, que reconhece que a saúde e a doença são influenciadas também por questões psicológicas e sociais. Segundo esse autor, além das condições biológicas do indivíduo, os seus contextos psicológico, social e cultural são potenciais condicionantes de como as alterações fisiológicas e bioquímicas da doença serão relatadas, interpretadas e, em última instância, *vivenciadas* pela pessoa (1). Nessa obra, Engel sugere que a doença deixe de ser compreendida pelos profissionais de saúde apenas como disfunções orgânicas para serem interpretadas como experiências únicas vividas pelas pessoas e que geram necessidades que elas procuram suprir quando buscam os cuidados de um profissional, sendo a relação criada entre essas duas pessoas – profissional e paciente – fundamental para os desfechos clínicos (1).

Paralelamente ao movimento pela disseminação do modelo biopsicossocial, a Bioética Clínica – ramo da Bioética que aborda os conflitos morais que surgem nos cuidados em saúde (3) – ganhou forte impulsionamento com a publicação da obra *Principles of Biomedical Ethics* em 1979 por Beauchamp e Childress (4,5). Esse trabalho estabeleceu as bases do Princípioalismo e se tornou o referencial que ainda permanece hegemônico na Bioética Clínica (6). Para o Princípioalismo existem quatro princípios que originam os deveres do profissional no exercício da prática clínica e nas pesquisas envolvendo seres humanos: o do respeito à autonomia da pessoa; o da beneficência, isto é, o profissional agir para promover o bem-estar do alvo das suas ações; o da não-maleficência – evitar agir de forma a causar danos à outra pessoa; e o da justiça, que inclui a não discriminação das pessoas e a distribuição apropriada de recursos em saúde (7).

Apesar das contribuições do Princípioalismo no campo da Bioética Clínica, esse referencial é criticado por focar excessivamente nas obrigações dos profissionais,

tratando os pacientes como receptores passivos dos cuidados (6) e por criar situações que, segundo Albuquerque (8), tornam-se conflitos morais apenas porque, baseado no Principlismo, os deveres dos profissionais se sobrepõem ou se equiparam aos direitos dos pacientes. Além disso, uma segunda crítica ao Principlismo decorre da desconsideração da relação profissional-paciente como intrinsecamente valiosa para a efetivação dos cuidados em saúde (6,9), já que Beauchamp e Childress (7) defendem a preocupação emocionalmente distanciada (*detached concern*) como o padrão ideal de relação a ser buscado pelos profissionais de saúde. Segundo os autores (7), esse modelo de relação favorece a objetividade do raciocínio clínico, a imparcialidade de julgamento e proteção do profissional contra o *burnout*. Ressalta-se que a defesa principialista da preocupação emocionalmente distanciada como ideal de relação profissional-paciente parte de uma perspectiva focada no profissional, já que Halpern (10) e Tan (11) sugerem que esse modelo de relacionamento se contrapõe àquele que é esperado pelos pacientes que estão sob cuidados em saúde.

Diante desse cenário, o Principlismo, conforme sugere Albuquerque (6,8,12), não tem acompanhado a evolução do paradigma ético dos cuidados em saúde, pois ignora os compromissos morais que têm sido firmados pela sociedade que colocam o paciente como protagonista do cuidado. Assim, para refletir esses padrões morais emergentes, surge a necessidade de um novo referencial de Bioética Clínica que não somente incorpore, mas que trate como alicerces do seu arcabouço teórico-normativo a centralidade do paciente e a sua participação ativa no seu próprio cuidado (2,3,12). Além disso, esse novo referencial, adotando o modelo biopsicossocial de saúde e doença, deve também, ecoando Engel (1), valorizar intrinsecamente a relação entre profissionais e pacientes (3,9,13). Tal requisito se justifica pelo fato de que a qualidade dessa relação influencia a confiança do paciente no profissional e a capacidade deste de compreender as necessidades, a vontade e as preferências daquele, fatores que moldarão as ações terapêuticas para promover o Cuidado Centrado no Paciente¹ e a Tomada de Decisão Compartilhada² (2,3,9,13,14).

¹ Modelo no qual o paciente é o foco dos cuidados e no qual a relação dele com os profissionais é valorizada. Além disso, esse modelo preconiza que os cuidados devem ser fornecidos em tempo oportuno e de forma coordenada entre os diferentes profissionais (143).

² Modelo de tomada de decisão baseado no diálogo entre profissional e paciente no qual as opções terapêuticas são apresentadas para o paciente, incluindo seus riscos e benefícios, e a decisão sobre o curso terapêutico é tomada com base nas preferências deste, no contexto de uma relação de parceria entre profissional e paciente (17).

Nesse contexto, o Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília tem desenvolvido o referencial da Bioética do Cuidado em Saúde como uma alternativa ao hegemonismo principialista, considerando o paciente como o centro e como o protagonista do cuidado dentro de um modelo biopsicossocial de saúde e doença (15). A seguir, serão apresentados os fundamentos teóricos gerais desse novo referencial.

1.1 FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

A Bioética do Cuidado em Saúde tem como fundamento primário que o paciente é participante ativo e protagonista do seu cuidado, contrapondo-se à visão paternalista que o coloca como objeto passivo de cuidados (8,16). No entanto, ela também rejeita a visão consumerista que atribui quase exclusivamente ao paciente a responsabilidade pelas decisões relacionadas aos seus cuidados em saúde. Assim, esse referencial propõe uma visão mutualista na qual a relação entre o profissional e o paciente é considerada essencial para a tomada de decisão compartilhada, que é efetivada por meio da promoção da autonomia do paciente e por meio de decisões em conformidade com a sua vontade, necessidade e preferências (8,14,17).

Ribas (18) afirma que a medicina é tanto uma prática quanto uma atividade moral e que, por isso, as ações executadas na prática clínica devem ser tanto *boas* – ou virtuosas – quanto *corretas*. Esse autor critica o Principialismo ao afirmar que é uma teoria essencialmente procedimental e pobre em conteúdo moral, sugerindo que ela promove uma relação profissional-paciente baseada em um contrato legal que estimula o modelo consumerista dos cuidados em saúde e degenera a relação de confiança que poderia – e deveria – se estabelecer entre os participantes dessa relação.

Para Ribas (18), os referenciais da Bioética Clínica devem conter tanto um conteúdo moral que possa orientar as ações dos profissionais ao estabelecerem comportamentos que são considerados moralmente bons ou virtuosos quanto conter procedimentos que operacionalizem a forma correta de deliberação em conflitos morais. A partir dessa perspectiva, a Bioética do Cuidado em Saúde é estruturada em duas dimensões: a substantiva, que contém o seu substrato moral, e a procedimental,

que orienta o processo de deliberação ética em conflitos morais surgidos na prática clínica (8,16). A seguir, será apresentada a dimensão substantiva desse referencial.

1.1.1 A dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde

A dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde é estruturada em torno de quatro eixos: i) a empatia clínica, ii) a relação de parceria entre profissionais e pacientes, iii) a centralidade do paciente e iv) o Direito do Paciente. Apesar de existirem diferentes conceitos de empatia na literatura 3)(19), adota-se nesta dissertação a visão de que ela é a capacidade de sintonizar com as emoções de outra pessoa e de imaginar como ela se sente estando no contexto singular em que ela se encontra (2). Tratando-se da empatia clínica, pode-se defini-la como o exercício da capacidade empática dos profissionais de saúde na prática do cuidado, visando à compreensão da experiência do paciente e à promoção de ações terapêuticas orientadas pelas suas necessidades, vontade e preferências (2,20). A relação entre a empatia clínica e a Bioética do Cuidado em Saúde, que constitui o principal objeto desta dissertação, será apresentada no Capítulo 5. A seguir, nesta seção, será feita breve introdução dos três últimos eixos estruturantes (ii a iv) da Bioética do Cuidado em Saúde para que se possa compreender o referencial de maneira geral.

A relação de parceria entre profissionais e pacientes, segundo eixo estruturante daquele referencial, é entendida como intrinsecamente valiosa no contexto dos cuidados em saúde, sendo a sua preservação um comando ético (2,9). Herring sugere que essa relação é a própria essência do cuidado, pois “cuidar” sem estabelecer uma relação de parceria com o outro culminaria na sua redução à execução de uma sequência de tarefas ou obrigações contratuais (21), o que remeteria ao modelo consumerista que a Bioética do Cuidado em Saúde busca superar. A criação e preservação dessa relação de parceria envolve o reconhecimento mútuo da humanidade e da vulnerabilidade universal do profissional e do paciente – vulnerabilidade esta que representa o risco que todos possuem de sofrerem danos físicos, emocionais ou sociais provocados pelo outro –, o que requer que se reconheça não apenas que o profissional influencia o paciente, mas que este também influencia

aquele (9,21). Para Herring (21), esse reconhecimento é fundamental para que os atores envolvidos nessa relação possam expressar empatia e confiança um no outro.

A centralidade do cuidado no paciente, terceiro eixo que estrutura a Bioética do Cuidado em Saúde, indica que o foco da relação está no paciente, devendo as ações terapêuticas serem orientadas a responderem às necessidades deste e estar em consonância com a sua vontade e as suas preferências, afastando-se do modelo paternalista que situava as escolhas dos profissionais como mais apropriadas do que as dos próprios pacientes (8,16,22). O modelo do Cuidado Centrado no Paciente é adotado como um comando ético pela Bioética do Cuidado em Saúde, que entende que a sua aplicação está justificada por si mesma na medida em que as ações terapêuticas têm sempre como alvo o próprio paciente (23). A implementação efetiva do cuidado segundo esse modelo requer a criação e a manutenção de uma relação de parceria na qual ambos os participantes reconheçam os seus papéis e se engajem ativamente no seu cumprimento, baseando-se em diálogo aberto e confiança mútua (23).

A adoção do Cuidado Centrado no Paciente como modelo orientador do cuidado implica uma mudança do modelo hegemônico atual, que foca no profissional, para um no qual esse foco está direcionado para o paciente, o que resulta, também, em uma nova perspectiva pela qual a Bioética do Cuidado em Saúde aborda os conflitos morais que se apresentam na prática clínica. Enquanto no Princípioalismo esses conflitos são abordados pelo prisma dos deveres e obrigações primárias que emergem dos profissionais, a Bioética do Cuidado em Saúde propõe que esses conflitos sejam avaliados sob a perspectiva primária do Direito do Paciente, de onde aqueles deveres e obrigações surgem secundariamente (8,16,23).

O Direito do Paciente, quarto eixo estruturante da Bioética do Cuidado em Saúde, é composto pelos direitos aos quais todas as pessoas sob cuidados em saúde são titulares (16). Esses, por sua vez, são derivados dos direitos humanos, que, na perspectiva desse referencial bioético, representam uma ética secular globalmente compartilhada que expressa de forma pragmática, pela linguagem dos direitos, os compromissos morais adotados pela humanidade que estabelecem mínimos morais a serem seguidos (12,16,24). A partir dessa visão, a Bioética do Cuidado em Saúde considera que a análise de conflitos morais e a prescrição de condutas éticas na prática clínica emergem primariamente dos direitos do paciente, sendo, portanto, hierarquicamente superiores a princípios, regras ou deveres fundamentados por

teorias – como Utilitarismo e Principlismo – que não se baseiam nos compromissos morais sólidos que esses direitos representam (16).

Além da sua dimensão substantiva, que contém os elementos teórico-normativos desse referencial, a Bioética do Cuidado em Saúde possui também uma dimensão procedimental, que será apresentada a seguir.

1.1.2 A dimensão procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde

A dimensão procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde é constituída por um método formal de análise e solução de conflitos morais que surgem na prática clínica, orientando um processo de deliberação ética que culmina em prescrições de condutas morais fundamentadas nos elementos teórico-normativos que compõem a dimensão substantiva desse referencial (8,12,16). Esse processo de deliberação ética requer a classificação do conflito moral surgido na prática clínica em uma de duas categorias: problema moral ou controvérsia moral (8).

Segundo Greene (24), o progresso moral da humanidade pode ser constatado a partir dos compromissos morais firmados pelas pessoas, expressos por meio da linguagem dos direitos. Sob essa perspectiva, Albuquerque (8) afirma que as teorias da Bioética Clínica não acompanharam o progresso moral da humanidade ao não incorporar no seu arcabouço os compromissos morais sólidos que já foram estabelecidos na área, como o Cuidado Centrado no Paciente e os direitos dos pacientes derivados dos direitos humanos como: o direito de participar da tomada de decisão; o direito ao consentimento informado; o direito à segunda opinião; o direito de recusar tratamentos e procedimentos; o direito à informação; o direito de acesso ao prontuário do paciente; o direito à confidencialidade dos dados pessoais; o direito ao cuidado em saúde com qualidade e segurança; o direito de não ser discriminado; o direito de apresentar uma queixa; e o direito à reparação(8,23).

A partir desse contexto, os conflitos morais que surgem da violação de normas morais amplamente pactuadas pela sociedade, sobretudo aquelas explicitadas por meio dos direitos dos pacientes, são definidos como *problemas morais*, que emergem, portanto, do descumprimento de questões morais já resolvidas (8,16). Nesse caso, o processo de deliberação ética tem como objetivo estabelecer um diálogo com o

profissional para que ele possa compreender, por meio do processo de apoio de pares, que as suas ações infringem compromissos morais que já solucionaram a questão em evidência (8).

O apoio de pares é uma abordagem no qual o profissional envolvido no processo de deliberação ética recebe apoio de outro profissional com experiência similar à dele (25,26). O fato de compartilharem experiências similares facilita que uma relação entre ambos possa ser criada e o profissional que presta o apoio possa escutar, avaliar e apoiar o outro de forma empática, validando suas emoções e seu ponto de vista, contribuindo para que ele possa compreender que um compromisso moral foi violado, o que pode evitar ocorrências futuras similares (25,26).

No contexto dos cuidados em saúde podem ocorrer também conflitos morais em decorrência de choque de moralidades distintas entre pacientes – ou familiares – e profissionais, sem que haja um compromisso moral sólido previamente firmado pela sociedade que tenha sido adotado como solução para aquela questão moral. Nesses casos, que são definidos como *controvérsias morais*, a Bioética do Cuidado em Saúde propõe o diálogo entre as partes envolvidas no conflito por meio de um processo restaurativo, que consiste na atuação conjunta desses atores com o objetivo de solucionar a questão, restaurando as conexões humanas abaladas pelas consequências da divergência moral ocorrida (8,25). Nesse modelo de resolução de conflitos, o foco não recai sobre as potenciais violações que possam ter ocorrido ou sobre quem foram os possíveis culpados, mas sobre as necessidades das pessoas envolvidas no evento e sobre como atendê-las, promovendo a reparação dos danos sofridos e reestabelecendo a confiança entre as partes (27). Além disso, a deliberação de casos relacionados a controvérsias morais envolve a ponderação de direitos, princípios e regras, que atuam como normas orientadoras para que as pessoas envolvidas possam construir conjuntamente uma solução eticamente adequada para o caso em questão, soluções essas que são sempre casuísticas, ou seja, válidas apenas para as situações específicas para as quais foram elaboradas (8,16).

Além da diferenciação entre problemas morais e controvérsias morais, a Bioética do Cuidado em Saúde defende que o processo de deliberação ética deve ser guiado pelo preceito da primazia do cuidado do paciente (8). O *cuidado*, para Herring (28), é uma prática que possui quatro marcadores: i) atendimento das necessidades do outro – que podem ser biológicas, emocionais ou relacionais; ii) respeito pelo outro – que envolve reconhecer a humanidade e a dignidade da outra pessoa; iii)

responsabilidade pelo outro – que envolve assumir, em certa medida, o dever de atender às necessidades do outro a despeito de ser conveniente ou não para o cuidador; e iv) o cuidado como relacionamento interpessoal – o cuidado ocorre no contexto de uma *relação* entre cuidador e pessoa cuidada, que se influenciam mutuamente. Baseado nessas características, Albuquerque (8) define que o *cuidado em saúde* é uma atividade relacional cujo objetivo é o atendimento responsável das necessidades do paciente pelos profissionais de saúde, respeitando-o como um ser dotado de estados mentais únicos, possuindo, portanto, vontade, preferências, moralidade e conhecimento experiencial singulares. Assim, essa autora argumenta que, se os conflitos morais que surgem da prática clínica são questões associadas aos cuidados em saúde, então a deliberação ética nesses casos deve necessariamente ser orientada pelas características balizadoras do cuidado, que é a essência da prática clínica (8,9,14).

A partir dessas considerações, o processo de deliberação ética na Bioética do Cuidado em Saúde pode ser organizado em quatro etapas (8,16). A Etapa 1 consiste na apreciação do caso, onde as informações sobre o evento em questão serão obtidas de todas as pessoas envolvidas – o que inclui paciente, familiares e profissionais, cujos relatos devem ser considerados igualmente relevantes. A Etapa 2 consiste na demarcação do escopo do caso, ou seja, na delimitação da questão moral fundamental subjacente, que, uma vez determinada, será classificada em controvérsia moral ou problema moral. A Etapa 3 se refere à análise ética do caso que, sendo uma questão de controvérsia moral, envolve a identificação e análise dos princípios, direitos e critérios de tomada de decisão que orientam as partes envolvidas; sendo um caso de problema moral, envolve a identificação e análise tanto do compromisso moral sólido que foi violado quanto da perspectiva, adotada pelo profissional, que justificou a negação do cumprimento desse compromisso. A Etapa 4 consiste, no caso de controvérsias morais, no estabelecimento do diálogo entre as partes, se assim desejarem, orientado por um processo restaurativo; no caso de problemas morais, consiste na promoção do diálogo com o profissional, caso deseje, guiado por um processo de apoio de pares.

Apresentada a fundamentação da Bioética do Cuidado em Saúde e as dimensões substantiva e procedimental que a compõem, segue-se para a descrição dos objetivos e da metodologia desta dissertação.

1.2 OBJETIVOS E METODOLOGIA

Considerando as limitações do Princípioalismo, baseado na preocupação emocionalmente distanciada, e a necessidade de um referencial de Bioética Clínica alinhado ao status atual dos direitos dos pacientes e aos compromissos morais sólidos firmados pela sociedade no contexto dos cuidados em saúde, o objetivo central desta dissertação é desenvolver o arcabouço teórico que fundamenta a empatia clínica como eixo estruturante da Bioética do Cuidado em Saúde. Os seus objetivos específicos são: apresentar as consequências da empatia clínica para profissionais e pacientes; analisar a sua função epistêmica para profissionais e pacientes; analisar a sua função motivadora de comportamentos altruísticos; justificar a sua relevância moral nos cuidados em saúde; e examinar a sua relação com as dimensões substantiva e procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde.

A metodologia deste trabalho consiste em uma pesquisa teórica, compreendida como o estudo cujo propósito é construir e reconstruir teorias, quadros de referências e condições explicativas da realidade (8). Esse tipo de pesquisa sistematiza o conhecimento produzido sobre um determinado objeto, não se constituindo, apesar disso, como uma mera repetição daquilo que já foi construído: ao analisar o objeto sob diferentes pressupostos e perspectivas, viabiliza novas formas de compreensão da realidade, criando, potencialmente, conclusões inovadoras para o problema de pesquisa (29,30). Adota-se como marcos teóricos autores que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento dos objetos deste trabalho. Os referenciais teóricos desta dissertação e a organização desta pesquisa serão descritos a seguir.

No Capítulo 2 apresenta-se a relação dos julgamentos morais e da motivação moral com a empatia. Descreve-se inicialmente a tese do racionalismo ético, que afirma que tanto o julgamento quanto a motivação moral possuem bases exclusivamente lógico-cognitivas. Em seguida, são apresentadas as diferentes concepções de empatia segundo Michael Slote, Martin Hoffman, Jesse Prinz e Paul Bloom, autores da linha do sentimentalismo moral que defendem que o julgamento moral e a motivação moral são influenciados pelas emoções e sentimentos do indivíduo. Descreve-se o conceito de empatia para cada um desses autores e como eles interpretam a sua influência nos julgamentos e na motivação moral. No final do

capítulo, define-se o conceito de empatia que será utilizado neste trabalho, dividindo-o em dois componentes: a empatia cognitiva e a empatia emocional.

O Capítulo 3 é dividido em três partes. Na primeira, adota-se como marcos teóricos as obras de Aline Albuquerque, Jeremy Howick e Jodi Halpen para definir a empatia clínica como um construto composto por três dimensões: a compreensão dos estados mentais e emocionais do paciente, a comunicação dessa compreensão e a ação terapêutica. Apresenta-se também o conceito de preocupação empática, que pode ser induzida no profissional como consequência da empatia que ele manifesta pelo paciente, motivando-o a realizar ações terapêuticas altruísticas. A segunda parte do capítulo aborda as consequências da empatia clínica para os pacientes e para os profissionais. Quanto aos pacientes, apresentam-se evidências de que a empatia clínica pode reduzir a ansiedade, gerar maior satisfação e maior adesão medicamentosa. No que se refere aos profissionais, apresentam-se evidências de que o exercício da empatia cognitiva e da preocupação empática diminuem o risco de *burnout*, enquanto o exercício da empatia emocional pode aumentar o seu risco. A terceira parte do capítulo analisa as evidências da evolução da capacidade empática dos estudantes da área da saúde ao longo da sua formação acadêmica, que apontam para uma queda da empatia cognitiva desses indivíduos.

O Capítulo 4 analisa a função moral da empatia clínica. Apesar dos potenciais benefícios da empatia clínica para pacientes e profissionais apresentados no capítulo anterior, argumenta-se que a sua relevância moral decorre principalmente da sua função epistêmica – que permite compreender os estados mentais e emocionais do outro – e da sua função de motivar ações altruísticas – aquelas que tem como objetivo principal a promoção do bem-estar do outro. Na primeira parte desse capítulo, parte-se da formulação teórica de Christiana Werner e David Chalmers para argumentar que a empatia clínica contribui para a compreensão dos estados mentais e emocionais do paciente, fenômeno que envolve a apreensão, pelos profissionais, tanto de conceitos fenomenais – relacionados à experiência subjetiva de *como* o paciente se sente –, quanto de conceitos não-fenomenais – relacionados a conhecer *o que* o outro sente. Baseado nesses dois autores e em Julinna Oxley, argumenta-se que a empatia clínica possui três funções epistêmicas para os profissionais de saúde: promover a compreensão fenomenal dos estados mental e emocional do paciente, gerar conhecimento não-fenomenal sobre o paciente e identificar a sua hierarquia de valores.

Na segunda parte do Capítulo 4, adotam-se os referenciais de Jacopo Domenicucci, Joshua Kelsall, Richard Holton e Onora O'Neill para propor que existem quatro critérios de confiabilidade do paciente no profissional: honestidade, compromisso, competência e motivação adequada. Com base nesses critérios, argumenta-se que a percepção, pelo paciente, de que o profissional manifesta preocupação empática por ele, tem o potencial de induzir no paciente a crença de que o profissional possui a motivação adequada para uma relação de cuidados em saúde – a motivação altruística –, promovendo a confiança do paciente no profissional. Assim, propõe-se a tese de que a empatia clínica possui também função epistêmica para os pacientes ao proporcionar que eles compreendam, ao menos parcialmente, que os profissionais estão motivados altruisticamente. Na terceira parte do capítulo, a partir do marco teórico de Daniel Batson, apresentam-se as condições necessárias e suficientes para a manifestação de preocupação empática pelos profissionais de saúde e argumenta-se que parte da relevância moral da empatia clínica decorre do fato de a preocupação empática ser intrinsecamente motivadora de ações altruísticas.

O Capítulo 5, partindo dos estudos de Aline Albuquerque e Jonathan Herring, analisa a relação entre a empatia clínica e a Bioética do Cuidado em Saúde. Na primeira parte do capítulo, o arcabouço geral desse referencial é apresentado, dividindo-o nas suas dimensões substantiva – que contém o seu conteúdo teórico-normativo – e procedimental – que trata sobre a deliberação ética de conflitos morais na prática clínica. Na segunda parte, analisa-se a relação dessas dimensões com a empatia clínica, argumentando-se que o exercício desta é um comando ético para uma prática clínica alinhada aos compromissos morais firmados pela sociedade no contexto dos cuidados em saúde.

2 EMPATIA E MORALIDADE

Este capítulo apresenta a relação da empatia com a moralidade e seu objetivo é expor as principais perspectivas da literatura acerca da relação da empatia com os julgamentos morais e a motivação moral. Inicialmente serão apresentadas brevemente as ideias de Piaget e Kohlberg, que dominaram o século 20 com a teoria de que os julgamentos e a motivação moral possuem base puramente lógico-cognitiva. Em seguida, serão expostas as perspectivas de Michael Slote, Martin Hoffman, Jesse Prinz e Paul Bloom, que reconhecem que os sentimentos e emoções influenciam os julgamentos e a motivação moral, embora diverjam quanto aos efeitos da empatia nesse contexto. A partir desses autores será defendida, no final do capítulo, a posição que será adotada nesta dissertação quanto ao conceito de empatia, que embasará, posteriormente, a perspectiva da empatia clínica que será construída neste trabalho.

2.1 JULGAMENTOS MORAIS E MOTIVAÇÃO MORAL

Modernamente há um consenso de que a empatia tem um papel central na moralidade, porém as diferentes teorias divergem quanto à forma pela qual esses dois conceitos se relacionam (31). Baseado em Jefferson (32) e Albuquerque (2), a análise da relação entre a empatia e a moralidade pode ser feita a partir de duas perspectivas: a relação entre a empatia e os julgamentos morais e a relação entre a empatia e a motivação moral. Neste capítulo serão discutidas três vertentes filosóficas que abordam de maneiras distintas essas duas relações.

O julgamento moral, segundo Malle (33)(13, é um termo usado para se referir a quatro categorias de julgamentos que podem ser feitos sobre um evento. O primeiro deles é o julgamento de valor, que consiste em avaliar um comportamento ou um desfecho como *bom*, *ruim*, *positivo* ou *negativo*. O segundo julgamento é o normativo, que tem como objeto, normalmente, ações intencionais que o indivíduo pretende realizar, classificando-as como *proibidas*, *permitidas* ou *obrigatórias*. Assim, o julgamento normativo atua como uma forma de prescrição que guia a ação, sendo

realizado, geralmente, antes da execução do ato. O terceiro é o julgamento sobre a correção da ação, que determina se as violações intencionais de uma norma moral são (moralmente) *erradas* ou *imorais*. Esse julgamento é realizado, portanto, *após* a realização da ação e a sua conclusão pode ser influenciada pela justificativa do agente (por exemplo: matar é considerado errado, mas não se for realizado em legítima defesa). O quarto é o julgamento de culpa, que, para Malle, é o mais complexo em termos cognitivos, consistindo em determinar se o agente é *culpado* por uma violação moral – condição que sujeita o indivíduo a crítica e repreensão sociais. Essa avaliação combina os três julgamentos prévios para determinar a culpa do agente, pois avalia se os desfechos foram bons ou ruins, se a ação era permitida, proibida ou obrigatória, qual foi a justificativa do agente para a violação, se a sua violação foi intencional ou não, e se ele tinha meios para prevenir o desfecho desfavorável.

A motivação moral pode ser entendida como um subtipo de motivação normativa, que, por sua vez, está relacionada à motivação de um indivíduo para agir conforme um juízo normativo feito por ele (34). Assim, o estudo da motivação moral, de forma geral, busca responder à seguinte pergunta: o que leva um indivíduo a agir em conformidade com o julgamento moral que ele realizou (35)? Uma característica que diferencia os julgamentos morais normativos dos julgamentos não-morais – como o matemático e o empírico, por exemplo – é que, ao contrário destes, aqueles possuem força motivacional sobre o agente, embora existam diferentes teorias explicativas sobre como o agente se sente motivado a agir (34).

No campo da Psicologia Moral, a maior parte do século 20 foi dominada pela linha racionalista de Piaget e Kohlberg (36,37). O racionalismo ético, segundo Maibom (31), é a posição que defende que a moralidade está fundamentada na razão, que os julgamentos morais são puramente cognitivos, e que a motivação moral decorre diretamente da compreensão de que algo é certo ou errado. Para Piaget, a capacidade de julgamento moral do indivíduo evolui em paralelo com o seu desenvolvimento intelectual e é autoconstruída na infância a partir das relações sociais que a criança estabelece com as outras (36,38), partindo de um julgamento moral baseado primariamente nas consequências dos atos realizados para, com o desenvolvimento intelectual da criança, um julgamento fundamentado primordialmente na intenção do agente (39). Kohlberg, a partir do trabalho de Piaget, afirma que desenvolvimento da capacidade de julgamento moral ocorre em estágios que se sucedem de forma invariável e que se manifestam universalmente em todas

as culturas, sendo um reflexo da capacidade lógico-cognitiva do indivíduo e não de emoções sentidas por ele ou captadas de outras pessoas – como seria o caso de uma emoção surgida a partir da empatia com outro indivíduo (40). Kohlberg reconhece que as emoções estão fortemente associadas aos julgamentos morais, mas rejeita a ideia de que elas sejam condicionantes desse tipo de julgamento; ao contrário, é o julgamento moral que determina a interpretação que será dada à emoção vivenciada pelo indivíduo, tornando-a congruente com o resultado da sua deliberação (40).

Esta dissertação rejeita a hipótese racionalista considerando que, segundo Damásio, a experiência mental do ser humano é composta não apenas de funções cognitivas relacionadas à memória, à atenção, à linguagem e ao raciocínio, mas também, de forma indissociável, de sentimentos (41,42). O sentimento é vivenciado simultaneamente como uma experiência mental e como um evento que ocorre no corpo físico do indivíduo, por isso, segundo o autor, ele é o elo fundamental que conecta corpo e mente, permitindo que esta se reconheça como proprietária tanto dos conteúdos mentais que acessa quanto do corpo que sente (42). Segundo essa perspectiva, os sentimentos estão sempre presentes, seja em maior ou menor grau, na experiência mental do indivíduo, influenciando seu processo deliberativo (42) que, portanto, nunca pode ser completamente racional devido à inevitável reação afetiva da pessoa às variações do seu estado interno – físico e mental – e às mudanças do ambiente externo. Em consonância com esses argumentos, Michael Slote afirma que a mente humana não pode trabalhar de forma meramente intelectual, racional ou cognitiva, já que as emoções são parte estruturante do funcionamento mental (43). Por isso, adota-se nesta dissertação a perspectiva do *sentimentalismo ético*, linha da ética normativa que reconhece que os sentimentos e emoções³ são indispensáveis para a compreensão da moralidade, opondo-se, portanto, ao racionalismo ético (2,44).

A seguir serão apresentadas três vertentes sentimentalistas que relacionam a empatia com os julgamentos morais e a motivação moral. A primeira seção deste

³ Segundo Antônio Damásio, as *emoções* são um conjunto de processos biológicos involuntários do organismo – como alterações cardiovasculares, endócrinas, respiratórias, posturais e de expressão facial –, desencadeadas pela percepção de um estímulo externo ou por evocação da memória (42). Os sentimentos são experiências mentais desencadeadas pelos diversos estados fisiológicos do organismo, originando-se das emoções ou de fenômenos intrínsecos à própria regulação orgânica que geram, por exemplo, os sentimentos de *sede* quando os receptores orgânicos detectam falta relativa de água ou *fome* quando detectam queda de glicose no sangue (41,42). O termo *afeto* se refere ao conjunto dos sentimentos e emoções que o indivíduo vivencia e manifesta em determinado momento (41).

capítulo abordará o sentimentalismo moral de Michael Slote, para o qual a empatia é necessária tanto para o julgamento quanto para a motivação morais; a segunda seção apresentará a abordagem de Martin Hoffman, que afirma que a empatia é fundamental para a moralidade humana, sobretudo pela sua capacidade de promover comportamentos altruísticos, embora reconheça que ela possui vieses que podem levar a julgamentos morais equivocados; a terceira seção descreverá as teorias de Prinz e Bloom, que refutam a tese de que a empatia seja necessária para o julgamento ou para a motivação moral, ressaltando seus aspectos negativos em ambos os contextos. Por fim, na quarta seção será apresentada a perspectiva que será adotada nesta dissertação quanto ao conceito de empatia.

2.2 A ÉTICA BASEADA NA EMPATIA: A TEORIA DE MICHAEL SLOTE

Michael Slote defende que a empatia é a base da moralidade humana e que é pré-requisito tanto para os julgamentos morais quanto para a motivação moral (45). Ele adota uma perspectiva fenomenológica na construção do seu referencial no sentido de que, para ele, a normatividade de uma teoria sentimentalista deve, além de ser bem fundamentada teoricamente, estar de acordo com a intuição e com o senso comum humanos de certo ou errado (44,46). Sua crítica à ética racionalista se refere ao fato de que ela pode levar a conclusões que contradizem o senso comum de certo ou errado e que, por isso, seria insatisfatória como base para uma ética normativa (44,46). Um exemplo dessa contradição seria o caso de um indivíduo que presencia duas pessoas se afogando, sendo uma delas o seu cônjuge: sob uma ética racionalista, critica Slote, o indivíduo seria levado a considerar qual seria a ação moralmente correta a se adotar – se salvar o cônjuge ou o desconhecido – quando, empiricamente, compreende-se que o indivíduo agiria para salvar o cônjuge antes mesmo de refletir, racionalmente, sobre a questão (45). Slote refuta que o julgamento moral precede a aprovação moral ao inverter essa relação: a aprovação e a desaprovação morais são sentimentos que se manifestam primeiro e, somente depois,

e baseado neles, é que os julgamentos morais ocorrem, sendo a *empatia* o elemento que conecta a aprovação e o julgamento moral⁴ (45).

A empatia, para Slote, é um fenômeno psicológico que faz parte da natureza humana, sendo uma forma de receptividade que permite ao indivíduo se conectar ao outro (44,45). Ele divide a empatia em dois componentes: o *projetivo*, que envolve entrar na mente do outro para compreender o seu ponto de vista, sem que, necessariamente, algum sentimento esteja envolvido, e o *associativo*, que é uma forma de empatia receptiva que envolve assumir as opiniões, as atitudes e, sobretudo, as emoções das outras pessoas como se fossem suas (46). Na sua teoria moral, o componente associativo é o que tem maior relevância. Empatizar com outra pessoa, segundo a perspectiva de Slote, significa vivenciar sentimentos e emoções de valência positiva ou negativa direcionados ao mesmo objeto que é causa da reação afetiva dessa outra pessoa. Assim, empatizar com alguém que está sentindo dor em seu braço significa sentir uma sensação desagradável que ressoa a emoção da pessoa com dor, mas que é desencadeada, em última instância, pela própria dor do braço que a pessoa sente. A empatia, por meio do seu componente receptivo, é uma forma de conexão do observador ao próprio objeto – nesse caso a dor – que provocou as sensações na pessoa observada, criando uma espécie de linha imaginária afetiva que liga o objeto ao observador através da pessoa observada. Segundo Slote, quando se está empaticamente receptivo a alguém que esteja em sofrimento, a própria pessoa que empatiza também sofrerá, o que desencadeia nela uma afetuosidade que se dirige à pessoa que necessita de ajuda (45).

Slote parte da premissa de que as ações generosas de um agente em direção a outra pessoa são naturalmente aprovadas moralmente e que esse sentimento é derivado da capacidade empática dos seres humanos, que surge antes mesmo do pleno desenvolvimento dos conceitos morais de certo ou errado (45). De forma mais específica, a aprovação moral decorre do enternecimento sentido por um observador ao sintonizar empaticamente com a afetuosidade que o agente demonstra nas suas ações em relação a uma pessoa em necessidade⁵ (45). Analogamente, a

⁴ Slote não define em sua obra os conceitos de sentimento ou emoção.

⁵ Não há tradução oficial da obra de Slote para o português. Em *Between Psychology and Philosophy: East-West Themes and Beyond*, Slote afirma, na página 97: “We are sometimes warmed by the warmth another person demonstrates or exemplifies toward some third party, for example, toward a friend. And in *Moral Sentimentalism* (henceforth MS) I argued that when we are thus warmed by another, we are, in a most basic way, morally approving of them or of what they are trying to do. But by the same token we can be chilled by the cold-heartedness someone displays in their attitude or actions toward some

desaprovação moral decorre do calafrio sentido por esse observador diante da frieza ou da insensibilidade do agente em relação à pessoa em necessidade (44). Ambos os sentimentos – a capacidade de enternecer-se ou de sentir calafrios como resposta empática a ações de outras pessoas – são, para Slote, uma predisposição natural do ser humano, já que crianças podem manifestar essa capacidade mesmo que ainda não entendam conceitos de moralidade, embora seja somente depois de aprender tais conceitos que elas possam classificar alguém como bom ou mau em termos morais (43).

O recurso da fixação de referência é o que permite a Slote defender a objetividade moral da sua teoria. Partindo desse entendimento, ele *fixa a referência* dos termos *moralmente bom* e *moralmente correto* na descrição “o que quer que exista nos agentes ou em suas ações que provoque no observador um sentimento de aprovação moral” (44,45). Assim, dizer que algo é moralmente correto é referir-se a uma propriedade do agente ou das suas ações cuja identificação, pelo observador, é proporcionada por um sentimento de enternecimento, que, por sua vez, somente pode ser causado por dois fenômenos segundo Slote: pela afetuosidade do agente ou pelo cuidado empático que ele demonstra em relação a outra pessoa (45). Esses dois fenômenos, no entanto, são interdependentes e se implicam mutuamente, pois são decorrentes de uma mesma fonte: a empatia que o agente demonstra em relação à pessoa necessitada, que o leva a ser afetado pela condição adversa do outro (43–45). Logo, o autor conclui que *moralmente bom* ou *correto* é a própria afetuosidade empática do agente conforme demonstrada pelas suas ações (44). De forma análoga, se a desaprovação moral decorre de um calafrio que o observador sente diante da frieza ou da insensibilidade do agente em relação a outra pessoa, então uma ação moralmente incorreta é aquela que expressa essa frieza do agente em decorrência da sua ausência de empatia com a pessoa necessitada, o que leva Slote a definir que uma ação é moralmente incorreta se, e somente se, ela expressar ausência de preocupação empática do agente em relação ao outro (44).

third party, and MS argued that this constitutes a basic kind of disapproval of that cold-hearted person”. Flavio Williges e Mateus Stein traduziram um artigo de Slote que foi publicado, de forma original, diretamente em português conforme a referência a seguir (46). Eles traduzem os termos *warmed*, *warmth*, *chilled* e *cold-heartness* como, respectivamente, *ser tocado*, *amabilidade*, *tornar-se frio* e *frieza*. Há uma deliberada intencionalidade de transmitir sentimentos associados a sensações térmicas nas definições de Slote de aprovação e desaprovação moral, porém não há uma correspondência fiel – ao mesmo tempo semântica e fenomenológica – na língua portuguesa, por isso foi decidido adotar a seguinte tradução: enternecimento para *warmed*; afetuosidade para *warmth*; calafrio para *chilled*; e frieza para *cold-heartness*.

Se a afetuosidade do agente decorre da empatia que ele manifesta pela pessoa em necessidade e a aprovação moral decorre do enternecimento empático de um observador ao perceber a empatia expressada por esse agente, então a aprovação moral decorre de uma empatia de segunda ordem, ou seja, decorre da empatia do observador em relação à empatia do agente (44). Nesse caso, o foco da empatia do observador é a afetuosidade ou a empatia *do agente* e não implica que esse observador manifeste afetuosidade pela pessoa necessitada. Assim, enquanto a empatia de primeira ordem do agente tem como foco a *pessoa necessitada*, a empatia de segunda ordem da aprovação moral tem como objeto o *agente*, embora a capacidade de manifestar empatia de segunda ordem pressuponha, para Slote, a existência de uma capacidade empática de primeira ordem (43). Tal pressuposição se deve ao fato de que, para esse autor, um indivíduo, como observador, não poderia compreender a presença ou ausência de empatia de primeira ordem nas ações de um agente – e, com isso, estabelecer com ele uma empatia de segunda ordem que culminaria em um julgamento moral –, se o próprio observador não fosse capaz dessa mesma reação afetiva – a de empatizar com o sofrimento do outro (43).

A empatia possui duas características distintivas: ela é *parcial* no sentido de que ela não é mobilizada igualmente por todas as pessoas, mas é sentida mais fortemente por aqueles mais próximos à pessoa, seja por consanguinidade ou por nível de intimidade pessoal; e ela é *perspectivista*, ou seja, ela é sentida mais fortemente quando o perigo ou sofrimento é atual (e não no futuro), quando é diretamente perceptível (em vez de apenas conhecido por meios indiretos) e quando o dano é causado por uma ação direta do indivíduo (em vez de um dano por omissão) (43,44). Para Slote essas duas características não são fontes de vieses deturpadores dos julgamentos morais, mas os próprios elementos que permitem uma compreensão fenomenológica da aprovação e do julgamento moral mais congruente com as noções intuitivas da moralidade humana do que a explicação proporcionada por uma ética racionalista (45,46). Constata-se que na teoria ética sentimentalista desse autor a empatia se relaciona com o julgamento moral em pelo menos dois aspectos: primeiro, ser portador de capacidade empática é condição necessária para que o indivíduo seja capaz de realizar um julgamento moral; segundo, essa capacidade, quando manifestada pelas ações de um indivíduo, é exatamente aquilo que torna a sua ação moralmente correta, já que a ausência de empatia do agente – conforme demonstrado

pelas suas ações – é condição suficiente para definir a ação como moralmente incorreta.

Slote afirma que empatizar com uma pessoa implica que ambos sofrem pelo mesmo objeto, o que, automaticamente, motiva o comportamento altruísta do agente em benefício da outra pessoa. Se aprovar moralmente uma ação é julgar que ela é moralmente boa ou correta, então, para esse autor, essa aprovação significa que o observador da ação apresenta uma disposição favorável a esse ato (45). Dessa forma, caso esteja em um contexto similar, esse observador – agora na posição de agente – , ao captar empaticamente o sofrimento de outra pessoa, estará automática e altruisticamente motivado a agir conforme sua aprovação moral prévia, o que torna a sua motivação, além de altruística, *moral*. Assim, Slote defende que a empatia é condição necessária tanto para o julgamento moral quanto para a motivação moral.

2.3 A EMPATIA COMO PROMOTORA DE COMPORTAMENTOS PRÓ-SOCIAIS: A TEORIA DE MARTIN HOFFMAN

Hoffman foca sua teoria em torno do conceito de *angústia empática*, que é uma resposta afetiva desagradável sentida por uma pessoa que presencia, imagina ou toma conhecimento do sofrimento de outras pessoas (47,48). Ele afirma que a resposta empática ao outro é mediada por processos psicológicos que induzem no indivíduo uma resposta afetiva que é mais congruente com a situação do outro do que com a sua própria situação (47), podendo ser dividida em empatia *cognitiva*, relacionada aos processos que permitem a compreensão de como o outro se sente, e em empatia *afetiva*, relacionada ao estado emocional induzido no indivíduo pelas emoções ou pela situação do outro (47,48). Embora a empatia afetiva possa induzir, de forma vicária, um estado emocional análogo ao da outra pessoa, não é necessário que haja correspondência entre eles, já que o observador pode ressoar não apenas o estado atual do observado, mas manifestar também o estado afetivo que normalmente se esperaria que ele apresentasse naquela situação (48). Assim, o observador pode sentir *raiva empática* por um perpetrador que causou um dano a alguém mesmo que a própria vítima não sinta raiva (47).

Coplan define que há *correspondência afetiva* quando o observador apresenta um estado afetivo qualitativamente idêntico ao do observado, ou seja, quando ele vivencia a mesma emoção do outro, embora possa haver variação quantitativa (49). Slote (45), Prinz (50) e Bloom (51), assim como Coplan (49), defendem que a empatia requer correspondência afetiva. Batson (19) afirma que a empatia requer apenas que as emoções do observador possuam a mesma valência – positiva ou negativa – do observado, posição que é classificada por Coplan como *congruência afetiva* (49). A posição de Hoffman diverge das anteriores ao incluir os *afetos reativos* – estados afetivos induzidos pela percepção da situação do outro sem correspondência ou congruência com o seu estado emocional (49) – como uma possibilidade de resposta empática.

A empatia pode ser desencadeada, segundo Hoffman, por cinco mecanismos:

- a) *mimetismo*, no qual há primeiramente um processo automático de imitação da expressão corporal, facial e vocal da pessoa em sofrimento que, por sua vez, ativa circuitos neurais que induzem no indivíduo, por meio de *feedback*, um estado afetivo correspondente ao da outra pessoa;
- b) *condicionamento*, no qual a angústia empática se torna uma resposta condicionada como consequência de o indivíduo observar pessoas em sofrimento estando, ele próprio, em sofrimento naquele mesmo momento;
- c) *associação direta*, quando a situação da pessoa diretamente observada evoca uma situação análoga que o observador viveu no passado;
- d) *associação mediada*, quando o sofrimento do outro é comunicado por meio da linguagem – pela própria vítima ou por outras pessoas – e evoca uma situação análoga vivida pelo observador, permitindo que ele empatize com pessoas que estejam fisicamente ausentes;
- e) *tomada de perspectiva*, que consiste em imaginar-se na situação do outro (47,48). Os três primeiros mecanismos estão presentes desde a infância e são pré-verbais – ou seja, manifestam-se antes mesmo da aquisição de linguagem –, passivos e involuntários, sendo desencadeados por sinais ou dicas situacionais manifestadas voluntária ou involuntariamente pela outra pessoa, requerendo baixo processamento cognitivo e permitindo empatia apenas com pessoas fisicamente presentes (48). Os mecanismos de associação mediada e tomada de perspectiva surgem mais tardiamente, pois requerem a aquisição prévia de linguagem para que possam se manifestar, e estão sob controle voluntário do indivíduo, que pode decidir desengajar-se das emoções empáticas mediadas por eles ao se afastar da pessoa em sofrimento ou ao desviar sua atenção dos pensamentos sobre ela (47,48). No adulto, todos os

cinco mecanismos podem atuar isoladamente ou em conjunto para permitir que o indivíduo empatize com outras pessoas (47,48).

Há três formas de tomada de perspectiva: a *auto-orientada*, na qual o indivíduo imagina como ele próprio se sentiria se aquilo que causa o sofrimento do outro estivesse ocorrendo com ele próprio; a *orientada para o outro*, na qual o indivíduo imagina como o outro está sentindo considerando as informações que ele possui da outra pessoa e como é esperado que a maioria das pessoas se sinta quando estão na mesma situação; e a *combinada*, na qual o indivíduo foca sequencialmente em si mesmo e no outro, alternando entre os dois modos anteriores de tomada de perspectiva (47,48). A perspectiva auto-orientada produz uma angústia empática mais intensa do que a orientada para o outro e por isso gera uma resposta empática menos estável, já que aumenta a probabilidade de o sofrimento vicário ser suficientemente intenso para levar a pessoa a quebrar a conexão empática com o outro com o objetivo de se proteger do sofrimento (47,48). Por isso, Hoffman defende que a forma combinada seria o subtipo mais poderoso de tomada de perspectiva, pois a perspectiva auto-orientada permitiria uma angústia empática mais intensa, aumentando as chances de um comportamento altruístico, ao mesmo tempo em que a perspectiva orientada para o outro diminuiria a probabilidade de desconexão empática (47).

Há seis estágios de desenvolvimento da capacidade empática do ser humano (48). Os três primeiros ocorrem apenas na infância e são completamente substituídos pelos três últimos estágios, que constituem o que Hoffman define como *empatia madura* e que são as fases relevantes para o estudo da moralidade do adulto. A *empatia verdadeira* surge a partir do final do segundo ano de vida, quando a criança desenvolve a consciência plena de que ela não apenas é fisicamente distinta de outras pessoas, mas que seus estados internos são independentes, permitindo que ela supere os impulsos egoístas que apresentava até então de buscar conforto para si mesma quando presenciava alguém em sofrimento para passar a oferecer ajuda à pessoa necessitada (48,52). Dessa forma, surge nessa fase do desenvolvimento neurocognitivo um dos elementos fundamentais da empatia madura: a clara diferenciação de que a angústia empática é *vicária*, sendo função, portanto, de fatos adversos que acometem *outra pessoa* (48). Ademais, nesse estágio, quando um indivíduo presencia alguém em sofrimento, parte da sua angústia empática é convertida em uma reação afetiva de preocupação com o outro e de compadecimento

pelo sofrimento dele – definida pelo autor como *angústia simpática* ou *compaixão* –, cuja manifestação é o marco de surgimento da empatia verdadeira e que induz, no indivíduo, a motivação altruística de agir para aliviar o sofrimento da outra pessoa (48,52).

O estágio seguinte surge dos 6-9 anos de idade quando a criança compreende que as pessoas possuem um *self* coerente, contínuo e estável e que, por isso, elas podem sofrer além dos momentos em que as suas aflições são presenciadas, permitindo que a criança empatize com outras pessoas em sofrimento mesmo que ela não presencie diretamente as situações desagradáveis que acometem o outro (48,52). Dessa forma, a criança passa a responder empaticamente não apenas aos sinais imediatos que o outro manifesta – como o seu comportamento, sua expressão emocional ou a sua situação atual –, mas também a partir de fatos que ela tenha conhecimento ou que imagine que possam afetar a condição do outro (48,52).

O último estágio é o da *angústia empática por grupos* e surge na adolescência (52). Para empatizar com um grupo o indivíduo normalmente empatiza, primeiramente, com um único indivíduo e depois generaliza a sua resposta afetiva para o grupo ao considerar que todos estão sujeitos à mesma situação (48).

Há uma tendência humana natural de atribuir causalidade aos eventos desagradáveis que acometem as pessoas e o tipo de atribuição que é feito é capaz de modular a intensidade e a qualidade da resposta afetiva empática do indivíduo (47). A angústia empática pode ser reduzida ou até mesmo neutralizada quando se considera que a culpa do sofrimento é da própria vítima; nas demais situações ela pode se transformar, parcial ou completamente, em outras respostas afetivas empáticas (47,48): em *angústia simpática*, quando a causa do sofrimento é desconhecida, está além da compreensão do observador ou além do controle da vítima (como em uma doença); em *culpa empática*, quando os esforços para ajudar a pessoa foram infrutíferos, ou *culpa por omissão*, quando a pessoa sequer tentou ajudar o outro em necessidade, permitindo que ele perdurasse em sofrimento; em *raiva empática*, quando outra pessoa é a causa do sofrimento da vítima, podendo ser um afeto correspondente à emoção dela ou um afeto reativo dirigido perpetrador, que, em ambos os casos, pode estar associada também a tristeza ou desapontamento correspondentes à emoção da vítima; ou em um *sentimento empático de injustiça*, quando a vítima recebe menos do que deveria ou é punida mais do que merece (48).

Apesar de ressaltar seu papel fundamental na moralidade, Hoffman reconhece que a empatia está sujeita a limitações, como nos casos em que a compaixão associada à angústia empática é sobrepujada por razões egoístas – como medo ou ambição pessoal – e nos casos em que a resposta afetiva empática é tão intensa que o indivíduo se desconecta empaticamente do outro para evitar o próprio sofrimento (47,52). Além disso, a empatia, segundo a denominação do autor, está sujeita aos vieses de *familiaridade* e de *aqui-e-agora* (52). O primeiro se refere à predisposição de empatizar mais fácil e intensamente com amigos, parentes ou pessoas do mesmo grupo ao qual o indivíduo pertença – seja este um grupo étnico ou delimitado por outras características distintivas. O segundo viés se refere ao fato de ser mais provável empatizar com pessoas presentes do que com aquelas ausentes, o que decorre do fato de que somente o primeiro caso permite a ativação da empatia por meio de mecanismos pré-verbais (47,52).

Hoffman reconhece que a empatia pode influenciar os julgamentos morais e que os seus vieses podem predispor a hostilidade por raiva empática e a violência entre grupos, sobretudo em sociedades multiétnicas e heterogêneas (47). Em oposição a Slote, para o qual os julgamentos morais são embasados na empatia e devem refletir as suas tendências naturais – ou vieses –, Hoffman afirma a empatia não pode ser o único critério de validação desses julgamentos, sendo necessário modulá-la por meio da sua associação aos princípios de *justiça* – que envolve a imparcialidade, isto é, a igual aplicação dos princípios para todas as pessoas –, e de *reciprocidade* – relacionado à proporcionalidade entre ações e consequências (47). Assim, embora não seja necessária para os julgamentos morais, a influência da empatia sobre eles deve ser considerada e estratégias para modulá-la devem ser adotadas com o intuito de limitar os seus vieses.

Apesar das suas limitações, Hoffman considera que a empatia é o alicerce da moralidade pró-social (52) devido à sua capacidade de motivar comportamentos altruísticos. Ele afirma que a motivação moral é internalizada quando a pessoa aceita e se sente obrigada a se conformar a uma estrutura moral pró-social a despeito de sanções externas, sendo seu motivo para a ação moral vivenciado como sendo compulsório, advindo de dentro de si mesma e levando ao sentimento de culpa quando suas atitudes provocam dano em outras pessoas, dispondo-a, portanto, a considerar as necessidades dos outros mesmo que entrem em conflito com as suas próprias necessidades (47). Essa internalização ocorre ao longo do processo de

desenvolvimento cognitivo da criança, mediado tanto pelas interações dela com outras crianças, que a compelem a considerar as necessidades de outras pessoas, quanto pela indução de disciplina pelos pais, que criam uma associação entre a transgressão de uma norma moral e a culpa por meio da angústia empática (47). Assim, esse processo de internalização é o mecanismo que permite que o sofrimento de outra pessoa motive o comportamento pró-social do indivíduo, já que, segundo Hoffman, a angústia empática precede e se correlaciona positivamente com esses comportamentos (47). Embora a angústia empática possa gerar uma motivação egoísta que induz comportamentos pró-sociais com o objetivo de aliviar o próprio desconforto, a empatia madura está sempre associada à angústia simpática – ou seja, a uma preocupação com a outra pessoa e a um compadecimento com a situação dela –, que confere à motivação pró-social decorrente da empatia um componente altruístico que predispõe o indivíduo a agir não somente com o propósito de aliviar o próprio sofrimento, mas também o do outro (47,48,52). Por isso, o autor afirma que a empatia é uma disposição para o altruísmo, que não é apenas emocional, já que a angústia empática desencadeada pela violação de uma norma moral pode evocar princípios morais que aumentam a força motivacional do indivíduo, associando ao componente afetivo da sua motivação um componente cognitivo de cumprimento de um dever ou de uma responsabilidade, o que leva indivíduos que já passaram pela fase de internalização moral a apresentar preocupação empática com o outro mesmo que os desejos dele entrem em conflito com os seus próprios (47). Assim, Hoffman defende que a empatia é intrinsecamente motivadora e que deve ser modulada para estimular sua disposição altruística ao mesmo tempo em que suas limitações e vieses naturais são minimizados (47).

2.4 OS EFEITOS NEGATIVOS DA EMPATIA NA MORALIDADE: AS TEORIAS DE JESSE PRINZ E PAUL BLOOM

Prinz argumenta que as emoções são necessárias tanto para os julgamentos morais quanto para a motivação moral, porém refuta a tese de que a empatia seja necessária para ambos (53). As emoções são definidas por ele como *sinais somáticos*, que são condições necessárias e suficientes para a manifestação das emoções e que

são formados pelas alterações fisiológicas e comportamentais que o organismo sofre em função da relação que ele estabelece com o ambiente (50). Esses sinais somáticos são constituídos de respostas orgânicas – como alterações cardiovasculares, musculoesqueléticas e de órgãos viscerais – a estímulos perceptivos provenientes do ambiente, que preparam o indivíduo para que ele possa reagir de maneira apropriada ao meio, predispondo-o a certos tipos de comportamentos (50): emoções de raiva e culpa, por exemplo, predis põem aos comportamentos de agressão e reparação, respectivamente (53).

A função biológica das emoções, segundo Prinz, é identificar as relações que o organismo estabelece com o meio e os sinais somáticos são as impressões orgânicas dessa relação, o que permite a ele afirmar que as emoções possuem conteúdo representacional: tristeza é uma representação de perda; raiva é uma representação de afronta; medo é uma representação de perigo (50). As emoções representam, assim, *preocupações* da pessoa acerca de relações com o ambiente que afetam o seu bem-estar, provocando mudanças no seu padrão orgânico que são percebidas por ela como a emoção manifesta naquele momento. Um mesmo sinal somático pode originar emoções distintas e, segundo Prinz, o que permite que o indivíduo diferencie emoções diversas nessa situação é o mecanismo de *calibração*, que é feito por arquivos mentais que armazenam diversas representações cognitivas e não-cognitivas e que são mutáveis ao longo do desenvolvimento intelectual. Assim, o indivíduo é capaz de diferenciar emoções porque os mecanismos mentais que originam o sinal somático são diferentes: se a percepção de um estímulo ambiental envolve os arquivos mentais relacionados a ameaças e insultos, então a emoção é *raiva*; se a percepção envolve arquivos relacionados a injustiça, então a emoção é *indignação* – mesmo que em ambos os casos o sinal somático seja o mesmo (50).

Prinz não lista de maneira exaustiva todas as emoções básicas, mas defende que há um conjunto restrito de emoções do qual derivam todas as emoções humanas por meio dos mecanismos de *combinação* e de *recalibração*, que ocorrem, normalmente, em conjunto (50). A *combinação* de emoções básicas origina uma mistura de sinais somáticos que geram uma emoção secundária: desprezo, por exemplo, seria uma mistura de raiva e nojo, ambas emoções básicas. A *recalibração* ocorre quando um mesmo sinal somático passa a ser desencadeado por um novo conjunto de condições: o *orgulho* seria a *felicidade* recalibrada para o sucesso próprio; a *indignação* seria a *raiva* calibrada para a injustiça. As *emoções morais*, que são

extensões das emoções não-morais, identificam ações que violam ou que se conformam a regras morais e podem ser de dois tipos: emoções de censura ou emoções de louvor, respectivamente (50).

Os sentimentos, segundo Prinz, são disposições de manifestar emoções, ou seja, eles podem ser entendidos como tendências do indivíduo de manifestar emoções específicas em determinados contextos. Assim, o sentimento de *desaprovação* é a disposição de apresentar *emoções de censura* em relação a si mesmo ou em relação aos outros no contexto de violações morais (53). Há três tipos de violações morais que coexistem em diferentes graus de importância em todas as sociedades, segundo Prinz: ações que causam danos diretos a outras pessoas, constituindo violações de direitos e de justiça; violações da “ordem natural”, que consistem em atos considerados “não-naturais”, nas quais o violador se vê ou é visto, em alguma medida, como impuro ou subumano; e violações da ordem social (ou comunitária), que são aquelas nas quais o indivíduo falha em cumprir seu papel social colocando em risco a própria organização social – como desrespeito à hierarquia, à família e aos bens comunitários (50).

As emoções morais de censura dependem também de quem foi o violador da norma moral. Violações de direitos ou de justiça geram *raiva* (quando o violador é outra pessoa) ou *culpa* (quando o violador é o próprio indivíduo); violações contra a ordem natural geram *nojo* (quando executada por outros) ou *vergonha* (de si próprio); e violações contra a comunidade geram *desprezo* (quando executada por terceiros) ou *autodesprezo* – uma combinação de vergonha e culpa –, quando o próprio indivíduo violou a norma (50,53). A partir desses conceitos, Prinz define que o julgamento moral negativo ocorre quando uma ação, executada pelo próprio indivíduo ou por um terceiro, desencadeia nele uma emoção de censura, que decorre do sentimento de desaprovação em relação a atitudes desse tipo; o julgamento moral positivo surge de um sentimento de aprovação, que, por sua vez, indica a disposição de manifestar emoções de louvor como gratidão, orgulho ou admiração em relação a uma ação (53), embora ele reconheça uma assimetria entre emoções de valência positiva e negativa na moralidade humana e afirme que as emoções de louvor não tenham sido tão estudadas quanto as de culpa (50).

Prinz define a empatia como uma emoção vicária na qual o indivíduo sente o que acredita que a outra pessoa está sentindo, o que pode ocorrer por meio de um contágio automático, quando o outro manifesta explicitamente as suas emoções, ou

como resultado de um exercício imaginativo do observador, dado o contexto no qual a pessoa observada se encontra, quando ela não expressa diretamente as suas emoções (53). Para o autor, não é necessário empatizar com o outro para que as emoções de censura sejam desencadeadas no indivíduo que toma conhecimento da violação de uma norma moral. Assim, o indivíduo pode se sentir culpado por ter realizado uma ação que causou danos em alguém independentemente de considerar as emoções dessa pessoa, ou seja, a emoção moral de culpa, que está ligada ao sentimento de desaprovação, pode surgir mesmo que o agente não empatize com a vítima.

As ações com significado moral podem ser reconhecidas de forma independente do dano ou das emoções que elas causem em outras pessoas e esse fato, para Prinz (53), revela que a empatia não é condição necessária para o julgamento moral. As emoções de censura como raiva, culpa, nojo, vergonha e desprezo são suficientes para o julgamento moral negativo. Analogamente, a gratidão, o orgulho ou admiração são as emoções que permitem o reconhecimento do sentimento de aprovação e que constituem o julgamento moral positivo, não sendo necessário empatizar com outra pessoa para esse fim (53).

As emoções, segundo Prinz, são estados intrinsecamente motivadores, pois, sendo sinais somáticos, predisõem o indivíduo a determinados comportamentos em resposta a preocupações dele em relação ao ambiente – como a raiva, que predis põe a agressão, e a culpa que induz o comportamento de reparação (53). Emoções de censura possuem valência negativa e, por isso, o ser humano naturalmente evita comportamentos que as desencadeiem. Analogamente, emoções morais de valência positiva como orgulho, admiração e gratidão, manifestadas em virtude do sentimento de aprovação moral de uma ação, são intrinsecamente motivadoras e induzem o indivíduo a se conformar com as normas morais (53). Dessa forma, por estarem fundamentados nas emoções, Prinz afirma que os próprios julgamentos morais são motivadores e a manifestação de empatia pelo indivíduo não é necessária para que ele se sinta motivado a agir, refutando a tese de Hoffman e de Slote (53).

A empatia, segundo Prinz, tem força motivacional limitada, o que é consequência do fato da emoção ser vicária e, por isso, não possuir a mesma intensidade das emoções que surgem de forma primária no indivíduo. Além disso, as emoções que tendem a ser captadas de pessoas que estão em estado de necessidade são de valência negativa, como tristeza, angústia e aflição, que, para

Prinz, além de não serem fortes motivadoras, podem levar o indivíduo a se afastar da pessoa em sofrimento para evitar que ele própria sofra. Ele argumenta também que a empatia não motiva a ação altruística quando ela acarretaria custos significativos para o indivíduo, o que difere da constatação de que algumas emoções de censura, como a raiva e culpa, podem ser fortes motivadoras mesmo em situações de alto custo para o agente (53). Assim, as emoções morais, sejam de valência negativa ou de valência positiva, são suficientes para motivar ações morais e independem da capacidade empática do agente, pois a empatia, além de ter baixa força motivacional intrínseca, é capaz de impelir o agente a afastar-se do outro para evitar a sincronização com emoções que levariam a sofrimento vicário.

Prinz afirma que a empatia pode ser manipulada e está naturalmente sujeita aos vieses de se manifestar mais intensamente por aqueles que são semelhantes ao indivíduo, que estejam fisicamente mais próximos ou que tenham relações afetivas com ele, levando a distorções de julgamento que podem induzir crimes de omissão ou tratamentos preferenciais por determinadas pessoas (53). Assim, ele propõe que no domínio da moral, a empatia, cujo foco está na vítima de uma transgressão moral, seja substituída pelas emoções morais, que se dirigem às ações dos indivíduos e que, por isso, propiciam maior imparcialidade aos julgamentos morais (53). Dessa forma, ele conclui que a empatia não é necessária para os julgamentos morais e que, assim como para a motivação moral, ela é uma influência potencialmente negativa.

Paul Bloom (54) afirma que a empatia é uma capacidade humana que pode ser dividida em empatia cognitiva – que se refere à habilidade de compreender como as outras pessoas pensam e se sentem sem sintonizar com as suas emoções – e empatia emocional – que se refere à sincronização emocional com a pessoa observada. Na mesma linha de Prinz, ele afirma não somente que a empatia emocional é desnecessária para o julgamento moral, mas também que ela apresenta efeitos potencialmente negativos para esse fim em consequência dos seus vieses de se manifestar mais intensamente por pessoas afetivamente mais próximas do indivíduo – como pais, cônjuge ou filhos –, que pertençam ao mesmo grupo social ou que estejam fisicamente mais próximas (51,55). O autor ressalta também que as ações baseadas em empatia ignoram consequências que se manifestarão somente no futuro ou efeitos em grandes grupos de pessoas – negando que possa haver empatia por grupos, como defendido por Hoffman –, além das decisões baseadas em empatia serem indiferentes a dados estatísticos e análises de custo-benefício (51).

Por isso, segundo Bloom, os julgamentos morais baseados na empatia emocional – assim como aqueles baseados, de forma mais geral, em sentimentos e emoções –, suscitam, frequentemente, ações moralmente incorretas, o que o leva a defender que não apenas a empatia emocional, mas também os sentimentos e as emoções, devam ser desconsiderados nas deliberações morais (51,55). Segundo o autor, os melhores julgamentos morais são aqueles baseados na razão, que permite que as ações sejam analisadas logicamente, que suas consequências sejam ponderadas e que as perspectivas imediatistas e limitadas proporcionadas pela empatia emocional, assim como pelos sentimentos e emoções, sejam sobrepujadas para que se possa chegar a conclusões que levem a ações, de fato, moralmente corretas (51). No âmbito da moralidade, apenas a empatia cognitiva deveria ser utilizada (56).

Embora defenda a superação dos afetos nos julgamentos morais, Bloom não ignora o seu papel na motivação moral. A empatia, segundo o autor, não leva automaticamente a comportamentos generosos em relação a outras pessoas, ela apenas torna evidente para o observador a experiência de sofrimento da outra pessoa ao estabelecer uma conexão emocional entre eles, permitindo que tendências previamente existentes no observador sejam mobilizadas: caso ele *já possua* sentimentos positivos em relação à pessoa em sofrimento ou apresente uma predisposição a generosidade, então ele agirá em benefício dela (51). Apesar de reconhecer que emoções como raiva e culpa, como defendido por Prinz, sejam motivadoras morais, Bloom propõe que a compaixão deva ser o principal sentimento que motiva as ações morais, sobrepujando outros afetos que ocorram em paralelo a ela e substituindo completamente, para essa finalidade, a empatia, que seria intrinsecamente vazia de força motivacional (51,55). A compaixão, que é um sentimento de preocupação com o bem-estar do outro sem sincronizar com suas emoções (51) – similar ao conceito de angústia simpática de Hoffman –, permite que as ações sejam guiadas por considerações racionais, minimizando as chances de comportamentos moralmente incorretos. Segundo Bloom, todos os afetos, sobretudo aqueles captados empaticamente – em situações nas quais não tenha sido possível anular a empatia emocional –, devem ser moldados, direcionados e, eventualmente, subjugados pela deliberação racional do indivíduo (51).

Neste capítulo, foram apresentadas as ideias de quatro autores que relacionam a empatia com a moralidade. Slote afirma que a empatia é base dos sentimentos de aprovação ou desaprovação morais que culminam no julgamento moral e que as suas

características naturais de parcialidade e perspectivismo devem ser respeitadas como parte integrante da normatividade moral. Hoffman reconhece a influência da empatia nesse contexto, porém destaca que seus vieses devem ser controlados para que os seus efeitos sejam positivos, promovendo julgamentos morais justos. Prinz e Bloom argumentam que a influência da empatia nos julgamentos morais é primariamente negativa, propiciando julgamentos enviesados e moralmente incorretos, defendendo, assim, o abandono da empatia nos processos de julgamento moral.

No que se refere à motivação moral, Slote e Hoffman afirmam que a empatia é intrinsecamente motivadora de ações altruísticas, embora o segundo autor ressalte que angústia empática deve ser modulada para minimizar os seus vieses e reduzir a probabilidade de afastamento e desengajamento do observador por sobrecarga afetiva empática. Prinz assevera que a força motivacional intrínseca da empatia é restrita e que essa capacidade é desnecessária para motivar ações morais, propondo que as emoções morais são suficientes para essa finalidade. Bloom, em oposição aos três autores anteriores, nega que a empatia (emocional) seja intrinsecamente motivadora ao afirmar que ela possui apenas influência indireta na motivação moral, além de defender que, idealmente, essa capacidade seja substituída por compaixão, que promove comportamentos altruísticos sem a sincronização emocional com o outro.

Esta dissertação adota a perspectiva de que a empatia é uma capacidade humana que pode ser dividida em dois componentes: o *cognitivo*, que se refere à habilidade de inferir os pensamentos e emoções do outro e de compreender os seus estados mentais e emocionais sem que haja sincronização emocional com ele, e o *emocional*, que se refere à sintonização com as emoções da outra pessoa. Além disso, assume também que a empatia possui influência indireta sobre a motivação altruística, que decorre mais diretamente de um sentimento de preocupação com o bem-estar do outro, análogo à angústia simpática ou à compaixão – doravante definido como *preocupação empática*. Essas escolhas se justificam porque a empatia, sob essa perspectiva, é entendida como uma capacidade humana que permite a obtenção de conhecimentos sobre o outro e que predispõe à manifestação de preocupação empática, que é motivadora ações altruísticas.

Entende-se por sincronização, sintonização ou ressonância emocional a correspondência emocional entre observador e observado com a particularidade de que o observador mantém a consciência de que a emoção é vicária, ou seja, de que

ela se origina do observado, não se confundindo, portanto, com o contágio emocional, no qual o observador vivencia as emoções como se fossem dele próprio, perdendo a diferenciação de si e do outro.

Os conceitos de *sentimento*, *emoção* e *afeto* empregados neste trabalho são baseados nas definições de Antônio Damásio. As emoções são estados induzidos por alterações biológicas involuntárias – cardiovasculares, endócrinas, respiratórias e musculoesqueléticas – sofridas pelo organismo a partir de estímulos originados do ambiente ou da própria memória do indivíduo com o propósito de otimizar o funcionamento dos seus sistemas orgânicos (42). Os sentimentos são fenômenos mentais desencadeados pelos diversos estados fisiológicos do organismo, podendo se originar das emoções ou de alterações primárias do funcionamento orgânico – que geram, por exemplo, os sentimentos de *sede* quando os receptores orgânicos detectam falta relativa de água ou *fome* quando detectam queda da glicose do sangue (41,42). Dessa forma, as emoções são reações fisiológicas inconscientes impressas no corpo físico do indivíduo, que podem ser observadas, ao menos parcialmente, por outras pessoas, enquanto os sentimentos são as experiências mentais, conscientes ou inconscientes, desencadeadas pelos diferentes estados internos do organismo, sendo, portanto, privativas do indivíduo e não observáveis (41). O termo *afeto* se refere ao conjunto dos sentimentos e emoções que o indivíduo vivencia e manifesta em determinado momento (41).

3 EMPATIA CLÍNICA

A partir do conceito de empatia geral definido no capítulo anterior, este tem como objetivo apresentar o conceito de empatia clínica e definir as suas três dimensões: a compreensão, a comunicação e a ação terapêutica. Para isso, serão utilizados como referenciais teóricos os estudos de Aline Albuquerque, Jeremy Howick e Jodi Halpern. Em seguida, serão apresentados os benefícios da empatia clínica para os pacientes e, na seção seguinte, as consequências do exercício da empatia para os profissionais no contexto dos cuidados em saúde, focando na relação entre os componentes estruturantes da empatia clínica e o burnout. Na última seção serão revisados os estudos que tratam sobre a evolução da empatia ao longo da formação acadêmica dos profissionais de saúde.

3.1 AS DIMENSÕES E OS COMPONENTES ESTRUTURANTES DA EMPATIA CLÍNICA

Albuquerque (2,13) e Howick (13,57,58), seguindo Mercer e Reynolds (59), definem que a empatia clínica é composta por três dimensões: compreensão, comunicação e ação terapêutica. A primeira dimensão se refere à compreensão dos estados mentais e emocionais do paciente, da sua perspectiva e das suas necessidades físicas e sociais (2,59). Há uma corrente na literatura, liderada por Hojat, que defende que essa compreensão deve ser mediada predominantemente por meio da empatia cognitiva, pois a empatia emocional é menos precisa que a cognitiva e, se exercida em excesso, pode prejudicar a tomada de decisão objetiva pelo profissional, piorando os desfechos para o paciente (60). Halpern refuta essa visão argumentando que o compartilhamento de informações pelo paciente é dependente da percepção que ele tem do profissional: informações mais completas são fornecidas apenas para profissionais que estejam em ressonância emocional com o paciente (20). Assim, considerando que a compreensão da perspectiva do paciente pelo profissional de saúde a partir do exercício da sua empatia cognitiva é dependente da qualidade e da quantidade de informações fornecidas pelo paciente, depreende-se que a manifestação de empatia emocional pelo profissional é relevante não apenas para a

compreensão do estado afetivo do paciente, mas também para a aquisição de informações que, por meio da empatia cognitiva, permitirão melhor compreensão da situação dele. Segundo Halpern, tanto a empatia cognitiva quanto a emocional são fundamentais nos cuidados em saúde, pois a primeira é componente basilar de uma boa anamnese por permitir a compreensão da verdadeira preocupação do paciente – que ultrapassa a simples identificação e nomeação das emoções que o afligem –, evitando que necessidades importantes dele sejam negligenciadas, enquanto o segundo componente permite a sintonia emocional que aumenta a probabilidade de o paciente fornecer informações confiáveis e que envolvam emoções mais complexas e profundas que viabilizarão a construção de uma história clínica mais precisa (61).

Hojat afirma que a manifestação de empatia cognitiva nos cuidados em saúde é sempre benéfica, pois o aumento da sua expressão acarreta maior performance clínica do profissional, sendo uma das razões pelas quais o componente cognitivo deve prevalecer na empatia clínica (60). No entanto, Hardman e Howick ressaltam que os componentes cognitivo e emocional da empatia não são dicotômicos e que diferentes contextos requerem proporções distintas deles, cuja soma concorre para atingir a compreensão interpessoal, que constitui a primeira dimensão da empatia clínica (62). Na mesma linha, Halpern argumenta que os profissionais devem avaliar qual é o tipo de engajamento empático mais apropriado para cada contexto específico de relação de cuidados em saúde, já que em algumas situações pode ser adequado estabelecer maior sintonia emocional com o paciente, enquanto em outras o próprio paciente pode preferir que o profissional não engaje emocionalmente com ele (20).

Halpern argumenta que a empatia clínica é uma forma de raciocínio guiado pelas emoções no qual o profissional usa a sua capacidade cognitiva para imaginar *como* o paciente se sente – e não apenas *o que* ele sente –, processo que é orientado pelas emoções vicárias captadas empaticamente do paciente (10). Assim, as emoções empáticas criam, segundo essa autora, um contexto organizador que direciona o processo imaginativo do profissional (10), tornando não apenas esse processo mais eficiente, como potencialmente mais eficaz ao permitir que o profissional acesse informações que serão clinicamente úteis para o plano de tratamento do paciente. Além disso, a empatia cognitiva exerce função moduladora na empatia emocional do profissional de saúde. Essa modulação ocorre porque a tomada de perspectiva diminui o desconforto emocional do profissional e o ajuda na operação metacognitiva de conscientização de que a reação emocional sentida é

vicária, contribuindo para o senso de diferenciação do profissional em relação ao paciente, o que acarreta dois efeitos benéficos adicionais: primeiro, aumenta a acurácia diagnóstica por mitigar a projeção de experiências prévias vividas pelo próprio profissional ao contexto do paciente, o que poderia dar ao primeiro a falsa crença de que ele compreende a situação do outro ao se basear primariamente em suas próprias vivências e negligenciar a experiência do outro (20,61); segundo, como ressaltado por Albuquerque (2) e Halpern (20), considerando que sofrimento do paciente e a forma pela qual ele interage com os profissionais repercute de forma involuntária sobre os pensamentos e emoções destes, a diminuição da intensidade da resposta emocional vicária permite que os profissionais continuem a dirigir sua atenção ao paciente de forma empática mesmo em contextos estressantes, contribuindo para a construção de uma relação de confiança (20,61).

Considerando a indissociabilidade dos componentes cognitivo e emocional da empatia no contexto dos cuidados em saúde, estabelece-se, em consonância com Albuquerque, que ambas as formas são necessárias para a construção de uma experiência empática nos cuidados em saúde (2), que é vivida não apenas pelo paciente que percebe a preocupação genuína do profissional, mas também pelo profissional que experiencia mudanças em seu estado interno devido à sintonia emocional que estabelece com o paciente (63). Nessa relação de cuidados, afirma Halpern (10), o profissional deve tolerar certo nível de incerteza quanto à exatidão da sua compreensão da experiência do paciente na medida em que esse estado permite que ele continue se aprofundando na perspectiva do outro até atingir a compreensão adequada. Ressalta-se que o componente emocional da empatia do profissional deve ser modulado, tanto para personalizar e adequar seu nível de expressão conforme o contexto da interação, quanto para permitir que o profissional engaje com o paciente enquanto minimiza o risco de sofrer contágio emocional e burnout, que além dos efeitos deletérios diretos no profissional (2,61), podem também prejudicar o seu raciocínio clínico, reduzindo sua performance e afetando o desfecho para o paciente (60).

A segunda dimensão da empatia clínica, segundo Albuquerque (2,13), Howick (13) e Mercer (59), consiste na comunicação do profissional ao paciente da compreensão empática do primeiro em relação ao segundo e a verificação da acurácia desse entendimento. Se a empatia clínica culmina na ação terapêutica, então para que os profissionais possam oferecer um tratamento efetivo e centrado no paciente é

necessário que eles confirmem se aquilo que apreenderam dele está correto e, na hipótese de não estar, que utilizem esse feedback para ajustar a sua compreensão até que ela seja suficientemente precisa. Halpern define esse processo como *curiosidade engajada*, que não se restringe a simplesmente identificar corretamente as emoções e nomeá-las, mas a um interesse genuíno de apreender as emoções vivenciadas pelo paciente e de entender como as suas reações afetivas estão relacionadas com a sua situação de vida, seu ambiente e suas relações sociais (61,64).

A dimensão da comunicação, no entanto, não se limita à verificação da acurácia do conhecimento obtido por meio da capacidade empática do profissional: a comunicação com o paciente é também um meio para a construção de uma relação empática que gera benefícios para ele. Contudo, para que esses benefícios possam se manifestar, o paciente precisa *perceber* a existência de uma relação empática com o profissional (11,20,59), sendo a simples comunicação verbal focada no objetivo de confirmar a acurácia do conhecimento obtido pelo profissional insuficiente para promover a percepção de que tal relação existe. Assim, a comunicação na empatia clínica tem dupla função: a primeira é verificar a acurácia do conhecimento obtido pelo profissional, a segunda é manifestar para o paciente a existência de uma relação empática por meio do que se denomina *comunicação empática*.

Conforme Albuquerque (2), a comunicação nos cuidados em saúde não é apenas a transmissão direta de uma mensagem, mas uma interação estabelecida entre profissional e paciente que envolve componentes verbais e não-verbais. Na comunicação verbal, a empatia pode ser transmitida, conforme revisão sistemática de Zhang *et al.* (65), por meio da não-interrupção do paciente enquanto ele fala, pelo reconhecimento explícito de experiências compartilhadas com o paciente, pela demonstração de maior interesse nos seus sentimentos e emoções do que na doença em si e por enfatizar que os pacientes serão submetidos a cuidados constantes. Além disso, conforme ressaltam esses autores (65), outra forma de comunicar empatia é por meio da identificação explícita das emoções do paciente, demonstração do entendimento dessas emoções, e posterior encorajamento do paciente para que fale mais sobre elas, o que está em consonância com a definição de Halpern de curiosidade engajada. Esse processo, mediado em grande parte pela empatia cognitiva do profissional, alivia a ansiedade e as dúvidas do paciente em relação ao fato de ter sido compreendido ou não (57) e, mesmo que o paciente julgue que o

profissional ainda não tenha apreendido de forma precisa as suas preocupações, a simples percepção do engajamento de entendê-lo é avaliada positivamente (61).

Apesar da importância da comunicação verbal, Riess e Kraft-Todd afirmam que muita ênfase foi dada a ela na interação entre profissionais e pacientes, negligenciando o papel da comunicação não-verbal (66). Nesse contexto, os componentes não-verbais – como tom de voz, postura corporal e manutenção de contato visual –, podem ser interpretados por circuitos neurais que envolvem a amígdala – associada a respostas afetivas – como constituindo sinais de receptividade ou rejeição pelo outro antes mesmo que o córtex pré-frontal seja capaz de processar a linguagem verbal (66), o que contribui para que a linguagem não-verbal seja considerada mais importante que a verbal nos cuidados em saúde (11,66). Segundo Tan, o elemento que, isoladamente, foi considerado de maior relevância para a comunicação ser considerada empática foi a escuta atenta (11). Para esse autor (11), a escuta atenta envolve a habilidade de fazer o paciente se sentir ouvido e compreendido, transmitindo a ele a mensagem de que o profissional está presente, ou seja, que está atento a ele durante a interação; segundo Albuquerque (2), implica na não-interrupção do paciente durante o seu discurso enquanto o profissional mantém a sua atenção direcionada a ele.

Apesar desses recursos verbais e não-verbais identificados na literatura como constituintes de uma comunicação empática, ressalta-se que um conjunto estático de demonstrações empáticas previamente treinadas não é suficiente para criar uma relação empática com o paciente. A interação empática com o paciente envolve a mobilização de recursos cognitivos do profissional e o estabelecimento de uma sintonia emocional deste com aquele, o que caracteriza a relação empática, do ponto de vista do profissional, como uma *experiência* vivida por ele e que influencia, em tempo real, a sua forma de se comunicar e interagir o paciente. Montemayor *et al.* (63) argumentam que sincronizar emocionalmente com o outro não é um fenômeno que está sob o controle voluntário direto das pessoas, sendo, na verdade, a consequência indireta de duas escolhas: a de estar receptivo ao outro e a de direcionar a sua atenção para o outro enquanto imagina o que essa pessoa está vivenciando. Dessa forma, a interação empática requer o direcionamento e, sobretudo, a manutenção da atenção no paciente, permitindo-se afetar pelo seu fluxo emocional e mantendo-se sintonizado a ele conforme a interação se desenrola (63). Isso implica que a percepção do paciente de estar em uma relação empática com o profissional é

consequência, principalmente, de como os comportamentos manifestados pelo segundo se articulam, em tempo real, com as expressões emocionais do primeiro, sendo função, portanto, da *dinâmica* da relação entre os interlocutores (11,64). Assim, o próprio ato de manter a sincronia emocional com paciente já se configura como uma forma de o profissional comunicar a ele o seu engajamento empático (10,63), cuja percepção, pelo paciente, ocorre por meio da apreensão das variações de estado mental induzidas no profissional em correspondência com as emoções manifestadas por ele (63).

A importância de comunicar ao paciente a existência de uma relação empática é ressaltada por Tan *et al.* (11) ao sugerirem que a comunicação empática dos profissionais está associada com a percepção dos pacientes de que aqueles se preocupam genuinamente com estes: comunicar-se de forma empática é a tradução, em comportamentos, da preocupação do profissional com a pessoa sob seus cuidados. Dessa forma, a segunda dimensão da empatia clínica envolve não apenas uma alça de feedback verbal na qual o profissional checa a acurácia do seu entendimento e o ajusta conforme a resposta recebida, mas abrange também habilidades de comunicação empática – que estão relacionadas aos componentes verbais e não-verbais expressos consciente ou inconscientemente decorrentes da escolha de estar receptivo às emoções do paciente e de se manter atento a ele –, que, em última instância, comunicam ao paciente a preocupação genuína do profissional com o seu bem-estar e permitem que os benefícios da empatia clínica possam se manifestar. Embora fuja do escopo desta dissertação aprofundar no tema da comunicação empática, ressalta-se, para fins de clareza interpretativa, que ela é conceitualmente distinta da segunda dimensão da empatia clínica, não podendo uma ser reduzida à outra. No entanto, reitera-se a relevância da comunicação empática no contexto dos cuidados em saúde, pois a utilização dos seus recursos é indispensável para que a empatia clínica possa efetivar os seus objetivos.

Apesar da importância da empatia emocional nesse contexto, Bloom (51) – em consonância com Halpern – afirma que nem sempre o paciente espera que o profissional sincronize emocionalmente com ele, já que a expressão de emoções de valência negativa pelo profissional, mesmo que captadas vicariamente, podem reforçar as emoções negativas do paciente. Bloom afirma que, muitas vezes, a manifestação de *preocupação empática* é mais apreciada pelos pacientes do que a expressão da empatia emocional, já que, enquanto a primeira contribui para transmitir

ao paciente afetuosidade, calma e segurança, a segunda pode comunicar ansiedade e insegurança.

A *preocupação empática* é um conceito análogo ao de *angústia simpática* de Hoffman (47), porém a maior parte da literatura que envolve a empatia utiliza o primeiro termo em detrimento do segundo. Para Batson (19), ela é um estado afetivo orientado para o outro desencadeado e congruente com a situação de bem-estar percebida de uma pessoa que está em necessidade. Decety (67), afirma que a preocupação empática é caracterizada por sentimentos de afetuosidade, preocupação e cuidado com outra pessoa, associado à motivação para melhorar o seu bem-estar. Riess (68), Zaki e Ochsner (69), e Weisz e Cikara (70), consideram que a preocupação empática pode surgir como resultado da tomada de perspectiva e do compartilhamento emocional com o outro, ou seja, como uma consequência das dimensões cognitiva e emocional da empatia manifestada pelo indivíduo, representando o elo entre a empatia geral e a empatia clínica, favorecendo a ação terapêutica.

A terceira dimensão da empatia clínica é a ação terapêutica, que se refere a agir com base no conjunto de informações que foram obtidas e verificadas com o paciente (2,57,59), constituindo o elemento fundamental que permite que a empatia *clínica* seja distinguida da empatia em um contexto geral (62). Embora para autores como Hoffman (47,52), Riess (68), Weisz (70) e Zaki (69) a motivação para a ação pró-social seja parte intrínseca da manifestação da empatia, a execução, de fato, da ação pró-social não é necessária para determinar se houve expressão ou não daquela capacidade. No entanto, se a *empatia* como uma capacidade humana em um contexto relacional geral não requer ação, por que a definição de empatia *clínica* a exige?

Albuquerque (9) define que os *cuidados em saúde* são um conjunto de *práticas* adotadas pelos profissionais de saúde na sua relação com os pacientes com o objetivo de atender às suas necessidades. A concepção de cuidado como prática, segundo Tronto (71), significa compreendê-lo tanto como um fenômeno mental quanto como uma ação, ambos se interrelacionando para convergir para realização de um determinado fim. Apesar de os fenômenos da tomada de perspectiva e ressonância emocional com o paciente poderem ocorrer tanto na *empatia* quanto na empatia *clínica*, apenas na segunda aqueles dois fenômenos são empregados, pelo profissional, com o propósito deliberado de efetivar os cuidados com o paciente (9,72). A efetivação desse cuidado, no contexto da empatia clínica, envolve a manifestação

de preocupação empática pelo profissional, já que ela está associada à motivação para agir em benefício do paciente. Por isso, estando a empatia *clínica* imersa no contexto dos cuidados em saúde, ela pode também ser caracterizada como uma prática que utiliza os recursos proporcionados pela capacidade empática do profissional para, ao associá-los com seus conhecimentos técnicos, executar ações que atendam às necessidades dos pacientes.

A efetivação da empatia clínica pelo profissional, requer, portanto, a combinação de esforço cognitivo de tomada de perspectiva, abertura emocional e atenção sustentada aos sinais verbais e não-verbais do paciente, que concorrem para a compreensão do outro e expressam o engajamento do profissional de entender o paciente e de se comunicar efetivamente com ele (10,72). Além disso, a manifestação das empatias cognitiva e emocional em associação com a preocupação empática, todos ajustados conforme a necessidade específica de cada contexto clínico, transmitem ao paciente, por meio dos sinais verbais e não-verbais do profissional, a preocupação genuína deste com aquele, sobretudo porque a preocupação empática, por ser motivadora de ações altruísticas, comunica ao paciente que as ações do profissional são baseadas em uma preocupação genuína com o seu bem-estar, não sendo mediadas apenas – ou em primeiro lugar –, por razões instrumentais. Assim, adota-se nesta dissertação que a empatia clínica possui três componentes estruturantes: a empatia cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática.

Definidos os conceitos de empatia clínica e as suas dimensões e componentes estruturantes, segue-se para próxima seção, que aborda as consequências da sua manifestação para os pacientes e para os profissionais.

3.2 AS CONSEQUÊNCIAS DA EMPATIA CLÍNICA

Há relativo consenso na literatura de que a empatia clínica leva a benefícios para os pacientes. Já em relação às consequências para o próprio profissional de saúde, há relativa controvérsia: enquanto alguns estudos apontam benefícios, outros sugerem que seu exercício pode trazer riscos para eles. Esta seção será dividida em duas partes: a primeira apresentará evidências das consequências da empatia clínica para os pacientes e a segunda, para os profissionais de saúde.

3.2.1 Consequências para os pacientes

A manifestação dos efeitos positivos da empatia clínica para os pacientes requer que eles percebam a existência de uma relação empática, sendo essa percepção um elemento fundamental na construção da sua relação com o profissional (73). Em uma revisão sistemática de estudos publicados até 2021 sobre a empatia clínica nos cuidados em saúde, Nembhard *et al* (74). encontraram que 81% deles apresentaram desfechos clínicos positivos para os pacientes, embora esses desfechos não tenham sido especificados nesse trabalho. Assim, os estudos apresentados a seguir relacionam a empatia clínica dos profissionais com os desfechos específicos para os pacientes.

Hoffstädt *et al.* (75), em estudo com pacientes com câncer de mama em estágio avançado, encontraram que os pacientes que relatavam maiores níveis de empatia dos seus médicos apresentavam também maior satisfação e menores níveis de ansiedade após a consulta. Os autores de uma revisão sistemática publicada em 2024 afirmam que as evidências dos 14 ensaios clínicos randomizados incluídos na revisão sugerem que intervenções com os profissionais com o objetivo de promover o exercício dos cuidados empáticos está associada com maior satisfação dos pacientes (76).

Flickinger *et al.* (77) relatam, em estudo com pacientes portadores de HIV, que a empatia clínica se correlacionou de forma positiva não somente com o provimento de informações pelos pacientes, mas também com maior autoeficácia ⁶ para o uso das medicações prescritas, ou seja, com a maior percepção pelos próprios pacientes de que eles eram capazes de usar corretamente as medicações prescritas (78). A autoeficácia é fator associado a maior adesão medicamentosa (78), por isso esse estudo revela que há uma associação positiva, pelo menos de forma indireta, entre empatia clínica e adesão medicamentosa.

⁶ A autoeficácia se refere, de maneira mais abrangente, à percepção do indivíduo da sua própria capacidade de realizar uma determinada tarefa com sucesso (158). Conforme aponta Bandura (159), a percepção elevada de autoeficácia está associada à realização mais assertiva de tarefas e à maior propensão da pessoa de persistir na sua execução até completá-la com sucesso. Por outro lado, baixa percepção de autoeficácia está associada a baixo esforço para completar a tarefa e ao abandono precoce dela.

Há evidências que sugerem que o nível de empatia do médico percebido pelo paciente pode influenciar a evolução da doença, havendo associação entre escores mais altos de empatia do médico com maior sensação de bem-estar e menor gravidade dos sintomas após um mês da primeira consulta (79). Na mesma linha, Rakel *et al.* (80), em ensaio clínico randomizado com pacientes diagnosticados com resfriado comum, mostrou que os pacientes que avaliaram seus médicos com altos níveis de empatia relataram sintomas mais leves e de menor duração quando comparados com o grupo que classificou seus médicos como menos empáticos. Esses autores afirmam também que esses resultados foram corroborados por uma associação objetiva entre níveis mais elevados de empatia clínica com concentração nasal mais elevada de interleucina-8, um marcador de resposta imunológica contra patógenos.

Gehene *et al.* (81) avaliaram, em um estudo retrospectivo, a relação entre a percepção dos pacientes acerca da empatia do cirurgião e os desfechos de cirurgias para tratamento de câncer de esôfago e estômago. Os autores encontraram que a escuta atenta do paciente e a capacidade de fazê-lo sentir-se à vontade correlacionou-se a menor taxa de complicações leves (definida como passível de resolução apenas com tratamento farmacológico) e graves (requerendo tratamento intervencionista), enquanto a demonstração de atenção, cuidado e preocupação com o paciente correlacionou-se também a menor taxa de complicações graves.

Há na literatura trabalhos que tentam correlacionar a empatia clínica com parâmetros clínicos objetivamente mensuráveis. Hojat *et al.* (82) mostraram correlação entre os níveis de empatia clínica do profissional e melhor controle de glicemia e de colesterol, aferidos pelos níveis séricos de HbA1c e LDL⁷, respectivamente. Chaitoff *et al.* (83) realizaram também um estudo com pacientes diabéticos e portadores de dislipidemia para avaliar se a empatia clínica estava associada a melhor controle dessas doenças, mas os autores não conseguiram reproduzir os resultados de Hojat *et al.*, não encontrando correlação entre os níveis de empatia clínica dos profissionais e os níveis séricos de HbA1c e LDL dos pacientes. Yuguero *et al.* (84), em estudo com mais de 300.000 pacientes, encontraram

⁷ A HbA1c (hemoglobina glicada) é um marcador que reflete os níveis médios da glicemia do indivíduo dos últimos 2-3 meses (160). O LDL é uma lipoproteína responsável pelo transporte de colesterol pelo sangue (160). Níveis elevados de HbA1c e LDL estão associados a maior risco de doenças cardiovasculares (160,161).

correlação entre empatia clínica de médicos de atenção primária e níveis de pressão arterial sistólica dos pacientes. O grupo de pacientes atendido por médicos com níveis mais altos de empatia clínica apresentava pressão arterial sistólica mais baixa, sugerindo melhor controle da pressão arterial. No entanto, apesar da significância estatística dos resultados, os próprios autores questionam a relevância clínica do achado, já que a diferença entre os grupos foi menor que 1 mmHg.

Ainda não há evidências definitivas na literatura acerca da correlação entre empatia clínica e desfechos clínicos objetivos como controle de pressão arterial e diabetes, embora alguns estudos apontem que essa relação possa existir, conforme relatado por Rakel *et al.* e Gehene *et al.* O que se pode afirmar, com base na literatura atual, é que a empatia clínica está relacionada a menor ansiedade, maior satisfação do paciente e maior autoeficácia. Além disso, a percepção pelo paciente da empatia clínica manifestada pelo profissional é um elemento fundamental na construção da relação profissional-paciente (73,84), pois a empatia clínica se correlaciona positivamente com a confiança no profissional, mais especificamente no fato de que as suas ações estão centradas no paciente, o que, independente de outros fatores, facilita a resolução de potenciais conflitos que possam surgir nessa relação e aumenta a adesão do paciente ao tratamento proposto (73). Assim, apesar de mais estudos serem necessários para avaliar os desfechos objetivos da empatia clínica para os pacientes, a redução de ansiedade, a maior autoeficácia e correlação positiva com a confiança no profissional permitem afirmar que a prática da empatia clínica acarreta benefícios para os pacientes.

3.2.2 Consequências para os profissionais

Embora haja consenso quanto aos benefícios subjetivos da empatia clínica para os pacientes, a sua consequência para os profissionais de saúde é tema de relativa controvérsia na literatura: enquanto alguns estudos descrevem potenciais efeitos negativos como burnout, estresse traumático secundário, estresse vicário e fadiga compassiva (85–87), outros apontam possíveis efeitos positivos como maior sensação de realização pessoal e proteção contra burnout (2,88). Parte dessa discordância se origina do fato de haver, conforme ressaltado por Batson (89), pelo

menos oito conceitos distintos de empatia usados na literatura, o que contribui para o fenômeno relatado por Hall e Schartz (90,91) de que apenas metade dos estudos apresentam correspondência entre o conceito de empatia e o instrumento utilizado para avaliá-la. Nos estudos sobre empatia na área da saúde, essa discrepância é ainda maior: apenas 16% dos estudos apresentaram correspondência adequada, sendo que 20% dos estudos sequer explicitaram o conceito de empatia adotado pelos autores, segundo revisão sistemática de 2016 (92). Embora se reconheça a existência dessas questões, foge ao escopo desta dissertação a análise das definições de empatia e dos instrumentos para avaliá-la. Assim, partindo dessas considerações, esta seção apresentará evidências de que o exercício da empatia clínica pode acarretar consequências positivas e negativas para o profissional. Para isso, apresenta-se, inicialmente, as principais condições clínicas negativas que podem acometer o profissional nesse contexto.

Segundo Rauvola *et al.* (86), os indivíduos que engajam empaticamente com pessoas traumatizadas em seu ambiente laboral estão expostos a um trauma indireto, que pode evoluir para diferentes formas de *estresse baseado em empatia*: o estresse traumático secundário, o trauma vicário e a fadiga compassiva. Nesse modelo, todas essas três condições criam demandas físicas e mentais sobre o profissional que, se não forem compensadas por meio de recursos adequados – físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais – convergem para o burnout.

O estresse traumático secundário e o trauma vicário são distúrbios que podem ocorrer com profissionais expostos a trauma indireto, acometendo pessoas que tomaram conhecimento de detalhes de um evento traumático vivenciado diretamente por outra pessoa ou que presenciaram os efeitos emocionais e comportamentais decorrentes desse trauma na vítima direta do evento (93). O estresse traumático secundário se manifesta geralmente de forma aguda após a exposição ao trauma indireto com apresentação clínica similar à da síndrome de estresse pós-traumático, diferenciando-se dela por não apresentar todos os critérios diagnósticos dessa última condição (93). O trauma vicário caracteriza-se por mudanças afetivas e cognitivas disruptivas relacionadas às crenças sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre os relacionamentos entre as pessoas (86). Esse distúrbio ocorre por exposição crônica a traumas indiretos que levam o indivíduo a acreditar que ele mesmo não está bem, que as pessoas não são confiáveis e que o mundo não é um lugar seguro (86,93).

A fadiga compassiva ou fadiga empática é um conceito controverso e definido de forma imprecisa na literatura (85–87,94), não podendo ainda, segundo Lee (87), ser mensurado ou empiricamente validado. O modelo atualmente mais aceito é o de Stamm (95), no qual a fadiga compassiva é entendida como um construto composto por dois outros elementos independentes: o estresse traumático secundário e o burnout.

O burnout é uma síndrome que resulta de estresse crônico no ambiente de trabalho que não pôde ser adequadamente manejado pelo indivíduo, sendo caracterizado por três dimensões (96): a exaustão emocional, a despersonalização e a redução de realização pessoal (97). A exaustão emocional é definida por um sentimento de sobrecarga e de exaustão dos recursos físicos e emocionais da pessoa, que levam a um esgotamento da energia que seria normalmente investida nas demandas surgidas no seu ambiente de trabalho; a despersonalização ocorre quando o profissional se distancia emocionalmente das outras pessoas, tornando-se indiferente aos colegas de trabalho e aos pacientes; a redução de realização pessoal é marcada pela tendência do indivíduo de se avaliar negativamente quanto às suas competências profissionais e à sua produtividade, podendo levar a baixa autoestima (97).

A relação entre a empatia clínica e burnout é relativamente controversa na literatura, pois as evidências para determinar se o seu efeito resultante é positivo ou negativo para o profissional ainda são conflitantes (60,98–101). Delgado *et al.* (88), assim como Weisz e Cikara (70), afirmam que para elucidar essa contradição é necessário analisar separadamente as consequências dos três componentes estruturantes da empatia clínica: a empatia cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática. A análise isolada desses subcomponentes, segundo esses autores, se justifica porque cada uma delas pode apresentar consequências distintas para os profissionais. A partir dessa perspectiva, serão apresentadas a seguir evidências acerca da relação entre esses componentes da empatia clínica e as consequências para os profissionais.

Delgado *et al.* (88) publicaram revisão sistemática com metanálise em 2023 incluindo trabalhos que associaram os diferentes componentes da empatia clínica com os três componentes do burnout. Foram incluídas nessa revisão apenas estudos cuja população investigada era composta por médicos e enfermeiros, incluindo residentes, e foram excluídos outros profissionais da área da saúde e estudantes. Os autores

concluíram que a preocupação empática apresentou correlação negativa com a despersonalização – ou seja, maiores níveis do primeiro estão associados a níveis mais baixos do segundo –, e que tanto a preocupação empática quanto a tomada de perspectiva apresentaram correlação positiva com a realização pessoal – ou seja, níveis mais altos dos dois primeiros componentes estão associados a maior realização pessoal.

Em 2024 foi publicada metanálise por Cairns *et al.* (102) correlacionando a empatia com o burnout. Nesse trabalho, foram incluídos 21 estudos cuja população investigada era de estudantes de medicina. A metanálise mostrou correlação negativa entre a empatia clínica e o burnout quando avaliados, ambos, globalmente. Ao avaliar isoladamente a empatia cognitiva, os autores constataram que houve correlação positiva com a realização pessoal e correlação negativa com a exaustão emocional e com a despersonalização; a empatia emocional não apresentou correlação estatisticamente significativa com nenhum dos três componentes do burnout. Destaca-se que no trabalho de Cairns *et al.* a empatia emocional e a preocupação empática foram avaliadas de forma agregada, o que pode ter afetado a análise da correlação.

Um estudo transversal realizado com 229 médicos e 268 enfermeiras de Portugal encontrou correlação positiva entre a empatia emocional e o burnout nesses profissionais (103). Juliá-Sanchis *et al.* (104), em estudo transversal com 550 profissionais de saúde na Espanha, concluíram que a empatia emocional apresentou correlação positiva com a despersonalização e negativa com a realização pessoal. Um terceiro estudo (105) realizado no Brasil com 464 participantes incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e estudantes dessas três áreas encontrou correlação negativa tanto da tomada de perspectiva quanto da preocupação empática com burnout, depressão, ansiedade e raiva. Já a empatia emocional apresentou correlação positiva com esses quatro sintomas.

Baseado na literatura revisada, conclui-se que há evidências de correlação negativa do burnout tanto com a preocupação empática quanto com a empatia cognitiva em profissionais de saúde. Essa associação implica um potencial fator protetor desses dois componentes da empatia clínica em relação ao burnout, embora tais evidências não sejam definitivas pelo fato de a maior parte dos estudos ser do tipo transversal. Os estudos que avaliaram a dimensão emocional da empatia são escassos, mas as evidências apontam que esse componente da empatia clínica, se

exercido dissociado de mecanismos de autorregulação emocional, pode ser um fator de risco para o burnout em profissionais de saúde.

Conforme alerta Decety (106), os estudos que reportam efeitos positivos da empatia para os profissionais têm em comum o fato de avaliarem não a sua capacidade de sintonização emocional, mas sim uma atitude benevolente em relação ao paciente – conceito mais próximo da definição de preocupação empática do que de empatia emocional. Dessa forma, ratifica-se a necessidade de avaliar isoladamente os diferentes componentes da empatia clínica, corroborando a posição de Hojat de que a empatia cognitiva e a preocupação empática são benéficas para o profissional, enquanto o componente emocional é potencialmente deletério para ele (60).

Esse fato, no entanto, não deve implicar na adoção de um distanciamento emocional do profissional em relação aos seus pacientes, já que os três componentes estruturantes da empatia clínica estão interrelacionados e concorrem para beneficiar o paciente. Conforme aponta Zaki (107), existem diversas situações nas quais os indivíduos buscam determinados estados emocionais não porque eles são mais prazerosos ou menos dolorosos, mas pelo fato de eles serem úteis em determinado contexto. Assim, sendo a empatia emocional parte da empatia clínica e dados os seus benefícios para os cuidados com o paciente, defende-se que essa capacidade seja também utilizada como parte dos recursos terapêuticos do profissional. Os potenciais efeitos negativos desse componente da empatia clínica, no entanto, não devem ser negligenciados, por isso a sua manifestação deve ser consciente e estar sempre associada a mecanismos de regulação emocional (108).

Apresentadas as evidências das consequências da empatia clínica para os pacientes e para os profissionais de saúde, segue-se para a próxima seção, que aborda a evolução da empatia ao longo da formação acadêmica dos profissionais.

3.3 A EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE EMPÁTICA DO PROFISSIONAL AO LONGO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Há evidências na literatura que apontam que a capacidade empática dos profissionais de saúde sofre declínio ao longo da sua formação acadêmica. Há relatos dessa redução em estudantes de enfermagem (109), medicina (2) e odontologia (110).

Essa mudança ocorre a partir do início da fase clínica do curso, momento em que os acadêmicos normalmente passam de uma fase predominantemente teórica para outra na qual há contato mais frequente com pacientes reais (111). Apesar desses relatos, há também evidências conflitantes que apontam que a empatia permanece inalterada ou até mesmo que ela aumenta ao longo do curso de graduação (112). Com o objetivo de esclarecer, ao menos parcialmente, esses dados, serão apresentados estudos que abordam a evolução da capacidade empática dos profissionais ao longo da sua trajetória acadêmica.

Neumann *et al.* (113), em revisão sistemática da literatura que incluiu 18 estudos publicados entre 1990 e 2010, relatam que 15 trabalhos reportaram redução de empatia e que nenhum dos 18 mostrou aumento dessa capacidade ao longo da trajetória acadêmica. Onze dos 18 trabalhos foram realizados com estudantes de medicina, sendo que 9 deles revelaram redução de empatia ao longo da graduação; os demais 7 estudos foram realizados com médicos residentes e 6 deles apontaram redução de empatia ao longo dessa fase. Nessa revisão, os autores não diferenciaram os componentes da empatia clínica, reportando apenas o resultado global da empatia dos profissionais.

As evidências para essa redução de empatia, no entanto, são controversas. Complementando a revisão anterior, Andersen *et al.* (114) realizaram revisão sistemática da literatura publicada entre 2010 e 2019 envolvendo estudos que avaliaram a capacidade empática de estudantes de medicina. Dos 30 estudos incluídos, 15 apontaram redução de empatia por meio de questionários autoaplicáveis; 7 mostraram que essa capacidade permaneceu inalterada ao longo da graduação (embora um desses estudos (115) tenha encontrado variação da empatia, a magnitude do efeito foi considerada insignificante pelos autores); e 4 relataram aumento da empatia. Os resultados dos 4 estudos restantes (dos 30), possuem especificidades que serão descritas a seguir.

Um dos estudos mostrou aumento de empatia durante a fase pré-clínica da graduação com posterior queda a partir da fase clínica, porém não houve diferença estatisticamente significativa da empatia aferida de estudantes no início e no final do curso (116); outro trabalho mostrou também que houve variação de empatia ao longo do período acadêmico, atingindo o pico no quarto ano com posterior declínio, mas não mensurou a diferença entre o início e o fim da graduação (117). Um estudo da Etiópia (118) relatou aumento de empatia cognitiva ao longo do curso, porém, segundo

Andersen *et al.* (114), os autores utilizaram instrumentos não validados para obter seus dados, prejudicando a confiabilidade dos resultados. Por fim, o trabalho de Smith *et al.* (119) mostrou que apesar de haver uma redução de empatia cognitiva em um contexto profissional, houve aumento de tomada de perspectiva e de sintonização emocional quando a capacidade empática do indivíduo foi avaliada fora do ambiente profissional. Baseado nos estudos analisados, Andersen *et al.* (114) concluem que as evidências sobre a evolução da empatia clínica em estudantes de medicina são inconsistentes.

Metanálise de Spatoula *et al.* (120) de 2019 incluiu 12 estudos que avaliaram a empatia de estudantes de medicina ao longo da graduação concluiu que há redução de empatia durante essa fase. No entanto, os autores desse estudo sugerem que o declínio da empatia durante a graduação pode não representar uma redução da capacidade empática geral do indivíduo, mas sim um fenômeno restrito à interação do profissional com o paciente. Além disso, eles alertam que o fenômeno detectado de redução da empatia baseia-se primariamente em mensurações realizadas por uma única escala de empatia – cujo foco é o componente cognitivo –, sugerindo, para obter evidências mais confiáveis, a utilização de outros instrumentos em estudos futuros, incluindo a possibilidade de combinar escalas autoaplicáveis, instrumentos de avaliação da empatia do profissional baseados na percepção do paciente e escalas de avaliação de pares.

A partir dos estudos revisados, conclui-se que a maior parte das evidências atuais apontam que, ao longo da graduação e no contexto dos cuidados em saúde, há um declínio da empatia cognitiva dos estudantes da saúde – em especial dos estudantes de medicina. No entanto, as evidências são escassas quanto aos demais componentes estruturantes da empatia clínica nesse mesmo contexto, não permitindo que se façam afirmações quanto à evolução da preocupação empática e da empatia emocional ao longo da trajetória acadêmica desses profissionais.

Segundo revisão sistemática de Howick *et al.* (121) diversos fatores podem justificar o fenômeno da erosão da empatia: a dificuldades do estudante ou residente de relacionar a sua própria situação com a situação clínica ou socioeconômica do paciente; a dificuldade de compreender os valores do outro; a cultura organizacional estressante; a priorização do conhecimento biomédico em detrimento da visão holística do paciente; o contato com profissionais não-empáticos que atuam como modelos de conduta negativa; a ausência de encorajamento à manifestação de

empatia por colegas e outros profissionais; e insegurança devido a baixa experiência clínica e pouca experiência de vida. Embora, conforme argumentado anteriormente, não haja evidências sólidas para afirmar se há redução de preocupação empática ou empatia emocional no contexto dos cuidados em saúde ao longo da formação acadêmica dos profissionais de saúde, Howick *et al.* (111,121) sugerem que todos os fatores apontados anteriormente, ao gerarem demandas emocionais e cognitivas maiores do que os recursos para lidar com elas, podem desencadear mecanismos de enfrentamento que culminam em redução da empatia por meio da dessensibilização ao sofrimento do paciente, da redução da preocupação com outro, e do esforço consciente de distanciamento emocional.

Neste capítulo foi apresentada a definição de empatia clínica como uma prática que utiliza a capacidade empática do profissional para proporcionar a compreensão do paciente, a comunicação dessa compreensão e a ação terapêutica baseada nos conhecimentos obtidos, considerando uma interação que ocorre no contexto dos cuidados em saúde. Foi definido que os componentes estruturantes da empatia clínica são a empatia cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática. Foram descritas evidências que apontam que o exercício da empatia cognitiva e da preocupação empática são potencialmente protetores contra o burnout, enquanto a empatia emocional parece ser um fator de risco para essa condição. Assim, foi ressaltado que a manifestação da empatia emocional deve ser modulada e que seu exercício deve estar associado a mecanismos de regulação emocional adaptativos para evitar que se transforme em contágio emocional, burnout ou outras formas de estresse baseado em empatia. Por fim, foram apresentadas evidências de que há redução de manifestação de empatia cognitiva no contexto dos cuidados em saúde ao longo da formação acadêmica dos profissionais de saúde, embora não se tenham dados suficientes para determinar a trajetória da preocupação empática ou da empatia emocional nesse mesmo cenário.

A partir das evidências apresentadas, conclui-se que a empatia clínica apresenta potenciais benefícios para os pacientes e que, se exercida com modulação adequada do seu componente emocional, apresenta também potenciais efeitos positivos para os profissionais. Assim, segundo uma perspectiva consequencialista, seria possível argumentar que a empatia clínica possui relevância moral nos cuidados em saúde. Apesar disso, defende-se que a sua relevância moral nesse contexto deriva, principalmente, de outros dois efeitos decorrentes da sua prática: da sua

função epistêmica – tanto para profissionais quanto para pacientes – e da sua capacidade de promover no profissional comportamentos com motivação altruística direcionados ao paciente. Esses dois efeitos serão analisados no capítulo a seguir.

4 A FUNÇÃO MORAL DA EMPATIA CLÍNICA

No Capítulo 2 foram apresentados os potenciais benefícios da empatia clínica para os pacientes e para os profissionais. Além desses benefícios, há um outro papel relevante desempenhado pela empatia clínica: a sua capacidade de gerar informações sobre os estados mentais e emocionais do paciente e do profissional envolvidos em uma relação de cuidados. Essa capacidade de geração de informações confere à empatia clínica uma função epistêmica, de onde deriva, por sua vez, parte significativa da sua função moral. Conforme será apresentado neste capítulo, os produtos epistêmicos gerados pelo exercício da empatia clínica promovem a tomada de decisão compartilhada e a centralidade dos cuidados no paciente, além de melhores desfechos para eles, justificando a relevância moral da empatia clínica nos cuidados em saúde.

Além do papel moral da empatia clínica decorrente da sua função epistêmica, há uma outra consequência do exercício dessa prática que a torna moralmente significativa nos cuidados em saúde: a sua capacidade de promover comportamentos em benefício dos pacientes. De forma mais específica, essa promoção ocorre por meio da preocupação empática, que gera, conforme será apresentado, comportamentos altruísticos com o objetivo de promover o bem-estar do paciente. A seguir, inicia-se a elucidação da função moral da empatia clínica por meio da análise da sua função epistêmica.

4.1 A FUNÇÃO EPISTÊMICA DA EMPATIA CLÍNICA

No Capítulo 2, foram definidas as três dimensões da empatia clínica: a compreensão, a comunicação e a ação terapêutica. A primeira dimensão envolve o uso da capacidade empática do profissional com o objetivo de compreender os estados mentais e emocionais do paciente, enquanto a segunda se refere à

comunicação dessa compreensão e à verificação da sua acurácia. Conforme apresentado anteriormente, os benefícios da empatia clínica requerem que o paciente perceba o engajamento empático do profissional, por isso uma das metas da comunicação do profissional com o paciente é, também, a de comunicar a ele o seu engajamento empático – ou, como aponta Halpern (61), a sua preocupação genuína com ele. Partindo desse entendimento, o objetivo desta seção é apresentar a função epistêmica da empatia clínica ou, de forma mais específica, fundamentar que as dimensões da compreensão e da comunicação, aliadas à comunicação empática, são mediadoras da compreensão dos estados mentais e emocionais dos participantes de uma relação de cuidado.

Embora as duas dimensões da empatia clínica citadas – a compreensão e a comunicação da compreensão – sejam categorizadas distintamente, há um fato que as unifica: ambas estão relacionadas com o fluxo de informações entre os dois polos da relação de cuidado, ou seja, entre o paciente e o profissional. O que as diferencia, sob essa perspectiva, é o sentido predominante desse fluxo. Enquanto na dimensão da compreensão o fluxo de informação é do paciente para o profissional, na dimensão da comunicação o sentido predominante de transmissão da informação é do profissional para o paciente. Esse fluxo de informações, no contexto da empatia clínica, é mediado pelo exercício de habilidades específicas – oriundas dos recursos cognitivos e emocionais relacionados à empatia, à preocupação empática e à comunicação –, que organizam a forma pela qual essas informações são percebidas ou transmitidas pelo profissional. Assim, partindo do entendimento da empatia clínica como uma prática, pode-se afirmar que a empatia clínica, associada à comunicação empática, engloba ferramentas específicas que, ao serem utilizadas, moldam a informação recebida ou transmitida pelo profissional, contribuindo para a geração de produtos epistêmicos singulares para o destinatário da informação, seja ele paciente ou profissional.

Conforme será apresentado, a função epistêmica geral da empatia clínica é promover a compreensão dos estados mentais e emocionais tanto dos pacientes quanto dos profissionais. A compreensão dos estados afetivos do paciente é mediada pela primeira dimensão da empatia clínica, mais especificamente pelas empatias cognitiva e emocional do profissional, que moldam as informações oriundas do paciente para atingir esse fim epistêmico. A partir dessa perspectiva e com base nos referenciais de Albuquerque (13), Oxley (122), Sofronieva (123) e Werner (124)

propõe-se que essa função epistêmica geral é realizada, para os profissionais, por meio de três funções epistêmicas específicas: i) a compreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do paciente; ii) a geração de conhecimentos não-fenomenais sobre os estados mentais e emocionais do paciente; iii) a identificação da hierarquia de valores do paciente.

A empatia clínica possui também uma quarta função epistêmica, esta específica para os pacientes: gerar para estes a crença de que o profissional possui motivação altruística. A compreensão, pelo paciente, desse aspecto específico do estado mental e emocional do profissional ocorre por meio de informações emitidas pelo profissional ao exercer a preocupação empática associada à comunicação empática. Essa função epistêmica é relevante, conforme será apresentado adiante, porque promove a confiança no profissional. Conforme apresentado no Capítulo 2, a comunicação empática não está conceitualmente contida na definição de empatia clínica, porém, segundo a argumentação que será desenvolvida, é por meio da sua associação com a preocupação empática que a quarta função epistêmica da empatia clínica é realizada.

Antes de prosseguir, faz-se necessário delimitar as escolhas conceituais que serão empregadas neste capítulo. Adota-se, nesta dissertação, a distinção entre *compreender* e *conhecer* os estados mentais e emocionais de outras pessoas com base em Christiana Werner (124). Para essa autora, a *compreensão* é gradativa, ao contrário do *conhecimento*, que ou se tem ou não tem – em caráter de tudo ou nada – baseado, dentre outros fatores, na sua correspondência com a verdade. Assim, pode-se compreender algum assunto em maior ou menor grau baseado na quantidade de informações que se possui sobre esse assunto, no nível conexão e articulação que se pode estabelecer entre essas informações, na capacidade do indivíduo de gerar conclusões a partir delas, e no potencial da pessoa de explicar casos similares (124,125). Compreender, segundo a perspectiva de Werner, não requer correspondência com a verdade, mas implica progresso cognitivo quando aproxima o indivíduo dela: compreender melhor um determinado assunto envolve estar mais próximo da verdade. Aplicado ao contexto dos cuidados em saúde, essa compreensão envolve o reconhecimento de que dificilmente será possível, mesmo com o uso da empatia, atingir uma correspondência exata com os estados cognitivos e emocionais do outro. Assim, embora se possa conhecer *alguns* aspectos do estado afetivo do outro, sobretudo *o que* ele sente – o que está relacionado, conforme será explicado

adiante, a um conhecimento não-fenomenal sobre ele –, a compreensão sobre *como* ele se sente – ou seja, apreender o caráter subjetivo da sua experiência –, é uma conquista cognitiva muito mais difícil de se atingir, requerendo, conforme será apresentado na subseção a seguir, a utilização de conceitos fenomenais. Partindo dessa perspectiva, esta seção será dividida em duas partes principais: na primeira será feita a análise da função epistêmica da empatia clínica para os profissionais de saúde; na segunda, será apresentada a função epistêmica da empatia clínica para os pacientes.

4.1.1 A função epistêmica da empatia clínica para os profissionais de saúde

Conforme apresentado no Capítulo 2, a primeira dimensão da empatia clínica recorre aos recursos proporcionados pelas empatias cognitiva e emocional para promover a compreensão dos estados mentais e emocionais do paciente. Assim, a função epistêmica da empatia clínica para os profissionais decorre da sua capacidade de habilitar essa compreensão. Para elucidar como a empatia clínica habilita a formação desse produto epistêmico, esta subseção será organizada da seguinte forma: primeiro, será feita breve introdução da definição de *conceitos fenomenais* baseado no referencial da filosofia da mente de David Chalmers (126), requisito necessário para que se possa entender a segunda parte, baseado no referencial de Christiana Werner (124), que apresenta a empatia como ferramenta de compreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do outro, que será a base para a argumentação de que a empatia clínica habilita a compreensão fenomenal da experiência do paciente; por fim, com base em Oxley (122) e Sofronieva (123), será apresentado como a compreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do paciente contribui para a geração de conhecimentos não-fenomenais sobre ele e para a identificação da sua hierarquia de valores. Inicia-se, a seguir, com a introdução sobre conceitos fenomenais.

Para introduzir a categoria dos conceitos fenomenais, apresenta-se o experimento mental de Frank Jackson, caso seminal da área da filosofia da mente (127,128). Jackson propõe o caso de Mary, cientista confinada por toda a sua vida em uma sala em preto-e-branco cujos objetos nela contidos são todos dessa mesma cor.

Além disso, todos os estímulos visuais proporcionados a Mary durante o seu confinamento possuíam aquela mesma tonalidade. Essa cientista, especialista em neurofisiologia das cores, aprendeu tudo que o há para ser aprendido sobre o mundo físico, possuindo conhecimento completo sobre física, química e neurobiologia, incluindo como os diferentes comprimentos de onda interagem com a retina, além de conhecimento completo sobre os fatos causais e sobre as consequências relacionadas aos fenômenos físicos. Um certo dia Mary é liberada do seu confinamento e vê, pela primeira vez, a cor vermelha. Se ela conhecia todos os fenômenos físicos antes da sua liberação, pode-se dizer que ela adquiriu um novo conhecimento ao ver essa cor? Em outras palavras, Mary teria como saber *como é* enxergar a cor vermelha a partir do seu conhecimento completo sobre o mundo físico?

Jackson (127) ressalta que o ponto central do caso de Mary não se refere a determinar se ela seria capaz de *imaginar* ou não como seria a experiência de ver o vermelho – o que ela poderia fazer já que imaginar é o que se faz quando não se tem conhecimento sobre algo –, mas sim que ela não saberia como é a *experiência* de enxergar essa cor. Para esse autor (127), ao ver o vermelho pela primeira vez, Mary aprendeu *como é* enxergar essa cor, um tipo de conhecimento que ela não tinha anteriormente, o que significa que saber tudo sobre o mundo físico, segundo essa linha de pensamento, não é capaz de proporcionar o tipo de compreensão que somente a experiência de vivenciar algo pode viabilizar.

A explicação dessa lacuna existente entre o conhecimento do mundo físico e o conhecimento *experiential* – doravante referido como *fenomenal* para manter a coesão com a literatura correspondente – é tópico ainda em debate na Filosofia, fugindo ao escopo desta dissertação aprofundar-se nesse tema. No entanto, por se constituírem como pré-requisitos para a elucidação da função epistêmica da empatia clínica segundo a perspectiva adotada neste trabalho, será feita breve introdução dos conceitos relevantes para esse fim. Para isso, utiliza-se como referencial David Chalmers (126) devido à projeção do autor na área da Filosofia da Mente.

Para Chalmers (126) o conhecimento sobre o mundo físico é expresso por meio de informações *estruturais* aquelas que são comunicadas de forma completa por meio de vocabulário contendo expressões lógicas, matemáticas, espaço-temporais e relacionadas às leis naturais do mundo. Assim, as informações estruturais comunicam a estrutura do mundo microscópico e macroscópico, como os seus elementos interagem e quais as consequências dessas interações, contendo, inclusive,

explicações sobre funções avançadas de células e tecidos capazes de detectar ondas eletromagnéticas de uma frequência específica que convencionou-se chamar de *vermelho*. No entanto, as descrições estruturais são incapazes de comunicar a experiência de como enxergar essa cor é vivenciada pelo indivíduo (126). Isso ocorre porque a experiência humana possui um caráter fenomenal, ou seja, possui um caráter subjetivo, uma qualidade particular que é sentida pelo indivíduo e que é evidenciada não pelo fato de ele identificar *o que* ele sente, mas pelo fato de ele reconhecer conscientemente *como* ele se sente, *como* ele vivencia sua experiência.

Usando um exemplo do mundo físico, é possível dizer que as partículas possuem determinadas propriedades (ou qualidades) – como carga e massa – que ao serem instanciadas – por meio de experimentos, por exemplo – caracterizam de forma peculiar essa partícula – como um próton, por exemplo, e não como um elétron. Analogamente, os estados mentais podem apresentar propriedades (ou qualidades) fenomenais que, ao serem instanciadas, ou seja, ao fazerem parte da experiência ocorrente do indivíduo, caracterizam para a pessoa *como é* estar naquele estado mental específico – e não em outro. Assim, ter uma experiência visual de enxergar uma cor ou ter a experiência de uma dor lancinante são qualidades fenomenais dos estados mentais de um indivíduo que, quando instanciadas, permitem que ele mobilize os conceitos fenomenais de *vermelho* ou *dor*, respectivamente. Ressalta-se que os conceitos fenomenais de vermelho ou dor são aqueles relacionados à qualidade subjetiva da experiência do indivíduo, à sensação direta, não mediada pela linguagem ou por conceitos estruturais, que o indivíduo toma consciência ao acessar uma experiência ocorrente de vermelho ou dor.

O ponto relevante sobre os conceitos fenomenais na sua relação com a empatia clínica é que, conforme Chalmers (126), as propriedades fenomenais não podem ser reduzidas às propriedades estruturais. Isso significa que descrições estruturais – aquelas que são completamente acessíveis à linguagem – são incapazes de capturar a natureza intrínseca da experiência humana (126). Por isso, aponta Jefferson (32), não se consegue comunicar diretamente uma experiência subjetiva, sendo necessário recorrer a analogias, metáforas ou comparações. Descrições estruturais podem gerar informação e conhecimento estrutural, mas, para ganhar conhecimento fenomenal – aquele que Mary ganhou ao ser libertada ou, de forma mais geral, o conhecimento sobre *como é* vivenciar uma experiência –, é necessário utilizar conceitos fenomenais.

No contexto de uma relação de cuidados em saúde, conforme citado, há um fluxo de informações entre profissional e paciente e, no que concerne à primeira dimensão da empatia clínica, o sentido relevante de transmissão é do paciente para o profissional, permitindo que este gere produtos epistêmicos a partir de informações oriundas daquele por meio da mediação das empatias cognitiva e emocional. Baseado em Chalmers (126), há dois componentes nas informações que são transmitidas nesse tipo de relação interpessoal: um estrutural e outro fenomenal. O primeiro componente dessa informação pode ser captado pelo profissional por meio das suas habilidades cognitivas. Assim, diversos sinais manifestados pelo paciente, dentre eles linguísticos (“estou com falta de ar”), visuais (a presença de esforço para respirar) e auditivos (o sibilo ou “chiado” típico de obstrução pulmonar à passagem de ar), permitem que o profissional adquira um conhecimento estrutural sobre ele e possa dizer que “o paciente está com uma crise de asma”.

No entanto, o que falta a esse conhecimento adquirido pelo profissional é a qualidade intrínseca da experiência relacionada ao enorme esforço muscular para respirar, à sensação provocada pela elevação do gás carbônico sanguíneo e à queda do oxigênio cerebral, à perda gradual de consciência e ao medo da morte. Em suma, o que falta é a compreensão *fenomenal* da crise de asma que é proporcionada, em parte, pelo conceito fenomenal de “falta de ar”, caracterizado pela experiência subjetiva de *como é* vivenciá-la. Dessa forma, os sinais manifestados pelos pacientes, os testemunhos deles próprios ou de seus acompanhantes, assim como os dados e descrições contidos em prontuário, são capazes de gerar informações estruturais que, ao serem processadas cognitivamente pelos profissionais, geram conhecimento estrutural sobre o paciente, permitindo que o profissional saiba *o que* o paciente sente ou *qual é* o diagnóstico dele – mas não *como* ele se sente ou *como é* viver com a sua doença. Constata-se que o componente fenomenal da informação – *como* o paciente se sente – foi perdido. Existe alguma maneira de recuperar ou gerar essa informação fenomenal sobre o paciente?

É na resposta a essa pergunta que a relevância epistêmica da empatia se torna clara: para Werner (124) a empatia permite a compreensão fenomenal da experiência afetiva do outro. Assim, o valor epistêmico da empatia clínica para os profissionais de saúde é que, na sua primeira dimensão, o uso da capacidade empática do profissional permite que ele adquira compreensão fenomenal da experiência do paciente, ou, de forma mais específica, a compreensão de *como é* vivenciar seus estados mentais e

emocionais, o que, nesse contexto específico, representa a compreensão de como é vivenciar seu processo de adoecimento.

Ao abordar a capacidade da empatia de gerar compreensão fenomenal sobre o outro, Werner (124) explora tanto o papel da empatia de proporcionar progresso epistêmico sobre os estados mentais e emocionais de outra pessoa quanto a limitação dessa ferramenta para atingir esse fim. Segundo essa autora, há progresso epistêmico quando o indivíduo usa a sua capacidade empática para gerar, em si próprio, estados mentais e emocionais vicários progressivamente mais próximos do estado mental e emocional real do outro, ou seja, quando a experiência da pessoa que empatiza se aproxima da experiência exata do outro. Atingir essa correspondência exata implicaria a formação de uma crença *verdadeira* sobre como o outro se sente, gerando *conhecimento* fenomenal sobre ele. Werner (124) sugere, no entanto, que, na prática, a aproximação do estado afetivo da pessoa que empatiza com o outro é assintótica, já que é normalmente impossível atingir a correspondência estrita. Dessa forma, ela afirma que a empatia promove a *compreensão* fenomenal dos estados afetivos de outra pessoa, sendo essa compreensão gradativa e ampliando-se à medida que se aproxima da experiência verdadeira do outro.

A improbabilidade de atingir a correspondência exata com a experiência do outro, segundo Werner (124), decorre do fato de que a experiência humana é complexa, sendo composta por vários elementos que se influenciam mutuamente para criar o estado fenomenal resultante que é percebido pelo indivíduo. Nessa mesma linha, Sofronieva (123) afirma que experiência humana pode ser analisada a cada momento como o conjunto articulado e coerente de manifestações em vários domínios distintos da vivência da pessoa. Esses domínios incluem, de forma não exaustiva, o domínio proprioceptivo (relacionado à percepção da posição do próprio corpo), o somático (relacionado às sensações corporais), o dos pensamentos ocorrentes, assim como os domínios das emoções, dos valores e das motivações⁸. Werner (124) ressalta, ainda, que múltiplas emoções podem compor a experiência ocorrente de uma pessoa, o que torna ainda mais difícil a tarefa de atingir a correspondência fenomenal exata com o estado afetivo do outro. Dessa forma, aplicado ao contexto dos cuidados em saúde, pode-se afirmar, baseado nessas autoras, que empatia

⁸ A autora usa o termo “dimensões”, porém, como esse termo já foi usado para falar sobre as dimensões da empatia clínica, optou-se pelo termo “domínios”. Foge ao escopo dessa dissertação determinar a natureza desses domínios e se eles são redutíveis uns aos outros.

clínica dificilmente produzirá *conhecimento* fenomenal sobre o estado afetivo do paciente porque não se pode assegurar que haja correspondência exata entre a experiência empática do profissional e a experiência vivida pelo paciente. No entanto, apesar dessa limitação, a empatia clínica permanece sendo epistemicamente relevante para os profissionais de saúde pela sua possibilidade de gerar *compreensão* fenomenal dos estados afetivos do paciente.

Essa compreensão fenomenal, gradativa, é mediada pelas empatias cognitiva e emocional do profissional, gerando, para ele, conceitos fenomenais que correspondem, em maior ou menor grau, aos conceitos fenomenais do próprio paciente – onde a correspondência exata dos conceitos implicaria a apreensão exata do caráter subjetivo da experiência dele. No entanto, apesar de uma perfeita correspondência fenomenal dificilmente ser atingida – se é que seja possível – a empatia clínica tem relevância epistêmica nos cuidados em saúde porque, baseado em Werner (124), a correspondência fenomenal parcial com a experiência do paciente caracteriza progresso epistêmico ao proporcionar compreensão parcial dos seus estados mentais e emocionais.

Segundo essa linha de pensamento, a compreensão fenomenal dos estados afetivos do paciente consiste na apreensão do profissional, mesmo que de forma parcial, dos conceitos fenomenais do paciente por meio do uso da sua capacidade empática e na tentativa daquele de, progressivamente, aproximá-los dos conceitos fenomenais do paciente. Em outras palavras, consiste na apreensão, mesmo que imprecisa, pelo profissional, da qualidade ou do caráter subjetivo vivenciado pelo paciente quando ele expressa estar com “dor”, com “medo” ou em “luto”, e na tentativa desse profissional de atingir determinado grau de correspondência experiencial subjetiva que permita que ele obtenha um nível de compreensão satisfatório da situação do paciente para o planejamento e execução das ações terapêuticas.

A compreensão fenomenal da experiência do paciente requer a sincronização emocional com o seu estado emocional ocorrente. Werner (124) justifica esse fato com base na premissa de que os conceitos fenomenais são adquiridos, na prática, vivenciando ativamente a qualidade subjetiva dos estados mentais e emocionais que correspondem a esses conceitos⁹. Assim, da mesma forma que o conceito fenomenal

⁹ Werner (124) não exclui a possibilidade de aquisição de conceitos fenomenais por outros meios, apesar de afirmar que, na prática, eles são obtidos por experiência direta. Reconhece-se a complexidade desse tema e aprofundamento nele fugiria do escopo desta dissertação.

de “vermelho” pode se referir a diferentes tonalidades, os mesmos conceitos fenomenais de “dor”, “medo” ou “luto” podem ter qualidades distintas para diferentes pessoas ou até para a mesma pessoa em momentos diversos da sua vida. Isso implica que a compreensão fenomenal do estado afetivo do outro requer empatizar com a sua experiência ocorrente para que se possa distinguir, até onde for possível, as diferentes “tonalidades” que envolvem seus estados afetivos ocorrentes.

O uso da capacidade empática do profissional como ferramenta para compreensão fenomenal do paciente é, baseado na perspectiva de Werner (124), meio de obtenção de informações sobre o caráter subjetivo da experiência dele. Conforme afirma Sofronieva (123), os domínios da experiência humana são interrelacionados seguindo uma lógica própria que não é totalmente idiossincrática ou peculiar ao indivíduo. Em outras palavras, há uma lógica que conecta as manifestações ocorrentes de cada domínio com um conjunto limitado de possíveis manifestações nos demais: a manifestação de raiva experienciada no domínio da emoção se conecta à manifestação de ruminação no domínio dos pensamentos ocorrentes, que podem se conectar à manifestação de palpitação e tensão muscular no domínio somático, mas aquela mesma emoção dificilmente se conecta com a manifestação de gratidão no domínio dos pensamentos ocorrentes ou de relaxamento muscular no domínio somático. Assim, ao utilizar a empatia, o profissional pode recorrer a essa interrelação entre os domínios da experiência para reproduzir, vicária e parcialmente, o caráter subjetivo da experiência do paciente, permitindo ao profissional compreender parcialmente o caráter fenomenal dos estados afetivos dele. Mesmo que o profissional não compreenda de forma completa o aspecto fenomenal da experiência ocorrente do paciente, ainda assim essa compreensão parcial representa progresso epistêmico em relação à ausência de compreensão fenomenal sobre os seus estados afetivos porque ela auxilia o profissional a compreender a vontade, as necessidades e as preferências do paciente, que são, todos, fatores que influenciarão a tomada de decisão compartilhada e as ações terapêuticas.

Além da capacidade da empatia clínica de promover a compreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do paciente, há uma segunda função epistêmica: a geração de conhecimentos não-fenomenais sobre os estados afetivos do paciente. Esses conhecimentos não-fenomenais estão relacionados com as informações estruturais de Chalmers (126), no sentido de que podem ser completamente descritas por meio da linguagem, não envolvendo, portanto, conceitos fenomenais – ou, em

outras palavras, conceitos relacionados ao caráter subjetivo da experiência da pessoa. Como não se pretende aprofundar na relação entre conhecimentos não-fenomenais e estruturais nem analisar se um é redutível ao outro, por serem temas mais apropriados para o campo da Filosofia, opta-se, doravante, por referir-se apenas à compreensão ou conhecimento *fenomenais* e *não-fenomenais* em consonância com Werner (124).

Oxley (122) afirma que a empatia permite a formação de *conhecimento* sobre o outro. Como a autora não aborda a formação de conhecimentos ou a compreensão dos estados afetivos do outro envolvendo, especificamente, o caráter fenomenal da experiência, infere-se da sua obra que, no mínimo, a autora afirma que a empatia é capaz de gerar conhecimento não-fenomenal sobre o outro. Esse tipo de conhecimento refere-se a saber *o que* o outro sente, como, por exemplo, saber que ele está com dor ou que está amedrontado, podendo se referir também a saber as razões pelas quais a pessoa justifica suas ações em determinado contexto. Essa autora argumenta que a empatia permite a formação de conhecimento (não-fenomenal) porque pode-se gerar uma crença verdadeira justificada sobre os estados mentais e emocionais de outra pessoa. A justificação da crença, para ela, decorre do processo pelo qual essa crença foi obtida: no caso, do próprio processo empático de estabelecer correspondência emocional com a outra pessoa associada à tomada de perspectiva orientada para o outro, que permitem que a pessoa que empatiza simule a experiência do outro e gere informações sobre os seus estados mentais e emocionais (122).

Baseado no que foi apresentado, a empatia proporciona tanto a formação de conhecimentos não-fenomenais sobre os estados mentais do outro quanto a obtenção de compreensão fenomenal sobre esses estados. Esses dois produtos epistêmicos, no entanto, estão interligados: a compreensão fenomenal dos estados afetivos da outra pessoa facilita a formação de conhecimento não-fenomenal sobre esses estados.

Oxley (122) afirma que simular a experiência do outro por meio da empatia gera novas informações não-fenomenais sobre ele. Sofronieva (123) propõe que o mecanismo pelo qual esse fenômeno ocorre, mediado pela empatia, é o seguinte: ao simular, em si, a experiência do outro usando as informações que estavam evidentes até o momento, obtém-se certo nível de compreensão fenomenal sobre os estados mentais e emocionais da outra pessoa, processo que, por sua vez, devido à

interconexão entre os domínios correlatos da experiência humana, permite que o indivíduo que empatiza possa inferir novas informações não-fenomenais sobre o outro. Dessa forma, é possível inferir a partir de Oxley (122) e Sofronieva (123) que a apreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do outro contribuem para a geração de conhecimento não-fenomenal sobre eles – em outras palavras, compreender *como* o outro se sente contribui para formar novos conhecimentos sobre *o que* ele sente ou pensa.

Fundamentado no que foi apresentado, a primeira dimensão da empatia clínica proporciona, potencialmente, tanto a compreensão fenomenal dos estados mentais e emocionais do paciente quanto a formação de conhecimentos não-fenomenais sobre os seus estados afetivos. Esse conhecimento gerado consiste na crença do profissional de que o paciente apresenta determinados estados mentais e emocionais, justificados pelo próprio processo empático de sintonização emocional e de tomada de perspectiva, cuja veracidade pode ser atestada por meio da segunda dimensão da empatia clínica, que consiste exatamente na verificação da acurácia das informações obtidas por meio do exercício da primeira dimensão.

Além da compreensão fenomenal e do conhecimento não-fenomenal que podem ser gerados pela empatia clínica, há uma terceira função epistêmica para os profissionais com base em Oxley (122): a empatia permite a identificação da hierarquia de valores do paciente. Antes de prosseguir com a explicação dessa função, será introduzido o conceito de *valor* que será utilizado nesta dissertação.

Verplanken e Holland (129) definem que *valores* são formas desejáveis de comportamento ou estados finais desejáveis para o indivíduo. Assim, os valores podem incluir honestidade, manter a ordem social, preservar a natureza e manter-se saudável. Isso significa que, para uma pessoa portadora desses valores, é desejável agir honestamente e de forma a manter a ordem social intacta, assim como é desejável para ela que a natureza seja mantida preservada e que ela esteja livre de dor. Batson (130) resume essa definição afirmando que *valor* é aquilo que a pessoa valoriza, aquilo que importa para ela.

Os valores são construtos organizados de forma hierárquica para o indivíduo: quando há uma situação de conflito de valores, ele elegerá, para guiar as suas ações, aquele que for mais importante para ele naquele contexto (129). O conjunto de valores que fazem parte da identidade da pessoa são chamados de *valores centrais*. Essa classe de valores, que molda a visão de mundo da pessoa, é dotada de força

motivacional, que é proporcional à centralidade do valor, ou seja, ao seu grau de incorporação na identidade do indivíduo, o que reflete a importância dada por ele a esse valor. Quando o indivíduo percebe uma discrepância entre o seu estado atual (ou futuro) e um estado valorizado por ele, são desencadeadas emoções que indicam a ele que seus valores foram ameaçados (130). A consciência dessa discrepância amplificada por essas emoções leva à motivação para agir em direção a uma meta específica: recuperar o estado valorizado (130).

Oxley (122) sugere que a empatia possui o potencial epistêmico de permitir a identificação, ao menos parcial, da hierarquia de valores do outro, o que é uma habilidade importante para os profissionais de saúde quando se considera que os valores, sobretudo os centrais, influenciam as decisões e os comportamentos dos pacientes. Assim, a terceira função epistêmica da empatia clínica para os profissionais de saúde é o seu potencial de permitir que a hierarquia de valores do paciente seja identificada. Essa função é relevante porque, combinada às informações fenomenais e não-fenomenais sobre os estados mental e emocional do paciente proporcionadas pela empatia, o profissional pode, de forma limitada, não somente saber *quais* valores são relevantes para o paciente, mas compreender *como* esses valores importam para ele. Essas formas de compreensão e de conhecimento contribuem para que, até certo ponto, o profissional seja capaz de apreender a força motivacional advinda da ameaça desses valores para o paciente e, com isso, consiga evidenciar quais valores são mais importantes naquele contexto específico e que, por consequência, devem ser tomados como preponderantes para a tomada de decisão compartilhada.

Todas as três funções epistêmicas específicas da empatia clínica que foram apresentadas contribuem para que o profissional possa compreender os estados mentais e emocionais do paciente, já que ela tem o potencial de promover a geração de informações relacionadas aos valores, necessidades, vontade e preferências do paciente. Essas informações, em última instância, convergem para a promoção da tomada de decisão compartilhada e dos cuidados centrados no paciente, permitindo, a partir do referencial de Albuquerque (13), que se justifique a relevância moral da empatia clínica nos cuidados em saúde. Assim, sem pretender rejeitar outras linhas de pensamento, pode-se afirmar que a relevância moral da empatia clínica nos cuidados em saúde é derivada, pelo menos parcialmente, da sua função epistêmica para os profissionais de saúde. Essa função epistêmica, no entanto, não se restringe aos profissionais de saúde, conforme será apresentado a seguir.

4.1.2 A função epistêmica da empatia clínica para os pacientes

O objetivo deste tópico é analisar a relevância epistêmica da empatia clínica para os pacientes. Para isso, será argumentado que a preocupação empática aliada à comunicação empática, tem, no mínimo, uma finalidade epistêmica específica: a de induzir no paciente a crença de que o profissional possui motivação altruística. Conforme será apresentado, essa crença é relevante porque ela é um dos elementos necessários para que o profissional possa ser considerado confiável. Para examinar a relação entre motivação altruística e confiança no profissional é necessário, primeiramente, introduzir as características das relações de confiança, o que será feito a seguir.

As relações de confiança podem ser analisadas sob diversas perspectivas, dentre elas, como uma relação de duas vias (A confia em B) ou uma relação de três vias (A confia em B para O) – por exemplo, A confia em B para guardar seu segredo (O)¹⁰. Domenicucci e Holton (131), partindo da visão de relação de duas vias, afirmam que a confiança não é uma atitude de tudo ou nada, mas se expressa em níveis, que podem ser distintos entre pessoas diferentes (confia-se mais em um amigo do que em outro) ou entre ações específicas para a mesma pessoa (confia-se em determinada pessoa para cuidar da sua saúde, mas não para cuidar das suas finanças).

Confiar em alguém implica, em certo sentido, depender dele para que algo se realize. Sob essa perspectiva, ao estabelecer uma relação de confiança, aquele que confia se coloca em uma posição de vulnerabilidade acrescida em relação à pessoa confiada pois ela se submete ao risco de sofrer algum dano (132). Domenicucci e Holton (131), assim como Baier (132), apontam que um dos elementos centrais da confiança é a concessão de poderes discricionários para o outro julgar ou agir dentro de certos limites. Isso justifica o fato de as relações de confiança possuírem duas características distintivas: uma expectativa elevada em relação ao outro e uma

¹⁰ Foge ao escopo desta dissertação aprofundar-se na definição de confiança ou qual é o tipo fundamental de relação de confiança (se é de duas, três ou quatro vias), temas que ainda são objetos de debate na literatura. O que é relevante para o presente estudo são os aspectos potencialmente associados às relações de confiança, notadamente as razões que tornam alguém confiável e que levam uma pessoa a confiar na outra.

propensão a sentir-se ressentido ou traído quando essas expectativas são frustradas (131,133).

Ao depositar a confiança em alguém, um conjunto de elementos é avaliado para determinar se a outra pessoa é confiável ou não, sendo que dificilmente um único elemento possa se constituir, isoladamente, como necessário para que essa relação se estabeleça (131). Há, no entanto, uma associação entre o nível de confiança no outro e o número de critérios de confiabilidade que se julga que ele possui. Isso indica que um dos desafios enfrentados nas relações interpessoais nas quais o outro é um desconhecido – como é, muitas vezes, nas relações entre pacientes e profissionais de saúde –, é decidir se o outro é confiável ou não, pois essa determinação é fundamental para se depositar a confiança nele de forma inteligente. A importância de confiar de forma inteligente no outro – o que, para O’Neill (134), é confiar em quem tem critérios de confiabilidade –, é proporcional aos potenciais danos decorrentes de confiar na pessoa errada: as consequências de ser enganado ao confiar em alguém para ter controle total da sua conta bancária são muito mais graves do que confiar que a pessoa que está no caixa da padaria dará o troco correto da compra.

No contexto dos cuidados em saúde, acreditar que se pode confiar no profissional de saúde é altamente relevante para os pacientes porque os danos decorrentes das ações executadas nesse cenário afetam diretamente a sua saúde e, em alguns, casos, a sua própria vida. A argumentação a seguir parte da premissa de que o paciente, quando se coloca sob os cuidados de um profissional de saúde, confia nele, já que se reconhece, de forma empírica, que dificilmente o paciente aceitaria, tendo escolha, ser cuidado por um profissional que considerasse ser, definitivamente, não confiável. Assim, pode-se questionar: quais são os critérios que tornam os profissionais de saúde confiáveis para os pacientes?

Segundo O’Neill (135) há três critérios independentes de confiabilidade: honestidade, comprometimento e competência. O primeiro critério se refere à correspondência existente entre o conteúdo das declarações da pessoa e os fatos do mundo real (135): se a correspondência é verdadeira, o indivíduo fala a verdade e é considerado honesto; se é falsa, o indivíduo mente e é desonesto. O segundo critério – comprometimento – surge da própria natureza das relações de confiança, já que confiar em uma pessoa pode estar relacionado tanto com a crença de que ela cumprirá determinado compromisso previamente estabelecido (136) quanto com a crença de que, caso ela fizesse um compromisso, ela o cumpriria (137). O terceiro critério –

competência – surge porque não basta que alguém faça o compromisso de realizar algo: ele deve ser capaz de executar ou de realizar o objeto do seu compromisso (135,136) – por exemplo, se foi feito o compromisso de operar um tumor, o cirurgião deve ter as habilidades para isso.

A necessidade de confiar surge exatamente pelo fato de que, muitas vezes, é preciso ceder ao outro discricionariedade para julgar e para agir porque não se sabe qual é a melhor decisão a ser tomada, a melhor forma de executar determinadas ações ou como responder às consequências delas (131). A concessão de poderes discricionários é evidente nas relações entre profissionais e pacientes (138): normalmente o paciente carece de conhecimento médico especializado e, mesmo que o tenha, quando está internado ou se submete a um procedimento cirúrgico, por exemplo, ele concede aos diversos profissionais envolvidos nos seus cuidados certo grau de liberdade de decisão e de ação relacionada ao seu corpo.

A concessão de poderes discricionários associada à confiança está ligada a um quarto critério independente de confiabilidade apontado por Kelsall (133): a motivação adequada. Segundo esse autor, em toda relação de confiança há uma meta-relação subjacente entre as pessoas que é definida sobretudo pelo papel social que uma exerce em relação à outra. Dessa forma, quando se confia em alguém e se concede a ele poderes discricionários, há uma expectativa normativa de que ele não apenas cumpra o seu compromisso e que tenha competência para isso, mas que ele o faça pelos motivos adequados ao papel social que exerce nessa relação. Assim, quando se pede ajuda a um amigo, espera-se que ele faça motivado, em parte, pela estima que tem pelo solicitante; caso se descubra que o “amigo” ajudou apenas para não ser alvo de críticas sociais negativas, o solicitante pode considerar-se justificado em sentir-se ressentido ou traído. Os mesmos critérios de confiabilidade – honestidade, comprometimento, competência e motivação adequada – podem ser considerados elementos que compõem a confiança dos pacientes nos profissionais de saúde.

A honestidade constitui elemento significativo para a confiança do paciente no profissional: caso se descobrisse que o profissional mentiu sobre os possíveis efeitos colaterais de um tratamento, perder-se-ia, parcial ou totalmente, a confiança nele. Quanto à competência, o fato de o profissional de saúde ter o direito de exercer sua profissão indica que ele foi aprovado em um processo de qualificação formal e socialmente regulado para esse exercício, o que constitui evidência *prima facie* da sua competência. Não se exclui, contudo, que outros elementos possam reforçar ou

mitigar essa evidência, como, por exemplo, a idade do profissional, o tempo de experiência profissional e a habilidade demonstrada em executar tarefas típicas da sua ocupação. Da mesma forma, o exercício da sua profissão é evidência *prima facie* do seu comprometimento em atender as necessidades de saúde dos pacientes, já que, estendendo o argumento de Tauber (139), considera-se que o profissional assume tacitamente a responsabilidade de cuidar dos pacientes no momento em que aceita exercer a sua profissão.

No entanto, o fato de cumprir um compromisso – implícito ou explícito – feito com os pacientes, ter competência para isso e ser honesto não são os únicos critérios que importam para a construção de uma relação de confiança nesse contexto. Os profissionais possuem preocupações além dos cuidados em si com o paciente, como aqueles relacionados às suas ambições profissionais, interesses econômicos e obrigações com a instituição empregadora (139). Essas influências que permeiam a relação do paciente com o profissional são as mesmas que, de maneira geral, atingem todas as pessoas em suas relações profissionais, por isso elas são, implícita ou explicitamente, reconhecidas por todos, incluindo os pacientes.

O fato de a relação de cuidados em saúde caracterizar-se como um tipo especial de relação interpessoal suscita uma expectativa oriunda do paciente de que as influências externas a essa relação sejam consideradas secundárias. Por isso, Tauber (139) afirma que a confiança do paciente emerge do reconhecimento de que o foco do profissional está nos cuidados com ele e que todos os demais fatores que influenciam essa relação estão subordinados a esse objetivo principal. Conforme argumentam Ludewigs *et al.* (138), ao confiar no profissional, os pacientes adicionam a vulnerabilidade advinda da confiança àquela já presente decorrente da sua própria condição de saúde. Esse tipo de relação interpessoal é uma na qual o paciente confere poderes discricionários ao profissional para decidir e agir com o objetivo de atenuar ou resolver uma necessidade relacionada à sua saúde, havendo uma demanda implícita de que o profissional o respeite e, de alguma maneira, o proteja (138).

Com base no que foi apresentado, pode-se afirmar que, além das expectativas de que os profissionais sejam honestos e competentes, o paciente espera também que eles cumpram os seus compromissos motivados, em parte, pelo próprio fato de ele ter se colocado em uma relação de dependência com esses profissionais ao ceder a eles certos poderes discricionários com o objetivo de melhorar a sua condição de

saúde. Para Baier (132), há a expectativa por parte do paciente de que os profissionais apresentem um *mínimo de boa-vontade* em relação a ele, onde esse “mínimo de boa-vontade” se refere ao fato de os profissionais não demonstrarem motivação para causar dano a ele. Segundo essa autora, a crença do paciente na ausência de motivação maleficente por parte do profissional já viabiliza a criação de uma relação de confiança entre eles.

Apesar de se admitir que a ausência da intenção de causar dano é o mínimo necessário para habilitar a existência de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, propõe-se que, nesse contexto, a expectativa mais profunda do paciente é a de que as ações terapêuticas dos profissionais tenham como motivação principal a preocupação com o seu bem-estar. Quando um paciente diz para um profissional de saúde “eu confio você”, há mais sendo expresso nessa afirmação do que o simples reconhecimento da ausência de motivação maleficente por parte do profissional. Há, oculta, a expressão de uma expectativa profunda de que as ações do profissional sejam orientadas, primordialmente, para promoção do seu bem-estar, ou seja, de que as suas ações tenham motivação altruística. Assim, considerando a motivação do profissional como um dos critérios pelos quais a sua confiabilidade é julgada e que a confiança no outro é gradativa, propõe-se que o reconhecimento da ausência de motivação maleficente é condição mínima para que o paciente considere a motivação do profissional como adequada para que a confiança seja estabelecida, e que a confiança mais profunda deriva do reconhecimento da motivação altruística do profissional. Todavia, para que esse reconhecimento possa ocorrer, é necessário que os profissionais comuniquem ao paciente que eles estão nesse estado mental e emocional particular.

Conforme apresentado no Capítulo 2, a preocupação empática é um estado afetivo induzido e congruente com a situação de bem-estar de alguém em necessidade. Logo, a preocupação empática do profissional representa a preocupação dele com o bem-estar do paciente – pessoa que, por definição, apresenta alguma necessidade relacionada à sua saúde. O que é necessário, então, para que o paciente eleve seu nível de confiança no profissional, é que ele perceba que este encontra-se em um estado de preocupação empática.

A expressão desse estado afetivo para permitir que o paciente a perceba envolve um fluxo de informações do profissional para o paciente por meio de sinais verbais e, sobretudo, não-verbais emitidos pelo profissional ao se colocar em um

estado afetivo congruente com a situação de bem-estar dele. Manifestar esse estado provoca mudanças conscientes e inconscientes no profissional que alteram o seu tom de voz, a sua postura, as suas expressões faciais e a forma como ele reage dinamicamente à interação com o paciente.

Conforme apontado, para que haja coerência na experiência humana, as conexões entre as manifestações em diferentes domínios da experiência são relativamente limitadas. Assim, quando o profissional se coloca em um estado afetivo de preocupação empática, ele emite sinais verbais e não-verbais específicos que formam parte essencial da comunicação empática que, ao serem percebidos pelo paciente, instanciam para este que aquele se encontra em um estado afetivo ocorrente de preocupação com o seu bem-estar. Uma das possíveis explicações para como o paciente pode reconhecer que o profissional se encontra nesse estado particular de preocupação empática é derivado de Jefferson (32). Esse autor justifica que, tendo o paciente, em outro momento, já vivenciado um estado mental e emocional semelhante de preocupar-se com o bem-estar de alguém, ele possui o conhecimento disposicional que o permite ser capaz de reconhecer como essa preocupação leva à motivação para promover o bem-estar do outro – ou, em outros termos, à motivação altruística – por ter familiaridade com esse estado afetivo. Assim, o paciente, ao reconhecer os sinais verbais e não-verbais evidenciados pelo profissional que interage com ele em um estado afetivo ocorrente de preocupação empática, seria capaz de processar cognitivamente esses sinais e reconhecer que eles se conectam, no domínio da motivação, à manifestação do altruísmo (123). Isso implica, para o paciente, reconhecer que a motivação do profissional não é meramente instrumental, ou seja, que os fatores externos que influenciam a relação de cuidados são secundários à promoção do seu bem-estar.

Os elementos não-verbais da comunicação são preponderantes nesse caso (11). Reconhece-se, empiricamente, que o paciente não acreditaria em um profissional que verbalizasse estar preocupado com o seu bem-estar, mas que expressasse desprezo ou indiferença por ele por meio da sua postura, do seu tom de voz, das suas expressões faciais e do seu comportamento. Por outro lado, o paciente poderia acreditar que o profissional está preocupado com o seu bem-estar a partir das informações não-verbais transmitidas por ele, mesmo que não haja manifestação verbal explícita acerca desse fato.

Por meio das conexões e do processamento cognitivo referidos anteriormente, o paciente pode chegar à crença, justificada pelos sinais emitidos pelo profissional e baseada no seu próprio conhecimento disposicional, de que o profissional se preocupa com o seu bem-estar. Com base no que foi exposto, propõe-se que esse processo de transmissão de informações do profissional para o paciente, mediado pela preocupação empática e pela comunicação empática, tem a função epistêmica de gerar, para o paciente, a crença de que o profissional se preocupa com o seu bem-estar e, por consequência, a crença de que a sua principal motivação é altruística. Dessa forma, a informação que está sendo transmitida para o paciente é a de que o profissional possui a motivação adequada – ou seja, a motivação que é esperada de alguém que ocupa o papel social de um profissional de saúde – para que ele seja considerado confiável, o que permite o aprofundamento da relação de confiança que o paciente estabelece com o profissional.

Essa crença gerada sobre o profissional é um dos critérios fundamentais para o estabelecimento da confiança em uma relação de cuidados em saúde, conforme ratificado por Wu *et al.* (73). Esses autores, em estudo com 2256 pacientes chineses, encontraram que a empatia clínica, notadamente a preocupação empática, conforme percebida pelos pacientes, conduz o paciente à crença de que o profissional age com benevolência, ou seja, orientado para o cuidado e preocupado com o seu bem-estar. Esse mesmo estudo concluiu também que a percepção da preocupação empática teve mais impacto na qualidade da relação profissional-paciente do que a percepção de competência dele.

Esses dados corroboram a hipótese de que a manifestação de preocupação empática aliada à comunicação empática transmite ao paciente a informação de que o profissional se preocupa com o seu bem-estar, o que, segundo a tese proposta, permite que ele desenvolva a crença de que as ações do profissional são motivadas altruisticamente. Assim, justifica-se a afirmação de que a empatia clínica possui uma função epistêmica para os pacientes pelo fato de ela promover, para eles, a compreensão de um aspecto específico do estado mental e emocional do profissional: que este se preocupa com o bem-estar do paciente e age, primariamente, para promover esse bem-estar.

Baseado no que foi argumentado e no modelo de relações de confiança apresentado, propõe-se que essa função epistêmica da empatia clínica para os pacientes possui relevância moral nos cuidados em saúde porque promove a

confiança no profissional, fomentando a relação de parceria entre paciente e profissional. Essa confiança está associada a maior satisfação do paciente, maior qualidade de vida e menor intensidade subjetiva dos sintomas (140), além de maior adesão ao tratamento e redução na prescrição de medicações (141).

Nesta subseção foi apresentada a função epistêmica da empatia clínica para os pacientes e foi destacada a relação entre a preocupação empática e a motivação altruística. Na próxima seção, essa relação será analisada para apresentar como a empatia clínica contribui para motivar o profissional a executar ações terapêuticas que promovem o bem-estar do paciente, ou seja, ações motivadas altruisticamente.

4.2 A EMPATIA CLÍNICA COMO PROMOTORA DE AÇÕES ALTRUÍSTICAS

Halpern (61), Guidi e Traversa (142) ressaltam o papel da preocupação empática como um dos elementos estruturantes da empatia clínica. Segundo Batson (19), ela consiste em um estado afetivo orientado para o outro desencadeado e congruente com a situação percebida de bem-estar dessa pessoa; para Decety (67), ela é caracterizada pela preocupação com o bem-estar do outro. Na seção anterior foi estabelecida a relação entre a preocupação empática e a motivação altruística. Nesta seção, essa relação será aprofundada utilizando, principalmente, o modelo de Batson (19) para justificar que a preocupação empática possui relevância moral nos cuidados em saúde porque culmina na motivação do profissional para promover o bem-estar do paciente. Para atingir esse fim, inicia-se com o seguinte questionamento: quais são as condições necessárias para que o profissional possa manifestar preocupação empática pelo paciente?

Segundo Batson (19), as duas condições necessárias – e suficientes – são a valorização intrínseca do bem-estar do outro e a percepção de que ele tem algum tipo de necessidade. Dessa forma, a primeira condição para manifestar a preocupação empática é que o bem-estar do paciente seja adotado como um valor para o profissional, ou seja, que o seu bem-estar seja um estado desejado pelo profissional. O requisito de que essa valorização seja intrínseca significa que o bem-estar do outro deve ser almejado como um fim em si mesmo, e não primariamente por razões

instrumentais que envolvam, por exemplo, o recebimento de algum tipo de vantagem para o profissional.

No entanto, conforme apontam Batson (130), Verplanken e Holland (129), para que essa preocupação empática possa se manifestar, não basta que o bem-estar da outra pessoa seja valorizado: deve-se reconhecer que há uma ameaça a esse valor. Esse reconhecimento implica perceber que há uma discrepância entre o estado de bem-estar valorizado pelo profissional e o estado de bem-estar atual do paciente, o que está de acordo com a segunda condição necessária para o surgimento da preocupação empática, que é a percepção de que o outro possui alguma necessidade. Perceber essa necessidade requer, por sua vez, que a atenção do profissional esteja direcionada para o paciente (19). Assim, segundo o modelo de Batson (19), se o profissional adota o bem-estar do paciente como um valor e é capaz de perceber as suas necessidades, ele apresentará o estado mental e emocional correspondente à preocupação empática.

Recapitulando a relação entre valor e motivação apresentado na seção anterior, quando o indivíduo percebe uma discrepância entre determinado estado atual e um estado valorizado por ele, é desencadeada uma resposta afetiva que, aliada à consciência da ameaça ao seu valor, levam à motivação para agir com o objetivo de recuperar o estado valorizado (129,130). Assim, segundo o modelo de Batson (19), pode-se afirmar que perceber uma necessidade de saúde de um paciente cujo bem-estar é intrinsecamente valorizado induz no profissional uma resposta afetiva que é caracterizada por compadecimento e por algum grau de afeição e cuidado em relação ao paciente – que são formas de manifestação de preocupação empática para aquele autor. Essa resposta emocional – de preocupação empática –, é intrinsecamente motivadora porque, surgida da percepção de necessidade de uma pessoa cujo bem-estar é intrinsecamente valorizado, ela induz comportamentos que têm como objetivo cessar a condição adversa que levou, em primeiro lugar, a essa necessidade (19,130). Assim, como a finalidade *primária* do comportamento é recuperar a condição de bem-estar do outro, a motivação é dita *altruística*.

Não se exclui a possibilidade de que outros tipos de motivação possam levar a comportamentos que beneficiem o paciente. Um dos exemplos dessa situação seria a motivação egoísta, que pode levar a comportamentos que culminam em melhora do bem-estar do paciente, mas que são motivados primariamente pela obtenção de alguma vantagem para o profissional – como, por exemplo, maior retorno financeiro.

O que se defende é que a motivação virtuosa nos cuidados em saúde é a altruística, por colocar o bem-estar do paciente como objetivo principal das ações terapêuticas, estando, portanto, em íntima relação com o Cuidado Centrado no Paciente.

O Cuidado Centrado no Paciente é uma abordagem em disseminação no Brasil (2). Apesar de ainda não haver uma definição universalmente aceita na literatura, segundo revisão sistemática de Langberg et al. (143), há três eixos estruturantes desse modelo. O primeiro é o foco no paciente, que envolve o reconhecimento dele como um ser humano único, o que implica que o profissional deve buscar compreender a sua situação de forma holística, sem se restringir apenas aos aspectos biológicos da sua doença, estando em consonância com o modelo biopsicossocial de saúde e doença. O segundo eixo é a valorização da relação profissional-paciente, na qual deve haver respeito mútuo e a promoção, pelo profissional, da participação do paciente nos seus próprios cuidados. O terceiro eixo estruturante é a coordenação do cuidado, que envolve o fornecimento de cuidados complementares e em tempo oportuno por todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Eklund *et al.* (144) e Sturgiss *et al.* (145) apontam que a empatia e a compaixão – que, segundo Batson (19), é um dos termos usados na literatura para se referir à preocupação empática – são elementos integrantes do Cuidado Centrado no Paciente. Albuquerque (2) ressalta que a centralidade do cuidado no paciente é um comando ético que os profissionais devem seguir devido ao fato de que, se o cuidado se refere ao corpo e à saúde do paciente, então os seus interesses e as suas necessidades devem ter prioridade sobre os dos outros atores envolvidos no cuidado. Assim, baseado no que foi apresentado neste capítulo e em consonância com Albuquerque (2), Eklund *et al.* (144) e Sturgiss *et al.* (145), ratifica-se a relação entre a preocupação empática e a motivação altruística induzida por ela com a abordagem do Cuidado Centrado no Paciente. Além disso, conforme apresentado na seção anterior, a percepção pelo paciente de que o profissional valoriza o seu bem-estar e compreende as suas necessidades permite que o paciente reconheça a motivação altruística do profissional, o que promove confiança do primeiro no segundo, fomentando a relação de parceria entre eles.

Segundo argumentado, a empatia clínica possui a função epistêmica, para o profissional, de promover a compreensão dos estados mentais e emocionais dos pacientes. Essa função epistêmica também está ligada à preocupação empática, pois, conforme sugerem Batson (19) e Bloom (51), a sincronização emocional com o

paciente e a tomada da sua perspectiva facilitam a identificação das suas necessidades, o que constitui uma das condições para a manifestação da preocupação empática. Esse argumento é reforçado por Riess (68), Zaki e Ochsner (69), e Weisz e Cikara (70), que também consideram que a preocupação empática pode surgir como resultado da empatia manifestada pelo indivíduo.

Este capítulo apresentou as funções epistêmicas da empatia clínica para os profissionais de saúde e para os pacientes. Para os profissionais, a empatia clínica, por meio das empatias cognitiva e emocional, promove a compreensão dos estados mentais e emocionais dos pacientes, contribuindo para elucidar as suas necessidades, vontade e preferências. Para os pacientes, a empatia clínica, por meio da preocupação empática e da comunicação empática, propicia a compreensão de um aspecto específico do estado afetivo do profissional: que este valoriza o bem-estar do paciente, reconhecimento esse que promove a confiança do paciente no profissional. Além disso, foi apresentado o modelo de Batson (19), no qual a valorização do bem-estar do outro e a percepção de necessidade dessa pessoa são condições suficientes para a manifestação de preocupação empática, que, segundo esse mesmo autor, é intrinsecamente motivadora de ações altruísticas. Dessa forma, foi proposto que a prática da empatia clínica possui significado moral nos cuidados em saúde e que a sua relevância moral decorre tanto dos benefícios para pacientes e profissionais apresentados no Capítulo 2 quanto, sobretudo, das suas funções epistêmicas e da sua capacidade de motivar ações altruísticas por parte do profissional. A função moral da empatia clínica nos cuidados em saúde está ligada, portanto, em última instância, à sua faculdade de promover a confiança no profissional, a tomada de decisão compartilhada e a centralidade dos cuidados no paciente.

A relevância moral adquirida pela empatia clínica nos cuidados em saúde suscitou a necessidade de elaboração de um novo referencial da Bioética Clínica que reconhecesse a natureza fundamental dessa prática como organizadora das relações de cuidado. Partindo dessas considerações, o próximo capítulo examina a relação entre a empatia clínica e o referencial da Bioética do Cuidado em Saúde.

5 A EMPATIA CLÍNICA COMO EIXO ESTRUTURANTE DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

A Bioética Clínica é o ramo da Bioética que procura detectar, compreender, analisar e resolver os conflitos morais que surgem durante os cuidados em saúde (3). Os variados referenciais teóricos que compõem esse ramo da Bioética podem proporcionar diferentes soluções para os problemas e controvérsias morais que surgem nesse contexto, assim como definir distintamente quais são as características que tornam as relações profissional-paciente e a tomada de decisão nos cuidados em saúde eticamente adequadas (3,16). Em contraposição à preocupação emocionalmente distanciada proposta pelo Princípioalismo, a Bioética do Cuidado em Saúde tem como um dos seus eixos estruturantes a empatia clínica. Assim, este capítulo tem como objetivo analisar a relação da empatia clínica com as dimensões substantiva e procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde. Adota-se como marco teórico principal os estudos de Aline Albuquerque, pioneira no desenvolvimento da Bioética dos Cuidados em Saúde.

5.1 A EMPATIA CLÍNICA E A DIMENSÃO SUBSTANTIVA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

A empatia clínica é um dos quatro eixos estruturantes da dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde (8), estando, para Albuquerque (9), fortemente entrelaçada ao próprio conceito de *cuidados em saúde*. A seguir será analisada a relação entre a empatia clínica e os quatro marcadores do *cuidado* conforme a definição de Herring (28), a saber: (a) atendimento das necessidades do paciente; (b) respeito pelo paciente; (c) responsabilidade pelo cuidado; (d) cuidado como relacionamento interpessoal.

(a) Atendimento das necessidades do paciente: a empatia clínica contribui para o atendimento das necessidades do paciente por duas razões: ela tanto facilita a identificação dessas necessidades por meio da sua função epistêmica quanto motiva

o profissional a supri-las. Os componentes cognitivo e emocional da empatia clínica atuam como ferramentas que permitem ao profissional compreender os estados mentais e emocionais dos pacientes ao mediar a obtenção de informações não-fenomenais – que se referem a apreender *o que* o paciente sente – e fenomenais – relacionadas à experiência de *como* ele se sente (122–124). Ambos os tipos de informação concorrem para facilitar o processo de identificação das necessidades do paciente pelos profissionais, o que é reforçado, adicionalmente, pela capacidade da empatia clínica de facultar a identificação da sua hierarquia de valores (122), contribuindo para a tomada de decisão compartilhada ao promover a compreensão da sua vontade e das suas preferências (14).

A segunda contribuição da empatia clínica para o atendimento das necessidades do paciente está relacionada à preocupação empática. Herring (28) aponta que o cuidado não se restringe a uma emoção ou a um sentimento em relação ao outro, já que o atendimento de uma necessidade envolve também a execução de ações que tenham como objetivo o suprimento efetivo dessa necessidade (28,146). Conforme o modelo de Batson (19), as duas condições necessárias e suficientes para o surgimento da preocupação empática, no contexto dos cuidados em saúde, são a valorização intrínseca do bem-estar do paciente e a percepção de que ele possui uma necessidade. Assim, se o profissional adota como valor o bem-estar do paciente e percebe que ele possui uma necessidade, então, segundo Batson, esse profissional estará automaticamente motivado – altruisticamente – a agir para atender a essa necessidade. A empatia clínica, além de facilitar a identificação dessa necessidade por meio da sua função epistêmica, pode também contribuir para a efetivação do cuidado ao induzir no profissional, por meio da preocupação empática, um estado motivacional que o leva a agir para promover o bem-estar do paciente (146).

(b) Respeito pelo paciente: o respeito pelo outro é a segunda característica do cuidado, sendo a empatia, para Herring (28), uma das condições necessárias para a sua existência. O cuidado respeitoso envolve o reconhecimento de que o paciente é uma pessoa única, dotada de estados mentais e emocionais que expressam, de forma singular, as suas necessidades, a sua vontade e as suas preferências, que devem ser as diretrizes orientadoras do cuidado executado pelos profissionais (9,14,28). Albuquerque (9) afirma que as outras características que marcam o cuidado respeitoso são o reconhecimento da humanidade do outro; a escuta do paciente e a obtenção do seu consentimento para o cuidado; o tratamento do paciente conforme a

sua dignidade intrínseca; e a execução dos cuidados mantendo a consciência de como o paciente vivencia a experiência de ser cuidado.

Além das anteriores, Albuquerque (9) e Herring (28) sugerem que uma das qualidades mais importantes do cuidado respeitoso é o atendimento das necessidades do paciente sem objetificá-lo. O princípio da vedação da objetificação – ou da instrumentalização – do outro decorre do reconhecimento da dignidade humana, entendido como valor intrínseco da pessoa e como fundamento dos direitos humanos, de onde derivam os direitos do paciente (8,23,147–150). Assim, o cuidado respeitoso é aquele que é orientado pelo reconhecimento da dignidade do paciente, que se opõe à sua instrumentalização (2,9,148).

No contexto dos cuidados em saúde, instrumentalizar o paciente se traduz por reificá-lo ou tratá-lo somente como um corpo, o que pode ser exemplificado pela desvalorização do conhecimento experiencial da sua própria doença; pela realização de intervenções ou exames diagnósticos sem o provimento de informações para o paciente; pela execução de exames ginecológicos por estudantes da área da saúde sem informar ou obter consentimento do paciente; e por atitudes paternalistas que desconsiderem as necessidades, a vontade e as preferências do paciente ao impor as prioridades que os profissionais julguem mais relevantes, minimizando a participação do paciente no seu próprio tratamento (23,147). Baseado em Albuquerque (14) e Kaufmann (148), infere-se que a instrumentalização do paciente ocorre quando a assistência prestada pelos profissionais tem como finalidade principal o cumprimento de objetivos ou metas do próprio profissional – ou seja, aquelas que ele julga mais apropriadas – em detrimento das necessidades, da vontade e das preferências do paciente.

Tan *et al.* (11) afirmam que a habilidade de executar tarefas de forma eficaz e eficiente tem sido a base da formação dos profissionais na medicina e na enfermagem, porém a prática orientada para o cumprimento de tarefas (ou metas) é percebida pelos pacientes como contrária ao cuidado empático. A prática clínica orientada para a execução de tarefas é aquela na qual o objetivo principal do profissional é o cumprimento da tarefa em si, que é realizada de forma mecânica e sem a adaptação às necessidades particulares do paciente (151). Apesar das críticas a esse método, Bourgault (152) aponta que existem situações, como nos casos de pacientes críticos de urgência ou emergência, que o foco no cumprimento de metas de forma oportuna e coordenada pode representar cuidados de qualidade. Segundo

se infere dessa autora, a prática orientada para metas, para que esteja em consonância com o Cuidado Centrado no Paciente, deve ser um método complementar do cuidado, a ser implementado em situações específicas nos quais ele possa representar benefícios evidentes para o paciente, sem negligenciar que os orientadores basilares do cuidado devem ser as necessidades, a vontade e as preferências do paciente.

A empatia clínica, por meio da sua função epistêmica, contribui para minimizar a incidência de instrumentalização do paciente ao promover a compreensão dos seus estados mental e emocional, além de permitir, por meio da tomada de perspectiva orientada para o outro, segundo Herring (28), que algumas dessas necessidades sejam antecipadas pelo profissional. Por isso, esse autor afirma que a empatia é pré-requisito para o cuidado respeitoso (28). No entanto, a relação da empatia clínica com o respeito ao paciente não se restringe à função epistêmica, já que a preocupação empática também contribui para promover essa característica do cuidado. Para elucidar essa relação, será introduzido, a seguir, o conceito de Batson (130) sobre os diferentes tipos de motivação para a ação, que serão relevantes para a análise proposta.

Batson (130) afirma que existem diversas motivações que impulsionam o ser humano para a execução de ações morais, ou seja, ações que são consideradas boas, corretas ou virtuosas. São de particular interesse para o objetivo desta dissertação as motivações altruística, egoísta e moral. Enquanto a motivação altruística se refere a agir com o objetivo primário de promover o bem-estar do outro, a motivação egoísta está relacionada a ações cujo objetivo principal é a promoção do bem-estar do próprio indivíduo que as executa, independente de essas ações ou os seus resultados estarem em conformidade ou não com os padrões morais vigentes (130). Assim, mesmo ações ou resultados considerados moralmente corretos podem ter tido motivação egoísta, cuja finalidade se relaciona à obtenção de benefícios ou à prevenção danos materiais ou sociais para o próprio indivíduo que executou a ação. A motivação moral, por sua vez, é aquela que induz, segundo o referido autor (130), ações cujo objetivo principal é a promoção de um princípio ou um dever moral – como o princípio de justiça ou o dever do cuidado.

Partindo dessa perspectiva, contata-se que há uma relação entre a motivação egoísta para a ação e a instrumentalização do outro, já que a objetificação da pessoa se refere a uma interação estabelecida com ela com o objetivo primário de gerar

benefícios – ou evitar danos – para o executor da ação sem que os interesses da outra pessoa sejam considerados. A empatia clínica protege o paciente de ser instrumentalizado não somente em decorrência da sua função epistêmica, mas também por meio da preocupação empática, estado afetivo que induz, de forma intrínseca, a motivação altruística (19), que dispõe o profissional a agir, primariamente, com o objetivo de promover o bem-estar do paciente. Assim, a prática do cuidado não se restringe ao atendimento das necessidades do paciente porque, se motivado egoisticamente ou realizado em desconsideração às suas outras necessidades, vontade ou preferências – conforme entendidos por ele mesmo e não pelo profissional –, caracteriza o tratamento instrumental do paciente, o que viola o respeito à dignidade da pessoa (147,148). Depreende-se, portanto, que a empatia clínica, por meio da sua função epistêmica e da motivação altruística induzida pela preocupação empática, tem o potencial de promover o respeito nos cuidados em saúde.

(c) Responsabilidade: o terceiro marcador do cuidado é a responsabilidade, que, para Herring (28), surge da própria relação estabelecida entre as pessoas, na qual aquela que assume o papel de cuidador aceita, em certa medida, o dever de cuidar do outro. Isso implica que a tarefa de atender às necessidades da outra pessoa passa, até certo ponto, à condição de uma obrigação, deixando de ser apenas uma tarefa meramente opcional ou voluntária (28). Essa obrigação do cuidado surge também, segundo Herring (153) e Ludewigs *et al.* (138), da vulnerabilidade acrescida da pessoa cuidada, que passa a depender do cuidador para ter as suas necessidades atendidas, e da confiança que a primeira deposita na segunda de que esta irá cumprir com o seu dever de cuidado. Rhodes (154) ratifica a visão daqueles autores ao sugerir que o paciente estabelece uma relação tácita de confiança com o profissional de saúde simplesmente em virtude do papel social que ele ocupa naquele momento. Dessa relação parte a concessão de poderes discricionários do paciente para o profissional (138) que, ao aceitá-los, assume também, de forma indissociável conforme sugere Rhodes (154), a responsabilidade de usá-los para atender às necessidades do paciente – guiado pela sua vontade e preferências.

A responsabilidade no cuidado, segundo Albuquerque (9), implica que o profissional deve exercê-lo com voluntariedade independente das suas próprias preferências. O cuidado, dessa forma, é entendido como um dever inerente às profissões de saúde (155) e o que Albuquerque (9), Herring (28) e Rhodes (154,155) sugerem é que o profissional deve exercê-lo, no mínimo, motivado pelo cumprimento

desse dever. Tal sugestão conecta-se ao conceito de Batson (130) de motivação moral, que, nesse contexto, se refere ao exercício do cuidado pelo profissional motivado primariamente pela observância da sua responsabilidade – ou do seu dever – de cuidar. Esse mesmo autor, no entanto, afirma que a base emocional da motivação moral – percebida pelo indivíduo como “eu devo” – é fraca, o que implica que a sua força motivacional é baixa (130). Por isso, assim como Hoffmann (47), Batson (130) sugere que a motivação moral – ou agir pelo dever – pode ser associada à motivação altruística, vinculando a motivação de “eu devo” à de “eu quero” – esta última relacionada à motivação altruística decorrente da preocupação empática. Rhodes (154), nessa mesma linha de pensamento, sugere que agir conforme os ideais morais das profissões da área da saúde envolve a internalização do dever de cuidar até que ele se torne parte integrante da personalidade do indivíduo, que passa não apenas a se comprometer com o seu cumprimento por ser uma obrigação, mas, de fato, a apreciar de forma sincera a prática do cuidado (130). Assim, a preocupação empática contribui para a prática do cuidado ao induzir no profissional a motivação altruística, que, ao ser associada à motivação moral, amplifica a base emocional que conduz o profissional à ação terapêutica, culminando, conforme se infere de Rhodes (155), em maior probabilidade de adesão à responsabilidade do cuidado pelo profissional.

Há, ainda, um possível benefício adicional da associação das motivações altruística e moral. Conforme apresentado no Capítulo 1, Bloom (51,55), Hoffman (47) e Slote (44,45) ressaltam que a empatia pode levar a comportamentos enviesados em relação a determinadas pessoas ou grupos. Stefanello (156) adverte que essa característica da empatia pode se refletir em atitudes discriminatórias contra determinados grupos de pacientes, enquanto favorece outros. Por isso, a associação da motivação moral à motivação altruística pode diminuir o favorecimento indevido e a discriminação nos cuidados em saúde (47,130), o que se relaciona com a promoção do respeito no cuidado.

(d) O cuidado como relacionamento interpessoal: o fato de a Bioética do Cuidado em Saúde considerar o paciente como centro do cuidado não implica que ele assume o papel de um receptor passivo, já que essa prática ocorre no contexto de uma relação interpessoal (9,28). O caráter relacional do cuidado – quarto marcador dessa prática – tem como premissa, para Herring (21), o reconhecimento da vulnerabilidade universal do ser humano, que se refere ao risco inerente à condição humana de sofrer danos físicos, emocionais, psicológicos e sociais pela sua interação

com o mundo e com as outras pessoas. Assim, embora haja um componente de vulnerabilidade acrescida no paciente que decorre parcialmente da sua dependência em relação aos profissionais para o atendimento das suas necessidades e da concessão de poderes discricionários para eles, há um tipo de vulnerabilidade – universal – compartilhada por todas as pessoas, independente do papel social que elas ocupam. Dessa forma, quando o paciente e o profissional estabelecem uma relação, a mesma abertura emocional que viabiliza a função epistêmica da empatia clínica ao permitir que o profissional compreenda os estados mentais e emocionais do paciente pode constituir, também, parte da sua vulnerabilidade a ser influenciado por esses mesmos estados e pelo comportamento do outro (2,10,28). Conforme apresentado no Capítulo 2, o profissional pode ser afetado positiva ou negativamente pelo seu contato com os pacientes e familiares. Enquanto, por um lado, essa relação pode predispor-lo a maior realização pessoal e a protegê-lo da exaustão emocional, ela pode, por outro lado, levar a traumas indiretos e a maiores índices de burnout (86,88,102,105).

Herring (21) sugere que essa abertura emocional – e a vulnerabilidade associada a ela –, propiciam a criação da intimidade e da confiança que a relação de cuidados requer para culminar na efetivação de uma prática que atenda às reais necessidades do paciente de forma respeitosa e responsável. Além disso, conforme proposto nos Capítulos 2 e 3, um dos possíveis resultados da abertura emocional do profissional ao paciente é a manifestação de preocupação empática, que leva à motivação altruística. A percepção, por parte do paciente, de que o profissional manifesta preocupação empática conduz, por sua vez, à crença de que esse profissional é confiável porque age com a motivação primária de promover o seu bem-estar. Essa constatação, associada à afirmação de Halpern (61) de que o paciente aprecia o simples fato de o profissional estar engajado em compreendê-lo, permite que se ratifique que a empatia clínica contribui para a construção e para o aprofundamento da relação entre profissionais e pacientes.

Analisada a relação da empatia clínica com a dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde, segue-se para a análise da relação da empatia clínica com a dimensão procedimental desse referencial.

5.2 A EMPATIA CLÍNICA E A DIMENSÃO PROCEDIMENTAL DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

A empatia clínica possui papel relevante não somente na dimensão substantiva da Bioética do Cuidado em Saúde, mas também na sua dimensão procedimental, que envolve um processo formal de análise e deliberação de conflitos morais originados da prática clínica. A seguir, será analisada a relação da empatia clínica com as quatro fases da deliberação ética.

A primeira etapa da deliberação ética consiste na apreciação do caso, que inclui a coleta das informações relevantes sobre o incidente de todas as pessoas envolvidas. Na Etapa 1, os participantes da deliberação devem utilizar os recursos da empatia clínica como a tomada de perspectiva – relacionada à empatia cognitiva – e a ressonância emocional – relacionada à empatia emocional – com cada uma das partes envolvidas com objetivo de compreender como elas percebem a situação que gerou o conflito moral. Albuquerque e Eler (16) destacam que todos os envolvidos no caso devem ter as suas perspectivas analisadas, não se devendo sobrevalorizar a visão dos profissionais em detrimento da dos pacientes ou familiares. Para isso, os participantes da deliberação devem buscar compreender não apenas os aspectos relacionados à história clínica do paciente, mas também seu contexto social, cultural, religioso e econômico, pois são todos elementos que influenciam a sua visão de mundo e a forma pela qual o paciente – ou o familiar – interpreta o conflito moral em questão (16).

A Etapa 2 consiste na delimitação da questão moral e na sua classificação em controvérsia ou problema moral. Albuquerque (8) afirma que a questão moral deve ser especificada a partir da perspectiva das partes envolvidas no caso – e não baseadas nas conclusões dos participantes da deliberação –, já que aqueles são as partes legítimas para expressar as razões que tornam o caso moralmente incômodo. A empatia clínica contribui para essa delimitação ao favorecer a compreensão da perspectiva das partes envolvidas no conflito moral.

Na Etapa 3, de análise ética do evento, pode-se questionar se o exercício da empatia clínica na deliberação ética não poderia comprometer a imparcialidade da análise dos participantes da deliberação devido aos vieses induzidos pela empatia. Albuquerque (2), no entanto, afirma que a empatia isoladamente é guia insuficiente

para comportamentos morais. Assim, ressalta-se, baseado nessa autora (2), em Hoffman (47) e em Oxley (122) que, apesar de a deliberação ética na Bioética do Cuidado em Saúde envolver o uso das ferramentas da empatia clínica, o processo deliberativo é fundamentado e orientado por um conjunto de direitos, princípios e critérios de tomada de decisão, cuja imparcialidade deve contrabalancear a parcialidade inerente da empatia.

A partir dessas considerações, propõe-se, conforme sugere Oxley (122), a adoção da tomada de perspectiva *combinada* na deliberação ética empática, que consiste na alternância sequencial entre as formas auto-orientada – imaginar a si mesmo na situação do outro – e orientada para o outro – imaginar como o outro se sente na situação em que ele se encontra. Tal proposição é baseada em Batson (130) – e ratificada por Oxley (122) a partir dos resultados daquele autor –, que afirma que cada uma dessas formas de tomada de perspectiva pode conduzir a desfechos distintos. Por um lado, a tomada de perspectiva orientada para o outro pode proporcionar a geração de informações sobre as partes envolvidas no conflito moral, estando relacionada, portanto, à função epistêmica da empatia clínica, facilitando a identificação dos valores e a compreensão das razões que levaram cada uma das partes a pensar ou agir de maneiras distintas, culminando na situação conflituosa. Por outro lado, a tomada de perspectiva auto-orientada pode contribuir para que os participantes da deliberação identifiquem os direitos, princípios e critérios de tomada de decisão que foram potencialmente violados no caso em questão, auxiliando na Etapa 3 do processo de deliberação ética. Essa eventual contribuição fundamenta-se em Batson (130) e Verplanken (129,157), que argumentam que, ao imaginar a si mesmo na situação de outra pessoa (perspectiva auto-orientada), o indivíduo reconhece mais facilmente discrepâncias entre estados desejados ou considerados ideais e a situação real na qual o outro se encontra, induzindo no indivíduo um estado emocional de valência negativa que, por sua vez, leva à motivação moral, ou seja, ao desejo de agir para promover o direito, princípio ou critério de tomada de decisão que foi violado.

Ambas as formas de tomada de perspectiva possuem também relevância na Etapa 4 do processo de deliberação moral. Tratando-se de uma controvérsia moral, essa etapa propõe o diálogo entre as partes envolvidas no conflito como parte de um processo restaurativo. Nesse contexto, a tomada de perspectiva orientada para o paciente e a empatia emocional, ambos parte da função epistêmica da empatia clínica,

podem contribuir para que os profissionais identifiquem os valores do paciente que foram ameaçados pelas decisões tomadas durante os seus cuidados e para que eles compreendam *o que e como* o paciente se sentiu – e talvez ainda se sinta – naquele cenário. Essa compreensão permite que o profissional reconheça a necessidade do paciente, que, aliada ao princípio da primazia do cuidado e à valorização intrínseca do bem-estar do paciente que devem guiar as ações dos profissionais, preenchem as duas condições suficientes para a manifestação da preocupação empática segundo o modelo de Batson (19). Conforme proposto no Capítulo 3, a percepção de que o profissional manifesta preocupação empática, que está associada à motivação altruística, pode contribuir para que o paciente restaure, ao menos parcialmente, a confiança no profissional ao reconhecer que, mesmo na situação de controvérsia moral, o profissional ainda se preocupa com o seu bem-estar e compreende as suas necessidades. Além disso, pode-se incentivar o profissional a adotar a tomada de perspectiva auto-orientada para que ele possa reconhecer como ele mesmo se sentiria se estivesse na posição do paciente, o que pode, eventualmente, provocar mudanças de perspectivas do profissional e, com isso, induzir nele a motivação moral que o instiga a agir para promover o mesmo princípio moral que o paciente havia considerado estar ameaçado, contribuindo assim para a restauração da relação abalada e para a solução do conflito moral.

Caso, na Etapa 4, o conflito seja um problema moral, a empatia clínica, no processo de apoio de pares, possui também papel relevante. Conforme sugerem Carbone *et al.* (26), a similaridade de experiências vividas pelo profissional que é parte do conflito moral e o seu par profissional que o apoia facilitam que o segundo compreenda a perspectiva e ressoe as emoções do primeiro. O ambiente criado por essa relação permite que o processo de apoio de pares, imerso em uma cultura organizacional restaurativa, contribua para que o profissional compreenda que houve uma violação de direitos ou compromissos morais sólidos e reconheça a sua parte de responsabilidade por essa violação, enquanto é auxiliado a lidar com as possíveis consequências emocionais resultantes e é apoiado na sua reintegração à prática clínica (26,27).

Neste capítulo foram descritos os fundamentos da Bioética do Cuidado em Saúde e foi analisado o papel da empatia clínica como um dos eixos estruturantes desse referencial. Na sua dimensão substantiva, há uma íntima relação entre a empatia clínica e as quatro características que definem o cuidado. Assim, a empatia

cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática contribuem para o atendimento responsável e respeitoso das necessidades do paciente, guiado pela sua vontade e preferências. Além disso, a empatia clínica promove a relação de parceria entre paciente e profissional e a confiança do primeiro no segundo.

Na dimensão procedimental da Bioética do Cuidado em Saúde, a empatia clínica, por meio da sua função epistêmica, facilita a compreensão dos estados mentais e emocionais das partes envolvidas no conflito moral, permitindo a obtenção de informações sobre as perspectivas singulares de cada um deles. Ademais, a preocupação empática e a tomada de perspectiva auto-orientada predisõem, respectivamente, às motivações altruística e moral, que podem contribuir para mudanças de pontos de vista e para a promoção de ações que favorecem a solução do conflito moral e a restauração das relações abaladas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a função moral da empatia clínica nos cuidados em saúde e a apresentou como um dos eixos estruturantes da Bioética do Cuidado em Saúde. Apesar de existir na literatura diversas definições de empatia, a concepção de empatia *clínica* é relativamente consensual, sendo entendida como a prática que envolve a compreensão dos estados mental e emocional do paciente, a comunicação dessa compreensão e a ação terapêutica. Foram definidos que os seus componentes estruturantes são a empatia cognitiva, a empatia emocional e a preocupação empática.

É amplamente reconhecido pelos profissionais de saúde a sua própria vulnerabilidade ao ambiente e às interações exercidas por eles com os pacientes. Esses profissionais são capazes de perceber, em suas práticas clínicas diárias, que a abertura emocional aos pacientes não é isenta de riscos para seu próprio bem-estar e para a sua saúde mental. Essa percepção é corroborada pelas evidências apresentadas neste trabalho, que sugerem que a empatia emocional pode aumentar a incidência de burnout. A proteção que ainda é difusamente adotada na prática clínica atual contra esse risco é a preocupação emocionalmente distanciada, uma forma de preocupação que procura manter a objetividade e certo grau de impessoalidade – modelo que ainda é defendido pelo Princípioalismo de Beauchamp e Childress.

Ao apresentar o referencial da Bioética do Cuidado em Saúde como alternativa ao modelo hegemônico do Princípioalismo, defende-se que a preocupação emocionalmente distanciada limita a relação profissional-paciente, removendo dela um elemento essencial para a sua construção: a abertura emocional do profissional ao paciente. A abertura emocional e a manutenção da atenção no paciente – que viabilizam a sintonização emocional com ele –, associadas ao exercício da tomada de perspectiva, habilitam o profissional a compreender os estados mental e emocional do paciente. Essa compreensão envolve não apenas conhecimentos sobre *o que* o paciente sente ou *qual é* o seu diagnóstico, mas a apreensão de *como* ele se sente e de *como* ele vivencia a experiência da sua doença.

Considerando que o *cuidado em saúde* é entendido como uma prática associada ao atendimento das necessidades do paciente de forma respeitosa e responsável em um contexto relacional de parceria e confiança entre profissional e

paciente, conclui-se que todos os componentes da empatia clínica são relevantes para a efetivação do cuidado. A obtenção de informações não-fenomenais sobre o paciente e a compreensão de aspectos experienciais dos seus estados mental e emocional por meio do exercício da capacidade empática do profissional viabilizam a função epistêmica da empatia clínica, que promove o Cuidado Centrado no Paciente e a Tomada de Decisão Compartilhada ao guiarem as ações terapêuticas pelas necessidades, vontade e preferências do paciente.

A empatia, ao realizar a sua função epistêmica facilitando a identificação das necessidades do paciente, contribui para o surgimento da preocupação empática, que é motivadora de ações altruísticas. O profissional altruisticamente motivado pode transmitir ao paciente sinais verbais e não-verbais que permitem que este perceba que aquele se preocupa, em primeiro lugar, com o seu bem-estar, o que constitui uma função epistêmica para os pacientes. Essa referida percepção, por sua vez, promove a confiança do paciente no profissional, fortalecendo a relação de parceria entre eles.

A função moral da empatia clínica na Bioética do Cuidado em Saúde deriva principalmente das suas funções epistêmicas e da sua função motivadora de comportamentos altruísticos direcionados aos pacientes. O exercício pleno dessas funções requer a abertura emocional dos profissionais, os quais, cientes dos riscos decorrentes dessa postura, devem buscar meios para se proteger dos seus efeitos negativos. Essa proteção, no entanto, não implica a adoção da preocupação emocionalmente distanciada, mas a adoção de cuidados baseados na empatia clínica associados a mecanismos de regulação emocional que permitam ao profissional implementar os benefícios oriundos dos cuidados empáticos enquanto minimiza os riscos, para si, dessa forma de prática. Isso acarreta a valorização da empatia cognitiva e da preocupação empática, cujas evidências apontam para proteção contra o burnout, enquanto a empatia emocional deve ser finamente ajustada para que seja exercida em níveis apropriados e apenas pelo tempo necessário em cada contexto de interação clínica com o paciente.

Sendo a empatia clínica um comando ético na Bioética do Cuidado em Saúde, propõe-se uma mudança de paradigma para que os potenciais riscos do seu exercício sejam compreendidos como inerentes à prática das profissões de saúde, tal como os riscos físicos, químicos e biológicos são aceitos como intrínsecos a essas profissões. Assim, cabe, ao menos parcialmente, às instituições e aos próprios profissionais promoverem ambientes protetivos e medidas mitigadoras desses riscos.

Por fim, a Bioética do Cuidado em Saúde, ao preconizar uma reinterpretação do cuidado baseado na empatia clínica, tem o potencial de contribuir para a efetivação dos direitos dos pacientes. Isso ocorre não apenas por meio dos comandos éticos que emergem da sua dimensão teórico-normativa, que criam obrigações para os profissionais, mas também por meio da transformação moral que pode induzir nos profissionais de saúde ao reconhecerem que o paciente é, de fato, titular daqueles direitos dos quais os seus deveres emergem, reconhecendo que todos, antes de serem profissionais, foram – ou serão – pacientes. Dessa forma, os profissionais, ao associarem a motivação para o cumprimento do seu dever de cuidar a uma motivação altruística, podem demonstrar preocupação genuína com os seus pacientes e promover o cuidado empático, respeitoso e responsável por meio de uma relação de parceria entre eles.

REFERÊNCIAS

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
2. Albuquerque A. Empatia nos cuidados em saúde: comunicação e ética na prática clínica. Santana de Parnaíba: Manole; 2023.
3. Albuquerque A, Tanure C. The necessity of new bioethics to clinical practice. *Nurs Care Open Access J*. 2023;9(2):38-9.
4. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. *Am J Bioeth*. 2019;19(11):9-12.
5. Beauchamp TL. Lucky me: the amiable and weighty influences on my career. *J Med Philos*. 2020;45(4-5):396-409.
6. Albuquerque A. Críticas ao princípalismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2022;13(25):12-25.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press; 2019.
8. Albuquerque A. Bioética do cuidado em saúde: novo método de deliberação ética na prática clínica. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2023;1/2(27-28):12-27.
9. Albuquerque A. Empathic care as a command of a new clinical bioethics. *Nurs Care Open Access J*. 2023;9(2):95-100.
10. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. Nova Iorque: Oxford University Press; 2001.
11. Tan L, Le MK, Yu CC, Liaw SY, Tierney T, Ho YY, et al. Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open*. 2021;11(9):e047224.
12. Albuquerque A, Tanure C. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. *Hist Philos Med*. 2023;5(2):1-6.
13. Albuquerque A, Howick J. The moral role of clinical empathy in patient healthcare. *Int J Fam Community Med*. 2023;7(1):11-4.
14. Albuquerque A. Manual de direito do paciente. Belo Horizonte: Editora CEI; 2020.
15. Albuquerque A. Correlation between patient-centered care and clinical empathy. *Univ Libr Med Health Sci*. 2024;2(3):10-9.

16. Albuquerque A, Eler K. Bioética do cuidado em saúde: novo referencial para a prática clínica. *Rev AASP*. 2025;3(165):7-12.
17. Albuquerque A, Antunes CMTB. Tomada de decisão compartilhada na saúde: aproximações e distanciamentos entre a ajuda decisional e os apoios de tomada de decisão. *Cad Ibero-Am Direito Sanit*. 2021;10(1):203-23.
18. Ribas SR. Procedural, substantive, and by-design approach toward a third stage of bioethics. Em: *Contemporary issues in clinical bioethics - medical, ethical and legal perspectives* [Internet]. Londres: IntechOpen; 2023 [citado em 11 jan. 2025]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1001984>.
19. Batson CD. *Empathic concern: what it is and why it's important*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2023.
20. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Health Care Philos*. 2014;17(2):301-11.
21. Herring J. Sharing vulnerabilities in the woman patient/doctor encounter. *New Bioeth*. 2022;28(3):223-37.
22. Albuquerque A. Críticas ao princípalismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. *Rev Redbioética/UNESCO*. 2022;13(25):12-25.
23. Albuquerque A. Direito do paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico. *Rev Derecho Salud*. 2022;6(7):47-63.
24. Greene J. *Tribos morais*. Rio de Janeiro: Record; 2018.
25. Albuquerque A. *Disclosure na saúde: comunicação aberta de eventos adversos*. São Paulo: Dialética; 2024.
26. Carbone R, Ferrari S, Callegarin S, Casotti F, Turina L, Artioli G, et al. Peer support between healthcare workers in hospital and out-of-hospital settings: a scoping review. *Acta Biomed*. 2022;93(5):e2022311.
27. Dekker S. Introduction to restorative just culture. Em: Dekker SD, Rafferty J, Oates A, organizadores. *Restorative just culture in practice*. 3ª ed. Nova Iorque: Productivity Press; 2022. p. 1-20.
28. Herring J. Feminism, ethics of care, and medical ethics. Em: Phillips A, Campos T, Herring J, organizadores. *Philosophical foundations of medical law*. Oxford: Oxford University Press; 2019. p. 26-45.
29. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.

30. Salina AP, Asbahr FSF. A pesquisa teórica a partir do método materialista histórico-dialético. *Geminal*. 2024;16(1):688-706.
31. Maibom H. *Empathy*. Nova Iorque: Routledge; 2020.
32. Jefferson W. *The moral significance of empathy*. Oxford: Universidade de Oxford; 2019.
33. Malle B. Moral judgments. *Annu Rev Psychol*. 2021;72:293-318.
34. Rosati C. Moral motivation. Em: Zalta E, organizador. *The Stanford encyclopedia of philosophy* [Internet]. Edição de inverno 2016. Stanford: Laboratório de Pesquisa em Metafísica, Universidade de Stanford; 2016 [citado em 7 dez. 2023]. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/moral-motivation>.
35. Steinberg D. Moral motivation. Em: *The multidisciplinary nature of morality and applied ethics*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 139-46.
36. Haidt J. *The righteous mind*. Nova Iorque: Pantheon Books; 2012.
37. Mikhail J. Moral intuitions and moral nativism. Em: Vargas M, Doris J, organizadores. *The Oxford handbook of moral psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 364-87.
38. Piaget J. *The moral judgment of the child*. Glencoe: The Free Press; 1932.
39. Carpendale J. Piaget's theory of moral development. Em: Müller U, Carpendale J, Smith L, organizadores. *The Cambridge companion to Piaget*. Nova Iorque: Cambridge University Press; 2009. p. 270-88.
40. Kohlberg L. *Essays on moral development*. Vol. 1. Nova Iorque: Harper & Row; 1981.
41. Damásio A. *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
42. Damásio A. *Sentir e saber: as origens da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
43. Slote M. *Between psychology and philosophy: East-West themes and beyond*. Cham: Palgrave Macmillan; 2020.
44. Slote M. *Ethics: a quick immersion*. Nova Iorque: Tibidaboo Publishing; 2023.
45. Slote M. *Moral sentimentalism*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2010.
46. Slote M. A importância da fenomenologia: o que a amabilidade e a frieza humana podem nos ensinar sobre ética? Em: Williges F, Fischborn M, Copp D, organizadores. *O lugar das emoções na ética e na metaética* [Internet]. Pelotas: NEPFIL Online; 2018. p. 103-36.

47. Hoffman M. Empathy and moral development. Nova lorque: Cambridge University Press; 2000.
48. Hoffman M. Empathy, justice, and the law. Em: Coplan A, Goldie P, organizadores. Empathy: philosophical and psychological perspectives. Nova lorque: Oxford University Press; 2011. p. 230-54.
49. Coplan A. Understanding empathy: its features and effects. Em: Coplan A, Goldie P, organizadores. Empathy: philosophical and psychological perspectives. Nova lorque: Oxford University Press; 2011. p. 3-18.
50. Prinz J. The emotional construction of morals. Nova lorque: Oxford University Press; 2007.
51. Bloom P. Against empathy: the case for rational compassion. Nova lorque: HarperCollins; 2016.
52. Hoffman M. Empathy and prosocial behavior. Em: Lewis M, Haviland-Jones J, Barrett LF, organizadores. Handbook of emotions. 3^a ed. Nova lorque: The Guilford Press; 2008. p. 440-55.
53. Prinz J. Is empathy necessary for morality? Em: Coplan A, Goldie P, organizadores. Empathy: philosophical and psychological perspectives. Nova lorque: Oxford University Press; 2011. p. 211-29.
54. Bloom P. Empathy and its critics. Em: DuJardin T, Eckel MD, organizadores. Faith, hope, and love: the theological virtues and their opposites. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 177-87.
55. Bloom P. Empathy and its discontents. Trends Cogn Sci. 2017;21(1):24-31.
56. Bloom P. Empathy and its critics. Em: Faith, hope, and love Boston studies in philosophy, religion and public life. Cham: Springer; 2022. p. 177-87.
57. Howick J, Bizzari V, Dambha-Miller H. Therapeutic empathy: what it is and what it isn't. J R Soc Med. 2018;111(7):233-6.
58. Howick J, Rees S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. J R Soc Med. 2017;110(9):352-7.
59. Mercer S, Reynolds W. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract. 2002;52(Suppl):S9-12.
60. Hojat M, Maio V, Pohl CA, Gonnella JS. Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. Discov Health Syst. 2023;2(1):1-17.

61. Halpern J. Clinical empathy in medical care. Em: Decety J, organizador. *Empathy: from bench to bedside*. Cambridge: MIT Press; 2012. p. 229-44.
62. Hardman D, Howick J. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *Eur J Pers Cent Healthc*. 2019;7(2):351-7.
63. Montemayor C, Halpern J, Fairweather A. In principle obstacles for empathic AI: why we can't replace human empathy in healthcare. *AI Soc*. 2022;37(4):1353-9.
64. Main A, Walle EA, Kho C, Halpern J. The interpersonal functions of empathy: a relational perspective. *Emotion Rev*. 2017;9(4):358-66.
65. Zhang X, Li L, Zhang Q, Le LH, Wu Y. Physician empathy in doctor-patient communication: a systematic review. *Health Commun*. 2024;39(5):1027-37.
66. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med*. 2014;89(8):1108-12.
67. Decety J, Holvoet C. The emergence of empathy: a developmental neuroscience perspective. *Dev Rev*. 2021;62:1-19.
68. Riess H. *The empathy effect*. Boulder: Sounds True; 2018.
69. Zaki J, Ochsner K. *Empathy*. Em: Barrett LF, Lewis M, Haviland-Jones JM, organizadores. *Handbook of emotions*. 4^a ed. Nova Iorque: The Guilford Press; 2016. p. 871-84.
70. Weisz E, Cikara M. Strategic regulation of empathy. *Trends Cogn Sci*. 2021;25(3):213-27.
71. Tronto JC. *Du care*. *Rev MAUSS*. 2008;32(2):243-65.
72. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):670-4.
73. Wu Q, Jin Z, Wang P. The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *J Gen Intern Med*. 2022;37(6):1388-93.
74. Nembhard IM, David G, Ezzeddine I, Betts D, Radin J. A systematic review of research on empathy in health care. *Health Serv Res*. 2023;58(2):250-63.
75. Hoffstädt H, Stouthard J, Meijers MC, Westendorp J, Henselmans I, Spreeuwenberg P, et al. Patients' and clinicians' perceptions of clinician-expressed empathy in advanced cancer consultations and associations with patient outcomes. *Palliat Med Rep*. 2020;1(1):76-83.
76. Keshtkar L, Madigan CD, Ward A, Ahmed S, Tanna V, Rahman I, et al. The effect of practitioner empathy on patient satisfaction. *Ann Intern Med*. 2024;177(2):196-209.

77. Flickinger TE, Saha S, Roter D, Korhuis PT, Sharp V, Cohn J, et al. Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient Educ Couns*. 2016;99(2):220-6.
78. Shen Z, Shi S, Ding S, Zhong Z. Mediating effect of self-efficacy on the relationship between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Front Pharmacol*. 2020;11:562644.
79. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):117-24.
80. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):390-7.
81. Gehenne L, Lelorain S, Eveno C, Piessen G, Mariette C, Glehen O, et al. Associations between the severity of medical and surgical complications and perception of surgeon empathy in esophageal and gastric cancer patients. *Support Care Cancer*. 2021;29(12):7551-61.
82. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.
83. Chaitoff A, Rothberg MB, Windover AK, Calabrese L, Misra-Hebert AD, Martinez KA. Physician empathy is not associated with laboratory outcomes in diabetes: a cross-sectional study. *J Gen Intern Med*. 2019;34(1):75-81.
84. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18:63.
85. Ledoux K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *J Adv Nurs*. 2015;71(9):2041-50.
86. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne K. Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: a qualitative review and research agenda. *Occup Health Sci*. 2019;3(3):297-336.
87. Lee HJ, Lee M, Jang SJ. Compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among nurses working in trauma centers: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7228.

88. Delgado N, Delgado J, Betancort M, Bonache H, Harris LT. What is the link between different components of empathy and burnout in healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:447-63.
89. Batson CD. These things called empathy: eight related but distinct phenomena. Em: Decety J, Ickes W, organizadores. *The social neuroscience of empathy*. Cambridge: MIT Press; 2009. p. 3-16.
90. Hall JA, Schwartz R. Empathy present and future. *J Soc Psychol*. 2019;159(3):225-43.
91. Hall JA, Schwartz R. Empathy, an important but problematic concept. *J Soc Psychol*. 2022;162(1):1-6.
92. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016;50(3):300-10.
93. Gusler S, Sprang G, Hood C, Eslinger J, Whitt-Woosley A, Kinnish K, et al. Untangling secondary traumatic stress and vicarious traumatization: one construct or two? *Psychol Trauma*. 2023. doi:10.1037/tra0001640.
94. Steinheiser M. Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Appl Nurs Res*. 2018;44:97-9.
95. Stamm BH. *The concise ProQOL manual*. Pocatello: ProQOL.org; 2010.
96. World Health Organization. *International classification of diseases (ICD-11)* [Internet]. Genebra: OMS; 2024 [citado em 24 jun. 2024]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>.
97. Perniciotti P, Júnior CVS, Guarita RV, Morales RJ, Romano BW. Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Rev SBPH*. 2020;23(1):35-52.
98. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and burnout – a cross-sectional study among mental healthcare providers in France. *J Med Life*. 2019;12(1):21-9.
99. Fryze M, Samardakiewicz M. Job burnout and empathy among different healthcare professionals. *Pol J Public Health*. 2022;132(1):34-9.
100. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. *Burn Res*. 2017;6:18-29.

101. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol.* 2016;7:763.
102. Cairns P, Isham AE, Zachariae R. The association between empathy and burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ.* 2024;24:640.
103. Correia I, Almeida AE. Organizational justice, professional identification, empathy, and meaningful work during COVID-19 pandemic: are they burnout protectors in physicians and nurses? *Front Psychol.* 2020;11:566139.
104. Juliá-Sanchis R, Richart-Martínez M, García-Aracil N, José-Alcaide L, Piquer-Donat T, Castejón-de-la-Encina ME. Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australas Emerg Care.* 2019;22(3):193-9.
105. Romani-Sponchiado A, Jordan MR, Stringaris A, Salum GA. Distinct correlates of empathy and compassion with burnout and affective symptoms in health professionals and students. *Braz J Psychiatry.* 2021;43(2):186-8.
106. Decety J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. *Am J Med.* 2020;133(5):561-6.
107. Zaki J. Integrating empathy and interpersonal emotion regulation. *Annu Rev Psychol.* 2020;71:517-40.
108. Stevens F, Taber K. The neuroscience of empathy and compassion in pro-social behavior. *Neuropsychologia.* 2021;159:107925.
109. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs.* 2012;28(1):34-40.
110. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ.* 2005;69(3):338-45.
111. Howick J, Slavin D, Carr S, Miall F, Ohri C, Ennion S, et al. Towards an empathic hidden curriculum in medical school: a roadmap. *J Eval Clin Pract.* 2024;30(4):525-32.
112. Blanco JM, Caballero F, Álvarez S, Plans M, Monge D. Searching for the erosion of empathy in medical undergraduate students: a longitudinal study. *BMJ Open.* 2020;10(12):e042144.
113. Neumann M, Edelhäuser 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;86(8):996-1009.

114. Andersen FA, Johansen ASB, Søndergaard J, Andersen CM, Assing Hvidt E. Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2020;20:512.
115. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ.* 2011;11:90.
116. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach.* 2012;34(4):305-11.
117. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of empathy among medical students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract.* 2013;22(4):385-9.
118. Dehning S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M. Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia: steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Med Educ.* 2012;12:34.
119. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ.* 2017;51(11):1146-59.
120. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? – a meta-analysis. *Med Teach.* 2019;41(8):895-904.
121. Howick J, Dudko M, Feng SN, Ahmed AA, Alluri N, Nockels K, et al. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ.* 2023;23:270.
122. Oxley J. *The moral dimensions of empathy.* Nova Iorque: Palgrave Macmillan; 2011.
123. Sofronieva D. *The epistemic and moral value of empathy.* Leeds: The University of Leeds; 2018.
124. Werner C. Concurring emotions, affective empathy, and phenomenal understanding. *Passion.* 2023;1(2):108-24.
125. Hills A. Understanding why. *Noûs.* 2016;50(4):661-88.
126. Chalmers D. *The character of consciousness.* Nova Iorque: Oxford University Press; 2010.
127. Jackson F. What Mary didn't know. *J Philos.* 1986;83(5):291-5.

128. Jackson F. Epiphenomenal qualia. *Philos Q.* 1982;32(127):127-36.
129. Verplanken B, Holland RW. Motivated decision making: effects of activation and self-centrality of values on choices and behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(3):434-47.
130. Batson CD. What's wrong with morality? A social-psychological perspective. Nova lorque: Oxford University Press; 2016.
131. Domenicucci J, Holton R. Trust as a two-place relation. Em: Faulkner P, Simpson T, organizadores. *The philosophy of trust.* Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 149-60.
132. Baier A. What is trust? Em: Archard D, Deveaux M, Manson N, Weinstock D, organizadores. *Reading Onora O'Neill.* Nova lorque: Routledge; 2013. p. 175-85.
133. Kelsall J. 'Trusting-to' and 'trusting-as': a qualitative account of trustworthiness. *Inquiry.* 2022. doi:10.1080/0020174X.2022.2077695.
134. O'Neill O. *Autonomy and trust in bioethics.* Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
135. O'Neill O. Linking trust to trustworthiness. *Int J Philos Stud.* 2018;26(2):293-300.
136. Hawley K. Trust, distrust and commitment. *Noûs.* 2014;48(1):1-20.
137. Kelsall J. Towards a non-reliance commitment account of trust. *J Value Inq.* 2024. doi:10.1007/s10790-024-09979-9.
138. Ludewigs S, Narchi J, Kiefer L, Winkler EC. Ethics of the fiduciary relationship between patient and physician: the case of informed consent. *J Med Ethics.* 2022. doi:10.1136/jme-2022-108678.
139. Tauber A. In search of medicine's moral glue. *Am J Bioeth.* 2006;6(1):41-4.
140. Birkhäuer J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: a meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(2):e0170988.
141. Rambaran S, Harmon D. Trust in clinical practice: a systematic review. *Pain Stud Treat.* 2024;12(1):1-11.
142. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'clinical empathy' to 'empathic concern'. *Med Health Care Philos.* 2021;24(4):573-85.
143. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness – a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019;102(7):1228-36.

144. Eklund JH, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):3-11.
145. Sturgiss EA, Peart A, Richard L, Ball L, Hunik L, Chai TL, et al. Who is at the centre of what? A scoping review of the conceptualisation of 'centredness' in healthcare. *BMJ Open*. 2022;12(5):e059400.
146. Herring J. Compassion, ethics of care and legal rights. *Int J Law Context*. 2017;13(2):158-71.
147. Albuquerque A. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípios. *Rev Direitos Garantias Fundamentais*. 2017;18(3):111-38.
148. Kaufmann P. Instrumentalization: what does it mean to use a person? Em: Kaufmann P, Kuch H, Neuhäuser C, Webster E, organizadores. *Humiliation, degradation, dehumanization: human dignity violated*. Londres: Springer; 2011. p. 57-65.
149. Tiedemann P. *Philosophical foundation of human rights*. Cham: Springer; 2020.
150. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. Nova Iorque: ONU; 1948 [citado em 24 jan. 2025]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
151. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work methods for nursing care delivery. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2088.
152. Bourgault AM. Task-oriented nursing care through a positive lens. *Crit Care Nurse*. 2023;43(3):7-9.
153. Herring J. Vulnerability and children's rights. *Int J Semiot Law*. 2023;36(4):1509-27.
154. Rhodes R. Medical ethics: common or uncommon morality? *Camb Q Healthc Ethics*. 2020;29(3):404-20.
155. Rhodes R. *The trusted doctor: medical ethics and professionalism*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2020.
156. Stefanello E. Your pain is not mine: a critique of clinical empathy. *Bioethics*. 2022;36(5):486-93.
157. Verplanken B, Trafimow D, Khusid IK, Holland RW, Steentjes GM. Different selves, different values: effects of self-construals on value activation and use. *Eur J Soc Psychol*. 2009;39(6):909-19.

158. Waddington J. Self-efficacy. *ELT J.* 2023;77(2):237-40.
159. Bandura A. Self-efficacy: mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982;37(2):122-47.
160. Chen J, Yin D, Dou K. Intensified glycemc control by HbA1c for patients with coronary heart disease and Type 2 diabetes: a review of findings and conclusions. *Cardiovasc Diabetol.* 2023;22(1):146.
161. Sun T, Chen M, Shen H, PingYin, Fan L, Chen X, et al. Predictive value of LDL/HDL ratio in coronary atherosclerotic heart disease. *BMC Cardiovasc Disord.* 2022;22(1):273.