Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social 2025 Vol. 11(1): 1–22
Portuguese Journal of Behavioral and Social Research 20245Vol. 11(1): 1–22
e-ISSN 2183-4938
Departamento de Investigação & Desenvolvimento • Instituto Superior Miguel Torga

ARTIGO ORIGINAL

Empatia clínica e satisfação por compaixão em médicos/as: Análise de mediadores potenciais

Clinical empathy and physicians' compassion satisfaction: Analysis of potential mediators

Francisca Rosa [1]
Ana Alves-Nogueira [2]
Cláudia Melo [2,3]
Maria Cristina Canavarro [1,2,3]
Carlos Carona [1,2,3]

[1] *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal*
[2] *Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal*
[3] *Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental (UpC3), Universidade de Coimbra, Portugal*

Recebido: 17/06/2024; Revisto: 06/02/2024; Aceite: 27/02/2025.

https://doi.org/10.31211/rpics.2025.11.1.346

Resumo

Contexto: A empatia clínica é um atributo intrínseco à profissão médica, estando associada a níveis mais elevados de satisfação por compaixão em médicos/as. Contudo, pouco se sabe acerca dos mecanismos mediadores e potencialmente modificáveis subjacentes a essa relação. **Objetivo**: Este estudo visou analisar os efeitos diretos e indiretos da empatia clínica nos níveis de satisfação por compaixão em médicos/as, considerando como mediadores a qualidade das relações terapêuticas e as barreiras à compaixão. **Métodos**: Uma amostra de 222 médicos/as, recolhida exclusivamente *online*, preencheu um conjunto de instrumentos de autorresposta. Os efeitos diretos e indiretos foram explorados utilizando modelos de equações estruturais. **Resultados**: A empatia clínica relacionou-se moderada e positivamente com a qualidade das relações terapêuticas e com a satisfação por compaixão, e negativamente com as barreiras à compaixão. Observou-se um efeito indireto da empatia sobre a satisfação por compaixão, tanto através da qualidade das relações terapêuticas (b = 0,05, 95%IC [0,02; 0,10]), como das barreiras à compaixão (b = 0,02, 95% IC [0,01; 0,05]). O modelo explicou 31% da variabilidade nos níveis de satisfação por compaixão. **Conclusões**: Níveis mais elevados de empatia em médicos/as poderão favorecer satisfação por compaixão, mediada por relações terapêuticas de melhor qualidade e da perceção de menos barreiras à compaixão. Intervenções focadas nesses fatores poderão melhorar a saúde mental positiva destes/as profissionais.

Palavras-Chave: Compaixão; Empatia; Médicos/as; Relações Médico-Paciente; Estudo Quantitativo Transversal.

DI&D | ISMT

rpics@ismt.pt
https://rpics.ismt.pt

Publicação em Acesso Aberto
©2024. A/O(s) Autor(as/es). Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Francisca Rosa (Autor de correspondência)
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra
R. do Colégio Novo, s/n.º, 3000-115 Coimbra, Portugal
Tel.: +932838616
E-mail: fransciscafilipedarosa@gmail.com

Abstract

Background: Clinical empathy is an intrinsic attribute of the medical profession and is associated with greater physicians' compassion satisfaction levels. However, little is known about the potentially modifiable mechanisms underlying this relationship. **Aim**: This study aimed to analyze the direct and indirect effects of clinical empathy on physicians' compassion satisfaction via the quality of therapeutic relationships and barriers to compassion. **Method**: A sample of 222 physicians, collected exclusively online, completed a set of self-report instruments. Direct and indirect effects were analyzed using structural equation modeling. **Results**: Clinical empathy was moderately and positively correlated with the quality of therapeutic relationships and compassion satisfaction, and negatively correlated with barriers to compassion. An indirect effect of clinical empathy on compassion satisfaction was observed through the quality of therapeutic relationships (b = .05, 95% IC [.02; .10]) and barriers to compassion (b = .02, 95% IC [.01; .05]). The model explained around 31% of the variability in compassion satisfaction levels. **Conclusions**: Higher levels of empathy among physicians may lead to greater compassion satisfaction through better quality of therapeutic relationships and lower perceived barriers to compassion. Intervention programs targeting these mechanisms might increase positive mental health in these professionals.

Keywords: Compassion; Empathy; Physicians; Physician-Patient Relations; Cross-sectional Quantitative Study.

Introdução

A síndrome de *burnout* e a fadiga por compaixão são condições clínicas cada vez mais prevalentes em profissionais de saúde. Sabe-se que esta população, apesar de deter uma prevalência de psicopatologia semelhante à da população geral, está também exposta a situações do seu quotidiano laboral que podem intensificar o risco de perturbações mentais (Rotenstein et al., 2018), tais como a sobrecarga laboral e a constante exposição à dor e sofrimento dos/as doentes (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Esta vulnerabilidade pode levar a que o/a médico/a tenha menor predisposição para demonstrar empatia e compaixão pelas dificuldades dos/as doentes (Kerasidou & Horn, 2016). Naturalmente, tal pode acarretar a deterioração da qualidade da relação terapêutica, interferindo negativamente com os resultados clínicos dos/as doentes (Jahan & Siddiqui, 2019). Este contexto, por sua vez, a par da diminuição da satisfação dos/as utentes (Weiss et al., 2017), pode originar consequências a um nível mais amplo, nomeadamente em termos da diminuição da qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde (West et al., 2018).

Perante estas constatações e face aos estudos já existentes relativos às consequências físicas e psicológicas nefastas associadas ao desgaste da profissão médica, torna-se relevante considerar a promoção da saúde mental dos/as médicos/as. Embora escassas, as evidências mostram que níveis elevados de empatia clínica podem contribuir positivamente para a saúde mental dos profissionais de saúde (e.g., Moudatsou et al., 2020). Assim, este estudo propõe-se investigar a associação entre a empatia clínica e uma variável indicadora de saúde mental positiva (i.e., satisfação por compaixão), assim como explorar possíveis mecanismos subjacentes a essa associação (i.e., a qualidade das relações terapêuticas e as barreiras à compaixão).

Empatia Clínica e Satisfação por Compaixão em Médicos/as

Nas últimas décadas, tem vindo a assistir-se a uma mudança de paradigma na prática médica. Os cuidados de saúde, outrora prestados em função da doença e focados/as no/a médico/a enquanto figura de autoridade, centram-se atualmente no/a doente. Isto significa que se pretende incutir ao/à doente um

papel mais ativo na colaboração e envolvimento no seu processo clínico, ao passo que é expectável que o/a médico/a se torne mais recetivo e disponível (Coulter & Oldham, 2016).

Tendo subjacente esta nova conceptualização do exercício médico, e de forma a poder garantir aos/às doentes o acesso a melhores cuidados, existe uma elevada consonância entre estudos científicos, que sugere que a qualidade da comunicação médica é um fator que contribui positivamente para o alcance de melhores resultados terapêuticos e maior satisfação dos/as doentes (Alves-Nogueira et al., 2024; Wang et al., 2018). Boas competências de comunicação médico/a-doente pressupõem a capacidade de o/a médico/a realizar tarefas específicas da sua profissão (e.g., recolha e fornecimento de informação sobre condições clínicas, diagnósticos e tratamentos), assegurando simultaneamente a integração do/a doente no processo, através de um exercício relacional empático e de interesse genuíno (Ha & Longnecker, 2010). A empatia clínica é uma competência comunicacional genericamente definida como sendo um atributo que envolve a compreensão holística do/a doente, associada à capacidade de lhe devolver esse mesmo entendimento. Assim, comporta duas dimensões: uma dimensão cognitiva (i.e., compreensão racional das dificuldades do outro) e uma afetiva (i.e., exposição emocional à dor e ao sofrimento do outro) (Hojat et al., 2023). As evidências científicas mostram o benefício da capacidade dos/as médicos/as comunicarem de forma empática para o alcance de melhorias na saúde, bem-estar e satisfação dos/as doentes (e.g., Howick et al., 2018).

Paralelamente, existem estudos que indicam que a empatia clínica pode ser igualmente benéfica para a saúde mental e ajustamento psicológico dos/as próprios/as médicos/as (e.g., Wolfshohl et al., 2019). A maior parte da literatura focada na saúde mental dos/as médicos/as tem-se limitado ao estudo de variáveis de natureza negativa (i.e., psicopatologia) e em possíveis mecanismos para as mitigar ou reduzir o seu impacto (e.g., Matsuzaki et al., 2021). Contudo, a relação entre ausência de doença e o bem-estar psicológico não é linear (Keyes, 2005), o que se pode confirmar pelo facto de intervenções focadas somente na redução do sofrimento não implicarem taxativamente um aumento de saúde mental positiva (Newnham et al., 2010; Trompetter et al., 2017). Assim, importa destacar investigações, embora escassas, em que se estabeleceu a relação entre empatia clínica e variáveis de natureza positiva, como por exemplo, o bem-estar (e.g., Shanafelt et al., 2005) e a satisfação por ajudar a outra pessoa, i.e., a satisfação por compaixão (e.g., Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019). Satisfação por compaixão é conceptualizada como o sentimento positivo que surge após a realização de ações eficazes e que intencionalmente proporcionaram o alívio do sofrimento do outro (Stamm, 2005).

Desta forma, o presente estudo dedicou-se a aprofundar a relação entre empatia clínica e a satisfação por compaixão em médicos/as, assim como a compreender os mecanismos subjacentes que influenciam essa relação.

A Empatia Clínica e a Qualidade das Relações Terapêuticas

A relação que é estabelecida entre o/a médico/a e o/a doente é uma relação peculiar com características distintivas. Ao/À profissional de saúde é exigido que detenha um conjunto de competências interpessoais (i.e., comunicação empática, escuta ativa, atenção) que promovam interações passíveis de suscitar no/a doente conhecimento, confiança, lealdade e respeito (Ha & Longnecker, 2010; Wu et al., 2021). O alcance

deste conjunto de competências permite a participação ativa do/a doente no seu processo clínico, tornando possível o fornecimento de cuidados de saúde mais especializados. Neste sentido, estudos indicam que uma relação terapêutica de qualidade promove a adesão do/a doente à terapêutica (Zolnierek & DiMatteo, 2009), proporciona resultados terapêuticos positivos (Howick et al., 2018), melhores indicadores de ajustamento (e.g., bem-estar, qualidade de vida) (Olaisen et al., 2020) e melhora a satisfação com os cuidados prestados (Golda et al., 2018).

Para este efeito, sabe-se que a empatia clínica é uma das principais componentes da comunicação que permite ao/à médico/a personalizar os cuidados prestados em função das idiossincrasias de cada doente. Médicos/as empáticos/as validam as dificuldades percecionadas, devolvem informações médicas de forma clara e compreensível e dotam os/as doentes de competências (e.g., adesão a tratamento, responsabilidade pela própria saúde, autocuidado) para fazer face a desafios clínicos posteriores (Duffy et al., 2004; Morgan et al., 2020). Vários estudos (e.g., Wu et al., 2021; Zhang et al., 2023) têm vindo a confirmar que de facto a empatia clínica é uma importante componente das competências comunicacionais do/a médico/a e que propicia uma melhor perceção do/a doente face à relação terapêutica estabelecida (e.g., aumento da confiança no/a médico/a). No que diz respeito à perspetiva dos/as médicos/as, embora os estudos existentes sejam escassos, Wang et al. (2022) apuraram que a empatia clínica foi um preditor significativo do estabelecimento de uma relação terapêutica positiva entre médico/a e doente. Contudo, os autores identificaram que a dimensão cognitiva da empatia (i.e., compreensão racional das dificuldades do outro) foi sobretudo importante para a concretização de uma comunicação mais eficiente e, por sua vez, para estabelecer uma melhor relação terapêutica. Isto significa que os/as médicos/as percecionaram uma relação terapêutica de qualidade com base, por exemplo, na capacidade de compreensão das dificuldades dos/as doentes, na eficácia da sua resolução de problemas e na acessibilidade do atendimento.

Neste sentido, a manifestação de empatia clínica deverá ser tida em consideração, dado que exerce impacto na forma como o/a médico/a e o/a doente avaliam a qualidade da relação terapêutica estabelecida.

A Empatia Clínica e as Barreiras à Compaixão

De acordo com Gilbert (2009), a compaixão é um constructo que se estende para além da noção de empatia, pois envolve não apenas a compreensão empática (cognitiva e afetiva) do sofrimento do outro, mas também uma intenção ativa de aliviar esse sofrimento. É uma das componentes mais importantes da medicina, sendo a sua prática esperada de todos os/as profissionais de saúde e desejada por todos os/as doentes (Fernando & Consedine, 2014b). No que respeita aos/às médicos/as, embora os estudos sejam reduzidos, a prática de uma medicina compassiva está associada à obtenção de maior satisfação com os cuidados que foram prestados (i.e., satisfação por compaixão) (Lee et al., 2021), bem como a níveis mais baixos de sofrimento psicológico (Chan et al., 2022).

Contudo, o cuidado compassivo nem sempre é um objetivo tacitamente atingível, pois existem algumas barreiras que podem inibir e/ou impedir os/as médicos/as de executar esta competência. Fernando e Consedine (2014a) identificaram e agruparam as várias barreiras passíveis de impedir o exercício compassivo, elaborando o Modelo Transacional da Compaixão. Este modelo conceptualiza a compaixão como um processo

dinâmico que é influenciado por diferentes fatores, nomeadamente: características do/a próprio/a médico/a (e.g., exaustão, fadiga); do/a doente (e/ou família); da situação (e.g., situação médica complexa e/ou ambígua); e/ou do ambiente clínico (e.g., físico, institucional, político) (Fernando & Consedine, 2014a, 2014b). Estas barreiras variam consoante as especialidades médicas (Fernando & Consedine, 2017) e parecem ser inversamente proporcionais à experiência clínica acumulada (Dev et al., 2019).

O Presente Estudo

A evidência empírica sustenta que o recurso à empatia clínica detém benefícios não só para a saúde e outros indicadores dos/as doentes, como também para os/as médicos/as. Se se considerar que o bem-estar e a saúde mental dos/as médicos/as podem atuar como intermediários para o melhor exercício da profissão e, consequentemente, para resultados clínicos mais favoráveis nos/as doentes, então estes aspetos não devem ser negligenciados (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

O presente estudo debruça-se sobre uma amostra de médicos/as de várias especialidades, por se considerar tratar-se de uma população vulnerável para o desenvolvimento de perturbações psicológicas associadas à sobrecarga laboral e à sobre-exposição socioemocional (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Todavia, a literatura acerca de variáveis de saúde mental positivas (e.g., satisfação por compaixão) permanece ainda bastante incipiente. Adicionalmente, a investigação pouco apresenta sobre o impacto que a empatia clínica pode suscitar na satisfação por compaixão em médicos/as e se a qualidade das relações terapêuticas e as barreiras à compaixão poderão ser considerados potenciais mecanismos subjacentes a essa relação.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivos específicos: (1) explorar as associações entre empatia clínica, qualidade das relações terapêuticas, barreiras à compaixão e satisfação por compaixão em médicos/as; e (2) analisar os efeitos diretos e indiretos da empatia clínica nos níveis de satisfação por compaixão em médicos/as, via qualidade das relações terapêuticas e barreiras à compaixão (em paralelo). Particularmente, em relação ao primeiro objetivo, e com base na literatura existente, colocou-se a hipótese de que médicos/as com níveis mais elevados de empatia clínica apresentariam níveis mais elevados de satisfação por compaixão (H1). Quanto ao segundo objetivo, formulou-se a hipótese de que a qualidade das relações terapêuticas e as barreiras à compaixão mediariam a associação positiva entre empatia clínica e satisfação por compaixão (H2).

Método

Participantes e Recrutamento

Previamente à recolha da amostra, efetuou-se o cálculo apriorístico da sua dimensão necessária com recurso ao programa Monte Carlo, considerando um poder estatístico de 0,80 com intervalo de confiança de 95% (Schoemann et al., 2017). Neste sentido, obteve-se um valor mínimo necessário de 190 sujeitos.

Para a seleção dos/as participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: (a) ser um/uma médico/a em exercício de profissão; (b) trabalhar numa instituição de saúde portuguesa; e (c)

ser membro da Ordem dos Médicos. Por sua vez, foram excluídos os/as participantes que eram médicos/as a trabalhar noutro país ou cujo número de consultas semanais ou mensais fosse igual a zero. Primeiramente, foi recolhida uma amostra por conveniência com um total de 234 participantes. No entanto, foram eliminados/as 12 por não cumprirem na totalidade os critérios de elegibilidade. No decorrer da análise de dados, verificou-se que um/a dos/as participantes apresentava inconsistências nas suas respostas, pelo que também procedemos à sua exclusão das análises. Desta forma, a amostra final perfez um total de 221 médicos/as de várias especialidades, e com idades compreendidas entre os 24 e os 82 anos (*M* = 45,6; *DP* = 14,5).

Na presente amostra, o género encontrou-se distribuído de forma assimétrica, destacando-se o género feminino com 71,0% dos/as participantes. A maioria era casado/a ou unido/a de facto (66,1%). No que diz respeito às habilitações académicas, 50,7% eram mestres. Em termos de categoria profissional, a maioria era médico/a assistente (40,3%). Verificou-se ainda que mais de metade da amostra (64,3%) possuía 14 ou mais anos de experiência profissional. A caracterização sociodemográfica e profissional dos/as participantes encontra-se com maior detalhe na Tabela 1.

Quadro 1

Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos/as Participantes (N = 221)

Características	*n*	%
Género *n* (%)		
Masculino	64	29,0%
Feminino	157	71,0%
Idade *n* (%)		
Mais novos/as (24-40)	106	48,0%
Mais velhos/as (41-82)	115	52,0%
Estado Civil *n* (%)		
Solteiro/a	55	24,9%
Casado/a ou União de Facto	146	66,1%
Divorciado/a	17	7,7%
Viúvo/a	3	1,4%
Habilitações Académicas *n* (%)		
Licenciatura	91	41,2%
Mestrado	112	50,7%
Doutoramento	18	8,1%
Categoria Profissional *n* (%)		
Interno/a de Formação Geral (Ano Comum)	5	2,3%
Interno/a de Formação Específica	35	15,8%
Assistente	89	40,3%
Assistente Graduado/a	63	28,5%
Assistente Graduado/a Sénior	29	13,1%
Anos de Serviço *n* (%)		
Menos de 14 anos	79	35,7%
14 anos ou mais	142	64,3%

Instrumentos

O protocolo de avaliação do presente estudo foi constituído por um questionário sociodemográfico e por um conjunto de instrumentos de avaliação de autorresposta traduzidos para a população portuguesa.

Dados Sociodemográficos e Profissionais

Solicitou-se aos/às participantes que fornecessem alguns dados sociodemográficos e relativos à sua atividade profissional. Foram recolhidas informações quanto à idade, género, estado civil e habilitações académicas. No domínio profissional, recolheram-se dados sobre a categoria profissional e o número de anos de serviço.

Escala de Avaliação da Empatia Relacional e de Consulta – Autorrelato (CARE)

A CARE – Autorrelato (Alves-Nogueira et al., 2021; Mercer et al., 2004) avalia a perspetiva do/a médico/a em relação ao nível de empatia clínica que, durante a última consulta, prestou aos/às doentes (e.g., "Compreende completamente as preocupações dos/as seus/suas doentes?"). A CARE contém dez itens, classificados numa escala de tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (*fraco*) a 5 (*excelente*) ou, ainda, (*Não se aplica*). A pontuação total é obtida através da soma dos valores dos itens, fornecendo um resultado entre 10 e 50. Pontuações mais elevadas indicam maior perceção de empatia clínica pelos/as médicos/as. No presente estudo, o instrumento apresentou uma ótima consistência interna (ω = 0,91; α = 0,91) (estudo psicométrico da versão portuguesa em curso).

Escala para Avaliar as Relações Terapêuticas – Versão do/a Clínico/a (STAR-C)

A versão utilizada no âmbito do presente estudo foi a versão para profissionais de saúde (Alves-Nogueira et al., 2022a; McGuire-Snieckus et al., 2007). Trata-se de uma escala de autorresposta breve, constituída por 12 itens, que avaliam a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre médico/a e doente na perspetiva do/a médico/a. A STAR-C inclui três subescalas: Colaboração Positiva (e.g., "Dou-me bem com o/a meu/minha doente."); Dificuldades Emocionais (e.g., "É difícil para mim empatizar ou identificar-me com os problemas do/a meu/minha doente."); e Contribuição Positiva dos/as Médicos/As (e.g., "Sinto que dou apoio ao/à meu/minha doente."). Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert com cinco pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Sempre*), com opção, (*Não se aplica*). Os itens da subescala Dificuldades Emocionais são invertidos para cotação. Utilizou-se a pontuação total (soma dos 12 itens), sendo que valores mais elevados indicam melhor perceção da qualidade das relações terapêuticas. No presente estudo, este instrumento evidenciou uma consistência interna aceitável (ω = 0,70; α = 0,72) (estudo psicométrico da versão portuguesa em curso).

Subescala de Situações Clínicas Complexas do Questionário de Barreiras à Compaixão dos/as Médicos/as (QBCM)

Este estudo utilizou a Subescala de 11 itens Situações Clínicas Complexas do QBCM (Alves-Nogueira et al., 2022b; Fernando & Consedine, 2014b), que avalia a perceção subjetiva dos/as médicos/as face a situações clínicas exigentes (e.g., "O/A doente apresenta-se descuidado/a e com mau odor") e face a cognições/desafios internos que surgem no contexto da prática clínica (e.g. "Está cansado/a de exercer medicina"). Este conjunto de perceções inibe ou impede o/a profissional de saúde de experienciar compaixão durante o exercício do seu trabalho clínico. Cada item é avaliado numa escala de sete pontos (1 = *Muito pouco*; 7 = *Muitíssimo*), com opção (*Não sei/Não quero responder*), caso os/as participantes considerassem que o item se tratava de

informação sensível. A pontuação total varia entre 11 e 77, sendo mais elevada quanto maior a perceção de barreiras à compaixão provenientes de situações clínicas complexas. No presente estudo, o instrumento apresentou uma boa consistência interna (ω = 0,86; α = 0,85) (estudo psicométrico da versão portuguesa em curso).

Subescala da Satisfação por Compaixão da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-5)

Foi utilizada a subescala da Satisfação por Compaixão da versão abreviada da ProQOL-5 (Carvalho & Sá, 2011; Galiana et al., 2020) para avaliar os efeitos positivos da prestação de cuidados a indivíduos que experienciam sofrimento. Esta subescala é composta por três itens: (1) "Eu gosto do meu trabalho como cuidador/a."; (2) "O meu trabalho faz-me sentir satisfeito/a."; e (3) "Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho". A escala de resposta é tipo Likert de cinco pontos (1 = *Nunca*; 5 = *Muito frequentemente*), referente aos últimos 30 dias. A opção (*Não sei/Não quero responder*) foi apresentada para o caso de os/as participantes considerarem que o item remetia para informação sensível. A pontuação é obtida pela soma das respostas aos itens; valores mais elevados indicam maior satisfação relacionada com a capacidade de ser um/a cuidador/a eficaz no exercício da profissão. A subescala demonstrou consistência interna ótima neste estudo (ω = 0,84; α = 0,84).

Procedimento

O presente estudo, de natureza quantitativa, correlacional e transversal, integra um projeto mais amplo do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), designado "Talk-to-Heal: Development and feasibility assessment of a theory-driven training program to optimize physician-patient communication" (2020. 06779.BD).

A amostra foi recolhida exclusivamente *online*, entre os meses de setembro de 2022 e abril de 2023, via questionário na plataforma LimeSurvey®. Para angariar o número de participantes necessário, foi utilizado um método de amostragem não probabilístico por conveniência e *bola de neve*. O questionário foi divulgado nas redes sociais (Facebook® e Instagram®), através de promoções pagas e não pagas, e disseminado por membros de organizações, sociedades e associações médicas (e.g., Ordem dos Médicos, Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, Associação dos Jovens Médicos).

Antes do preenchimento do questionário, foi apresentado o consentimento informado, que continha dados respeitantes aos objetivos, procedimentos e respetiva confidencialidade dos dados, assim como a garantia do seu carácter voluntário. Para garantir o consentimento informado, livre e esclarecido, os/as participantes tiveram de assinalar a opção "Li, compreendi e aceito participar no estudo" e respondessem a três questões simples de validação da respetiva compreensão. Este procedimento era obrigatório para aceder ao questionário, com a duração estimada era de 15 minutos.

Para prevenir respostas automáticas por robôs, foi incluído um procedimento prévio de distinção entre pessoas e robôs (CAPTCHA; Storozuk et al., 2020). Os questionários apresentavam resposta forçada para evitar respostas em branco (Smyth et al., 2006).

É de ressalvar que todos os procedimentos estiveram de acordo com os princípios éticos aplicados à investigação com seres humanos, definidos pela Declaração de Helsínquia e subsequentes modificações (World Medical Association, 2013). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (CEDI/FPCEUC:64/6) e cumpriu os preceitos éticos para a investigação psicológica do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021).

Análise Estatística

O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 27.0; IBM SPSS, Chicago, IL) e o Analysis of Momentary Structure (AMOS, SPSS; Armonk, NY: IBM Corp) foram utilizados para a análise estatística. Em primeiro lugar, foram efetuadas as análises preliminares verificar os pressupostos de normalidade (univariada e multivariada), linearidade, homocedasticidade e multicolinearidade. Uma vez que não foram detetadas violações significativas, foi legítimo prosseguir com o uso de estatísticas paramétricas. As variáveis contínuas "anos de serviço" e "idade" foram dicotomizadas com base no valor da mediana, para permitir comparações entre grupos.

Para descrever as características da amostra e as variáveis principais do estudo, foram utilizadas estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, frequências e percentagens).

A consistência interna dos instrumentos foi calculada através do alfa de Cronbach, considerando um valor $\alpha \geq 0{,}70$ adequado e um valor ótimo superior $\alpha \geq 0{,}80$ (Nunnally & Bernstein, 1994). Adicionalmente, foi calculado o ómega de McDonald's, que segue regras de interpretação semelhantes.

Para compreender as relações entre os constructos, foram realizadas análises de correlação de Pearson. A interpretação das magnitudes dos resultados seguiu as diretrizes propostas por Cohen (1988), considerando-se de magnitude fraca correlações abaixo de 0,30, moderada entre 0,30 e 0,50, e forte se iguais ou superiores a 0,50.

Previamente às análises de mediação, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) para testar o ajustamento do modelo, isto é, para verificar a relação entre variáveis latentes e observadas (Violato & Hecker, 2007). Os itens das variáveis Empatia Clínica, Barreiras à Compaixão e Qualidade das Relações Terapêuticas foram agrupados em duas parcelas para facilitar o cálculo da respetiva variável latente. Por outro lado, a variável latente Satisfação por Compaixão foi calculada através dos seus três itens originais (Little et al., 2002). A saturação fatorial foi considerada adequada quando os valores eram superiores a 0,50. A multicolinearidade foi interpretada com base nos coeficientes de determinação (R^2_{smc}) e nos valores de tolerância ($1 - R^2_{smc}$). Valores de R^2_{smc} inferiores a 0,90 e superiores a 0,10, respetivamente, indicaram problemas de multicolinearidade (Kline, 2011).

A fiabilidade compósita foi calculada através da soma quadrática das saturações fatoriais estandardizadas, dividida pela soma desse valor e os erros de medida (Hair et al., 2010).

Para examinar o ajustamento do modelo foram calculados: o Qui-Quadrado (χ^2/gl) que preconiza um ajustamento aceitável a bom se os valores estiverem compreendidos entre 1 e 5; o Índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index*; TLI); o Índice de Ajustamento Comparativo (*Comparative Fit Index*; CFI); o Índice de Ajustamento Normalizado (*Normed Fit Index*; NFI) que assumem um ajustamento adequado se os

valores forem superiores a 0,90; e a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation*; RMSEA) com ajustamento considerado adequado para valores compreendidos entre 0,05 e 0,10 (Hu & Bentler, 1999; Marôco, 2014).

De seguida, foram testados os efeitos diretos e indiretos da Empatia Clínica (variável preditora) sobre a Satisfação por Compaixão (variável critério), através da alidade das Relações Terapêuticas e Barreiras à Compaixão (variáveis mediadoras). Foram incluídas no modelo as variáveis género e número de anos de serviço como covariáveis, por apresentarem correlações significativas com a Satisfação por Compaixão (r = -0,21 e 0,20, p < 0,01, respetivamente) (Tabachnick & Fidell, 2007).

Os tamanhos de efeito das análises basearam-se nos valores de R^2 (Preacher & Kelly, 2011), adotando as seguintes regras de interpretação: baixos ($R^2 \geq 0{,}02$), médios ($R^2 \geq 0{,}13$) e elevados ($R^2 \geq 0{,}26$).

A fim de avaliar os efeitos totais, diretos e indiretos, do modelo de mediação paralela recorreu-se ao procedimento de *bootstrap* com 5000 amostras, que permite gerar intervalos de confiança com correção de viés a 95%. Um efeito é considerado significativo quando o valor de zero não se encontra contido no intervalo de confiança. Os efeitos indiretos específicos foram examinados através da aplicação de um *plugin* AMOS desenvolvido por Gaskin e Lim (2018). Os resultados foram apresentados com as estimativas padronizadas dos coeficientes.

Resultados

Matrizes e Correlações

Com base na informação apresentada na Tabela 2, foram analisadas as estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) e os coeficientes de correlação entre as variáveis do presente estudo.

Verificou-se que a empatia clínica se associou moderada e positivamente à Qualidade das Relações Terapêuticas e à Satisfação por Compaixão. Registaram-se ainda correlações moderadas e positivas entre a Qualidade das Relações Terapêuticas e a Satisfação por Compaixão. Por sua vez, observaram-se correlações negativas e moderadas entre as Barreiras à Compaixão e as restantes variáveis.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas e Matriz de Correlações

Variáveis	*M*	*DP*	1	2	3	4
1. Empatia Clínica	35,25	6,91	—			
2. Qualidade das Relações Terapêuticas	49,09	4,34	0,49**	—		
3. Barreiras à Compaixão	30,01	11,17	-0,34**	-0,40**	—	
4. Satisfação por Compaixão	12,50	2,47	0,30**	0,39**	-0,35**	—

Nota.
**$p \leq 0{,}01$.

Ajustamento do Modelo

As ligações entre as variáveis latentes (Empatia Clínica, Qualidade da Relação Terapêutica, Barreiras à Compaixão e Satisfação por Compaixão) e os respetivos indicadores foram apuradas através da AFC (Tabela 3). Todas as variáveis observadas apresentaram saturações fatoriais superiores a 0,60. As correlações múltiplas ao quadrado foram inferiores a 0,90 e os valores de tolerância foram superiores a 0,10, indicando ausência de problemas de multicolinearidade.

A fiabilidade compósita foi adequada para a Qualidade das Relações Terapêuticas (valor > 0,60) e boa para a Empatia Clínica, Barreiras à Compaixão e Satisfação por Compaixão (valores > 0,80).

O modelo explicou 31% da variância dos níveis da Satisfação por Compaixão, o que representa um efeito elevado. O modelo apresentou um excelente ajustamento aos dados empíricos [χ^2/df = 2,10; CFI = 0,96; TLI = 0,93; NFI = 0,92; e RMSEA = 0,07 (p = 0,060; 90% IC [0,05; 0,09])].

Quadro 3

Ajustamento do Modelo: Análise da Multicolinearidade, Saturação Fatorial das Variáveis Observadas e Fiabilidade Compósita das Variáveis Latentes

Variável Latente	Variável observada	Tol. (1 - R^2_{smc})	λ	FC
Empatia Clínica				0,89
	Empatia Clínica (Parcela 1)	0,15	0,93**	
	Empatia Clínica (Parcela 2)	0,26	0,86**	
Barreiras à Compaixão				0,82
	Situações Clínicas Complexas (Parcela 1)	0,20	0,89**	
	Situações Clínicas Complexas (Parcela 2)	0,41	0,77**	
Qualidade das Relações Terapêuticas				0,67
	Qualidade da relação terapêutica (Parcela 1)	0,56	0,67**	
	Qualidade da relação terapêutica (Parcela 2)	0,43	0,76**	
Satisfação por Compaixão				0,67
	Item 3	0,49	0,71**	
	Item 5	0,25	0,87**	0,67
	Item 9	0,30	0,84**	

Nota. Tol. = Tolerância (1 – R^2); λ = Saturação fatorial; FC = Fiabilidade compósita.
**$p \leq 0,01$.

Análises de Mediação

Foi testado um modelo de mediação paralela, no qual se analisou a associação entre a empatia clínica e a satisfação por compaixão, via qualidade das relações terapêuticas e barreiras à compaixão. De referir que foram introduzidas no modelo as variáveis género e número de anos de serviço como covariáveis (Figura 1; Tabela 4).

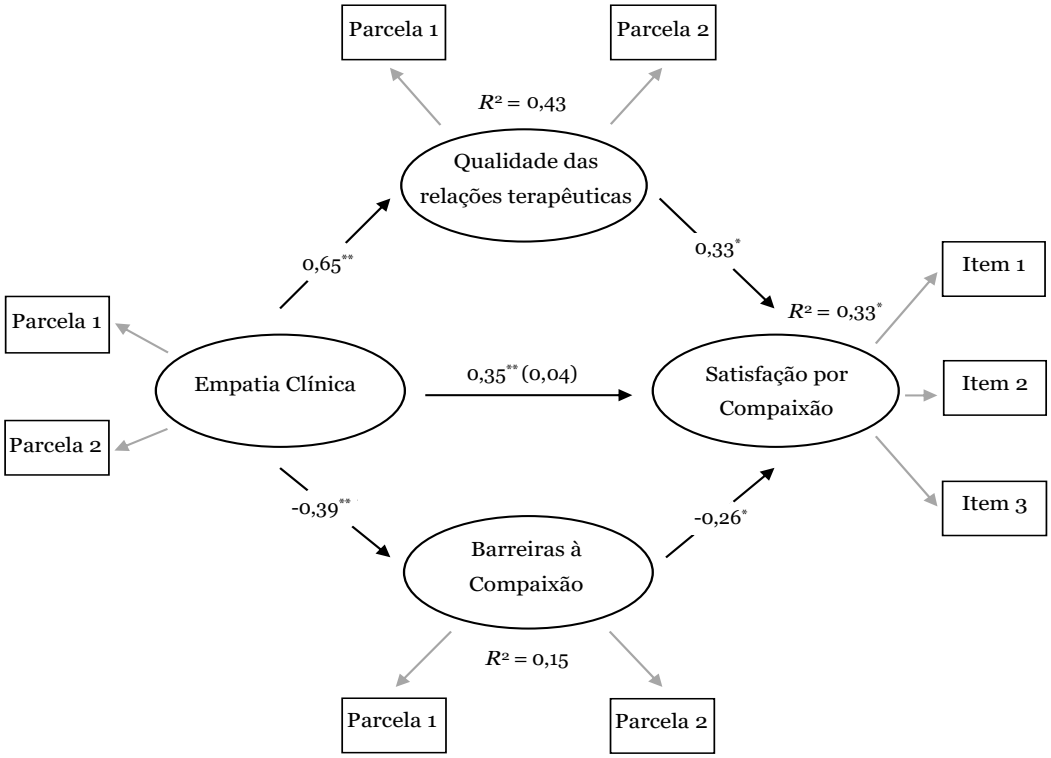
Os resultados revelaram que a Empatia Clínica exerceu um efeito direto significativo sobre a Qualidade das Relações Terapêuticas (β = 0,65, 95% IC [0,29; 0,53]) e sobre as Barreiras à Compaixão (β = -0,39, 95% IC [-0,99; -0,54]). Por sua vez, tanto a Qualidade das Relações Terapêuticas (β = 0,33, 95% IC [0,03;

0,25]) como as Barreiras à Compaixão (β = -0,26, 95% IC [-0,05; -0,01]) exerceram um efeito direto sobre a Satisfação por Compaixão.

Por último, observou-se um efeito indireto da Empatia Clínica na Satisfação por Compaixão, tanto através da Qualidade das Relações Terapêuticas (*b* = 0,05, 95% IC [0,02; 0,10]) como das Barreiras à Compaixão (*b* = 0,02, 95% IC [0,01; 0,05]). Isto significa que níveis mais elevados de empatia clínica estão significativamente associados a melhores níveis de qualidade da relação terapêutica, resultando em níveis mais elevados de satisfação por compaixão. Por sua vez, níveis mais elevados de empatia clínica refletem níveis mais baixos de barreiras à compaixão, traduzindo-se em níveis mais elevados de satisfação por compaixão.

Figura 1

Modelo de Mediação Paralela entre Empatia Clínica e Satisfação por Compaixão, com Mediação pela Qualidade das Relações Terapêuticas e Barreiras à Compaixão



Nota. Os coeficientes apresentados representam efeitos estandardizados. As covariáveis e os erros de medição foram omitidos para facilitar a leitura. O valor fora de parêntesis indica o efeito total; o valor entre parêntesis, o efeito direto após controlo das variáveis mediadoras.
$^{*}p < 0,05$; $^{**}p < 0,01$.

Tabela 4

Sumário das Análises de Mediação Paralela

Variável Preditora	Variável Mediadora	Variável Critério	Efeito da VP na M *b* (SE) R^2	Efeito da M na VC *b* (SE)	Efeito Direto *b* (SE) R^2	Efeito Indireto *b* (boot SE)		Efeito Total *b* (SE)
(VP)	(M1)	(VC)	(a)	(b)	(c')	(a*b)	95% IC	(c)
Empatia Clínica	Qualidade das Relações Terapêuticas	Satisfação por Compaixão	0,42*** (0,06) 0,43	0,12** (0,046)	0,01 (0,03) 0,31	0,050* (0,03)	[0,02; 0,10]	0,08*** (0,02)
(VP)	(M2)	(VC)	(a)	(b)	(c')	(a*b)	95% IC	(c)
Empatia Clínica	Barreiras à Compaixão	Satisfação por Compaixão	-0,74*** (0,14) 0,15	-0,03** (0,01)	0,01 (0,03) 0,31	0,02** (0,01)	[0,01; 0,05]	0,08*** (0,02)
Género					-0,21* (0,10)			-0,21* (0,10)
Anos de serviço					0,30** (0,11)			0,30** (0,11)

Nota. VP = Variável preditora; M = Mediadora; VD = Variável dependente; *b* = coeficiente de regressão não estandardizado; SE = erro padrão; boot = *bootstrap*; IC = intervalo de confiança. a = efeito da VP na mediadora; b = efeito da mediadora na VD; c' = efeito direto da VP na VD; a×b = efeito indireto; c = efeito total. Covariáveis género e anos de serviço incluídas por apresentarem correlações significativas com a variável critério.
$p < 0,05$. $^{**}p < 0,01$. $^{***}p < 0,001$.

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos: avaliar as associações entre as variáveis Empatia Clínica, Satisfação por Compaixão, Qualidade das Relações Terapêuticas e Barreiras à Compaixão; e, posteriormente, analisar se a Qualidade das Relações Terapêuticas e as Barreiras à Compaixão poderiam ser consideradas variáveis mediadoras na relação entre Empatia Clínica e Satisfação por Compaixão em médicos/as.

Os resultados mostraram que a empatia clínica se correlacionou positivamente com a Qualidade das Relações Terapêuticas e com a Satisfação por Compaixão e negativamente com as Barreiras à Compaixão. Adicionalmente, verificou-se que tanto a Qualidade das Relações Terapêuticas como as Barreiras à Compaixão assumiram um papel mediador na relação entre Empatia Clínica e Satisfação por Compaixão em médicos/as.

Resultados Principais

Em relação às análises de correlação, verificou-se uma associação moderada e positiva entre a Empatia Clínica e a Satisfação por Compaixão. Este resultado confirma os dados da literatura prévia (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Shanafelt et al., 2005) e a hipótese H1 formulada neste estudo. A prática de uma medicina empática (e.g., preocupação, compreensão, escuta ativa, comunicação positiva) permite que os/as médicos/as tenham maior disponibilidade psicológica para atender às necessidades dos/as doentes. O facto de os/as médicos/as aplicarem a empatia clínica no exercício da sua profissão, permite uma compreensão mais precisa do sofrimento e das necessidades específicas de cada doente, originando respostas mais eficazes e promovendo melhores resultados terapêuticos. Consequentemente, esta circunstância pode proporcionar maior sentido de realização profissional e de bem-estar por aliviar o sofrimento alheio (i.e., maiores níveis de Satisfação por Compaixão) (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Hunt et al., 2019; Wolfshohl et al., 2019).

No que concerne ao modelo de mediação testado, verificou-se que a Qualidade das Relações Terapêuticas e as Barreiras à Compaixão assumem um papel mediador na relação existente entre Empatia Clínica e Satisfação por Compaixão em médicos/as, corroborando a hipótese H2 previamente estabelecida.

Por um lado, estes resultados sugerem que médicos/as com níveis mais elevados de empatia clínica poderão evidenciar maior predisposição para estabelecer relações terapêuticas sólidas e positivas (Zhang et al., 2023; Wu et al., 2021). Quando os/as médicos/as são recetivos/as e demonstram compreensão e preocupação genuína perante as dificuldades dos/as doentes, poderão estar a desenvolver um ambiente terapêutico de confiança, segurança e respeito mútuo (Ha & Longnecker, 2010; Wu et al., 2021). Este ambiente positivo poderá facilitar a partilha clara e objetiva das dificuldades por parte dos/as doentes, auxiliando o/a médico/a a devolver uma resposta adequada e sincronizada às dificuldades reportadas (Howick et al., 2018). A prestação de cuidados adequados e idiossincráticos, sustentada numa relação terapêutica de qualidade, poderá promove no/à médico/a um sentimento de maior autoeficácia,

competência profissional e satisfação com o desempenho eficaz do seu trabalho (i.e., maior Satisfação por Compaixão) (Shanafelt et al., 2005).

Por outro lado, no que respeita às Barreiras à Compaixão, reconhecendo *a priori* que a experiência de compaixão requer empatia (Gilbert, 2009), pressupõe-se que o/a médico/a, ao colocar-se no lugar do/a doente, se torne mais propenso a agir a fim de reduzir o seu sofrimento (Fernando & Consedine, 2014a). Deste modo, ao experienciar emoções positivas derivadas da prática de uma medicina empática, o/a médico/a poderá tornar-se detentor de uma maior disponibilidade psicológica e tolerância (e.g., regulação emocional) para lidar com situações clínicas e complexas (Weilenmann et al., 2018). Isto significa que o/a médico/a, ao ser mais empático/a, tenderá a disponibilizar uma atenção mais personalizada e meticulosa às dificuldades dos/as doentes. Além disso, ao deter uma compreensão empática pelos/as doentes, o/a médico/a poderá estar menos atento às barreiras existentes ao seu redor, dado que se encontra motivado/a e focado/a a agir em prol do alívio do sofrimento do outro. Por inerência, a concretização eficiente de ações compassivas poderá proporcionar ao/à médico/a um aumento da sua satisfação, nomeadamente, por ter prestado aos/às doentes todos os cuidados necessários que estariam ao seu alcance (Fernando & Consedine, 2014a).

Implicações Clínicas

Os resultados obtidos no presente estudo refletem-se em importantes implicações clínicas, tanto para a formação médica como para as políticas de saúde.

O facto de existir uma vasta literatura científica que incide particularmente sobre o desgaste psicológico da profissão médica torna este estudo inovador, uma vez que se centra numa variável de natureza positiva, a satisfação por compaixão. A maior parte das intervenções dirigidas à redução do *burnout* têm-se revelado insuficientes para potenciar a realização profissional e o bem-estar psicológico em médicos/as (Newnham et al., 2010; Trompetter et al., 2017). No entanto, embora cientificamente se reconheça e se exija, no cerne das orientações profissionais em contexto de saúde, a necessidade de uma prática médica empática e compassiva, este objetivo nem sempre é atingível (Fernando & Consedine, 2014b).

Devido às vicissitudes do quotidiano laboral, emergem estratégias de *coping* disfuncionais como o distanciamento emocional e o agir por automatismo que afastam o/a médico/a da prática da empatia. Esta circunstância, a par da progressiva diminuição das competências empáticas ao longo da carreira médica (e.g., Neumann et al., 2011; Shanafelt et al., 2005), reforça a importância de investir em intervenções que contrariem estes dados. Sabe-se que a empatia clínica tem sido utilizada como foco estratégico em intervenções destinadas à promoção da comunicação médico/a-doente (e.g., Bonvicini et al., 2009; Fallowfield et al., 2002) e que esse tipo de intervenções já revelou ser eficaz (e.g., Kelm et al., 2014; Patel et al., 2019). Assim, ao promover a empatia clínica em programas de intervenção, promove-se não apenas a melhoria os resultados terapêuticos dos/as doentes, como também a dotar os/as profissionais de saúde de recursos psicológicos (e.g., flexibilidade cognitiva, regulação emocional) para enfrentarem os desafios que surgem de situações clínicas complexas e exigentes. Consequentemente, a

aquisição destes recursos pode levar a que o/a médico/a detenha maior disponibilidade psicológica para estabelecer relações terapêuticas de qualidade.

Para além disso, intervenções direcionadas à promoção de empatia clínica poderão também exercer um impacto significativo a nível organizacional. Ao promover o bem-estar dos/as médicos/as, melhora-se não apenas a sua própria saúde, como se promove a qualidade dos serviços que são prestados (e.g., através da melhor satisfação dos/as doentes) (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Paralelamente, médicos/as com saúde mental positiva tendem a apresentar menor absentismo por motivos de doença e/ou *burnout* e apresentar maiores níveis de motivação e dedicação a fim de agir proativamente em função das suas responsabilidades profissionais (i.e., maior *work engagement*) (Loerbroks et al., 2017). Este contexto eventualmente tenderá a refletir-se num ambiente organizacional mais positivo, eficiente e responsivo. Assim, torna-se imperativo que as políticas de saúde contemplem não só a prevenção e a redução da psicopatologia decorrente da exigência laboral, mas promova igualmente a saúde mental positiva dos/as profissionais de medicina.

Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o facto de se tratar de um estudo de natureza transversal impossibilita a realização de inferências de causalidade, particularmente tendo em conta a potencial relação bidirecional entre as variáveis (e.g., Shanafelt et al., 2005).

Em segundo lugar, o facto de ter sido recolhida uma amostra por conveniência, através do método de amostragem bola de neve, impede a generalização dos resultados. Assim, embora estejamos perante uma amostra de grande dimensão, não é possível afirmar que se trata de uma amostra representativa da população, uma vez que os métodos de seleção aplicados não foram probabilísticos.

Em terceiro lugar, o facto de a amostra ter sido recolhida exclusivamente *online,* pode ter proporcionado a exclusão de médicos/as com níveis mais baixos em literacia digital.

Em quarto lugar, acresce ainda o facto de os instrumentos de avaliação serem de autorrelato, no sentido em que alguns participantes podem não deter total consciência dos seus estados emocionais, reduzindo assim a precisão das respostas. Adicionalmente, instrumentos de autorrelato podem potenciar um enviesamento das respostas cedidas por um processo de desejabilidade social. Por exemplo, relativamente às variáveis empatia clínica e qualidade das relações terapêuticas médico/a-doente, podemos não ter acesso a uma perspetiva fidedigna, uma vez que os/as médicos/as podem ter sobrestimado a avaliação das suas competências interpessoais.

A somar ao mencionado, é importante destacar que alguns dos instrumentos de autorresposta utilizados, apesar da fiabilidade demonstrada, estão atualmente a ser submetidos a estudos psicométricos mais aprofundados. Por fim, importa referir que empatia e compaixão são conceitos que se intersectam de alguma forma (Gilbert, 2009), o que poderá ter favorecido a correlação entre estas variáveis.

Direções Futuras de Investigação

Tendo subjacentes as limitações acima descritas, seria pertinente conduzir futuramente estudos longitudinais que avaliassem empiricamente a causalidade das hipóteses estabelecidas.

Adicionalmente, é necessário considerar que tanto a empatia clínica como a qualidade das relações terapêuticas são conceptualizadas ao nível interpessoal. No presente estudo, foram avaliadas apenas sob a perceção do/a médico/a, pelo que futuras investigações poderão investir em estudos que realizem uma avaliação mais ampla, considerando a perspetiva de múltiplos informadores (e.g., doentes).

Outro aspeto que deverá ser tido em consideração em estudos futuros remete para a possível inclusão de novos potenciais mecanismos que também contribuam significativamente para o impacto positivo da empatia clínica na satisfação por compaixão, como por exemplo variáveis relacionadas ao funcionamento social (e.g., conexão social no trabalho) e funcionamento psicológico (e.g., inteligência emocional, dificuldades de flexibilidade psicológica). Seria, ainda, interessante alargar o estudo a variáveis moderadoras, avaliando nomeadamente a influência do género, idade, tempo de serviço e especialidade médica na relação existente entre empatia clínica e satisfação por compaixão em médicos/as.

Finalmente, a análise do modelo proposto permite-nos assegurar uma base preliminar para a realização de estudos de eficácia que implementem programas de intervenção que considerem a promoção da saúde mental positiva em profissionais de medicina, focados no treino da empatia e considerando o papel da qualidade das relações terapêuticas e das barreiras à compaixão.

Conclusão

A empatia clínica encontrou-se positivamente associada à satisfação por compaixão em médicos/as. Particularmente, o aumento de empatia clínica poderá contribuir para a melhoria dos níveis de satisfação por compaixão, através da promoção do estabelecimento de relações terapêuticas sólidas e de mecanismos de *coping* para fazer face às barreiras à compaixão que vão surgindo de situações clínicas complexas. Os resultados sugeriram ainda que intervenções futuras que visem a promoção de competências comunicacionais, como a empatia clínica, devem ter em consideração o papel da qualidade da relação terapêutica e das barreiras à compaixão.

Agradecimentos e Autoria

Agradecimentos: As/os autoras/es agradecem ao Dr. Carlos Cortes (ex-Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos), ao Dr. Rui Sousa Silva (Presidente da Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos) e ao Dr. António Marques Pinto (Presidente da Associação dos Jovens Médicos) pela sua generosa colaboração nos procedimentos de recolha de amostra para este estudo.

Conflito de interesses: As/os autoras/es declaram que não existem quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Este trabalho foi acolhido pelo Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) – Universidade de Coimbra (UIDB/PSI/00730/2020). Ana Cláudia Alves-Nogueira teve o apoio de uma Bolsa de Doutoramento atribuída pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2020.06779.BD).

Contributos: **F. R.:** Metodologia, Análise Formal, Redação – Rascunho Original. **A. C. A.-N.:** Conceptualização, Metodologia, Análise Formal, Redação – Rascunho Original, Redação – Revisão e Edição. **C.M.:** Conceptualização, Validação, Supervisão, Redação – Revisão e Edição. **M. C. C.:** Conceptualização, Validação, Supervisão, Redação – Revisão e Edição. **C. C.:** Conceptualização, Validação, Supervisão, Metodologia, Redação – Revisão e Edição. Todas/os as/os autoras/es leram, reviram e aprovaram o manuscrito final.

Referências

Alves-Nogueira, A. C., Pereira, M., Melo, C., Canavarro, M. C., & Carona, C. (2021). *A versão portuguesa da "Medida CARE - Autorrelato"* [Tradução não publicada]. Universidade de Coimbra.

Alves-Nogueira, A. C., Pereira, M., Melo, C., Canavarro, M. C., & Carona, C. (2022a). *A versão portuguesa da "Escala de Avaliação da Relação Terapêutica - Escala do Clínico" (STAR-C)* [Tradução não publicada]. Universidade de Coimbra.

Alves-Nogueira, A. C., Pereira, M., Melo, C., Canavarro, M. C., & Carona, C. (2022b). *A versão portuguesa do "Questionário de Barreiras à Compaixão dos/as Médicos/as – A subescala "Situações Clínicas Complexas"* [Tradução não publicada]. Universidade de Coimbra.

Alves-Nogueira, A. C., Góis, A. C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Melo, C., & Carona, C. (2024). The associations between physician-patient communication and adjustment outcomes of patients and physicians: A systematic review and meta-analysis of correlations. *Health Communication, 39*(9), 1781–1794. https://doi.org/mns5

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine, 12*(6), 573–576. https://doi.org/f6qstf

Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling, 75*(1), 3–10. https://doi.org/b43jbp

Carvalho, P., & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Live 5"* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. https://bit.ly/3IRQOJP

Chan, K., Lee, J., Yu, E., Chan, A., Leung, A., Cheung, R., Li, C., Kong, R., Chen, J., Wan, S., Tang, C., Yum, Y., Jiang, D., Wang, L., & Tse, C. (2022). The impact of compassion from others and self-compassion on psychological distress, flourishing, and meaning in life among university students. *Mindfulness, 13*(6), 1490–1498. https://doi.org/mns9

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed.). Lawrence Erlbaum.

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, *3*(2), 114–116. https://doi.org/kj8x

Dev, V., Fernando, A., Kirby, J. N., & Consedine, N. S. (2019). Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: A cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *International Journal of Nursing Studies*, *90*, 1–10. https://doi.org/gq2f96

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *The Lancet, 359*(9307), 650–656. https://doi.org/bbxcss

Fernando, A., & Consedine, N. S. (2014a). Beyond compassion fatigue: The transactional model of physician compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, *48*(2), 289–298. https://doi.org/f3jf4s

Fernando, A., & Consedine, N. S. (2014b). Development and initial psychometric properties of the Barriers to Physician Compassion Questionnaire. *Postgraduate Medical Journal*, *90*(1065), 388–395. https://doi.org/f58svn

Fernando, A., & Consedine, N. S. (2017). Barriers to medical compassion as a function of experience and specialization: Psychiatry, pediatrics, internal medicine, surgery, and general practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(6), 979–987. https://doi.org/mnth

Galiana, L., Oliver, A., Arena, F., De Simone, G., Tomás, J. M., Vidal-Blanco, G., Muñoz-Martínez, I., & Sansó, N. (2020). Development and validation of the Short Professional Quality of Life Scale based on versions IV and V of the Professional Quality of Life Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 364–375. https://doi.org/hqnk

Gaskin, J., & Lim, J. (2018). *Indirect Effects* [AMOS Plugin]. https://bit.ly/4bVQbw0

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable.

Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLOS ONE*, *8*(4), Artigo e61526. https://doi.org/f43fxb

Golda, N., Beeson, S. C., Kohli, N., & Merrill, B. (2018). Recommendations for improving the patient experience in specialty encounters. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *78*(4), 653–659. https://doi.org/mntk

Hair, J., Babin, B., Anderson, R., & Black, W. (2019). *Multivariate data analysis* (8.ª ed.). Pearson Prentice.

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), 38–43. https://bit.ly/3PCvN9Y

Hojat, M., Maio, V., Pohl, C. A., & Gonnella, J. S. (2023). Clinical empathy: Definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discover Health Systems*, *2*(8), Artigo 8. https://doi.org/gtqg4x

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N., Dieninytė, E., Hu, X., Aveyard, P., & Onakpoya, I. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *111*(7), 240–252. https://doi.org/gd8ztq

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1–55. https://doi.org/dbt

Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, *28*(5), 1–8. https://doi.org/ghctrc

Jahan, F., & Siddiqui, H. (2019). Good communication between doctor-patient improves health outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*, *1*(4), 1–5. https://doi.org/gsqfvj

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education, 14*, 1–11. https://doi.org/f62v3d

Kerasidou, A., & Horn, R. (2016). Making space for empathy: Supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics, 17*, 1–5. https://doi.org/gc7rvv

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. https://doi.org/drgv3j

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3.ª ed.). Guilford Press.

Lee, E. E., Govind, T., Ramsey, M., Wu, T. C., Daly, R., Liu, J., Tu, X., Paulus, M. P., Thomas, M. L., & Jeste, D. V. (2021). Compassion toward others and self-compassion predict mental and physical well-being: A 5-year longitudinal study of 1090 community-dwelling adults across the lifespan. *Translational Psychiatry, 11*(1), Artigo 397. https://doi.org/gs74ww

Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 151–173. https://doi.org/fwxt3x

Loerbroks, A., Glaser, J., Vu-Eickmann, P., & Angerer, P. (2017). Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occupational Medicine*, *67*(5), 356–362. https://doi.org/f97jd4

Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2ª ed.). ReportNumber.

Matsuzaki, P. G.-I., Mariya, F. A., Ueno, L. I., & Gimenes, M. J. F. (2021). Physician burnout: Prevention strategies. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 19*(4), 511–517. https://doi.org/mswj

McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, *37*(1), 85–95. https://doi.org/bngppz

Mercer, S., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, *21*(6), 699–705. https://doi.org/fcnxrv

Morgan, D. J., Scherer, L. D., & Korenstein, D. (2020). Improving physician communication about treatment decisions. *JAMA*, *324*(10), 937–938. https://doi.org/mntp

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, *8*(1), Artigo 26. https://doi.org/gqp3

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine, 86*(8), 996–1009. https://doi.org/bqjtg2

Newnham, E. A., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2010). Progress monitoring and feedback in psychiatric care reduces depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 127*(1–3), 139–146. https://doi.org/c4v7sm

Nunnally, J., & Bernstein, I. J. (1994). *Psychometric theory* (3.ª ed.). McGraw-Hill.

Olaisen, R. H., Schluchter, M. D., Flocke, S. A., Smyth, K. A., Koroukian, S. M., & Stange, K. C. (2020). Assessing the longitudinal impact of physician-patient relationship on functional health. *Annals of Family Medicine*, *18*(5), 422–429. https://doi.org/mwpr

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Regulamento n.º 637/2021: Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.ª série, n.º 134, 105–116. https://bit.ly/3Rw0gXY

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLOS ONE, 14*(8), Artigo e0221412. https://doi.org/gq2f98

Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, *16*(2), 93–115. https://doi.org/cb846z

Rotenstein, L., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, *320*(11), 1131–1150. https://doi.org/ggwh3t

Schoemann, A. M., Boulton, A. J., & Short, S. D. (2017). Determining power and sample size for simple and complex mediation models. *Social Psychological and Personality Science*, *8*(4), 379–386. https://doi.org/gbn3kd

Shanafelt, T. D., West, C. P., Zhao, X., Novotny, P. J., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Sloan, J. A. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, *20*(7), 559–564. https://bit.ly/3KyM3pC

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, *15*, 1-16. https://doi.org/gj7mff

Smyth, J. D. (2006). Comparing Check-all and forced-choice question formats in web surveys. *Public Opinion Quarterly*, *70*(1), 66–77. https://doi.org/d97dpw

Stamm, B. H. (2005). *The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue/secondary trauma scales.* Sidran Press.

Storozuk, A., Ashley, M., Delage, V., & Maloney, E. A. (2020). Got bots? Practical recommendations to protect online survey data from bot attacks. *The Quantitative Methods for Psychology*, *16*(5), 472–481. https://doi.org/mp89

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5.ª ed.). Allyn and Bacon.

Trompetter, H. R., Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy, 91*, 58–63. https://doi.org/f922v4

Violato, C., & Hecker, K. (2007). How to use structural equation modeling in medical education research: A brief guide. *Teaching and Learning in Medicine*, *19*(4), 362–371. https://doi.org/fhnj85

Wang, H., Kline, J. A., Jackson, B. E., Laureano-Phillips, J., Robinson, R. D., Cowden, C. D., d'Etienne, J. P., Arze, S. E., & Zenarosa, N. R. (2018). Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLOS ONE*, *13*(9), Artigo e0204113. https://doi.org/gd9bzc

Wang, Y., Wu, Q., Wang, Y., & Wang, P. (2022). The effects of physicians' communication and empathy ability on physician–patient relationship from physicians' and patients' perspectives. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *29*(4), 849–860. https://doi.org/grtbbv

Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., Von Känel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: A theoretical model. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 1–18. https://doi.org/gd6zqs

Weiss, R., Vittinghoff, E., Fang, M. C., Cimino, J. E., Chasteen, K., Arnold, R. M., Auerbach, A. D., & Anderson, W. G. (2017). Associations of physician empathy with patient anxiety and ratings of communication in hospital admission encounters. *Journal of Hospital Medicine*, *12*(10), 805–810. https://doi.org/gchh3k

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, *283*(6), 516–529. https://doi.org/ggcsdv

Wolfshohl, J. A., Bradley, K., Bell, C., Bell, S., Hodges, C., Knowles, H., Chaudhari, B. R., Kirby, R., Kline, J. A., & Wang, H. (2019). Association between empathy and burnout among emergency medicine physicians. *Journal of Clinical Medicine Research, 11*(7), 532–538. https://doi.org/grmmvv

World Medical Association. (2013). World medical association Declaration of Helsinki –Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191–2194. https://doi.org/3cp

Wu, Q., Bachelor, Z. J., & Wang, P. (2021). The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, *37*(6), 1388–1393. https://doi.org/gqk77z

Zhang, X., Li, L., Zhang, Q., Le, L. H., & Wu, Y. (2023). Physician empathy in doctor-patient communication: A systematic review. *Health Communication*, *39*(5), 1027–1037. https://doi.org/mnt2

Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment. *Medical Care*, *47*(8), 826–834. https://doi.org/cmcdbn