

Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo

Empathy, the Physician-patient Relationship, and Medical Training: a Qualitative View

Fabício Donizete da Costa¹
Renata Cruz Soares de Azevedo¹

PALAVRAS-CHAVE

- Empatia.
- Relação Médico-Paciente.
- Educação Médica.
- Pesquisa Qualitativa.

KEY-WORDS

- Empathy.
- Physician Patient Relationship.
- Medical Education.
- Qualitative research.

Recebido em: 01/07/2009

Reencaminhado em: 16/08/2009

Aprovado em: 17/09/2009

RESUMO

A Relação Médico-Paciente (RMP) vai além do encontro situacional entre esses dois intérpretes, algo maior do que fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas. Estudos sugerem que a RMP mescla habilidades técnicas e pessoais. Frente ao dissabor de atuações médicas homogeneizantes que ignoram a pessoalidade intrínseca de cada vivente, a empatia surge de forma prática na RMP para promover grandes avanços diametralmente opostos a estas práticas. Empatia, no contexto médico, remete à sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo paciente. Talvez a empatia encontre seu significado mais compreensível na célebre frase de Ambroise Paré: “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre”. Considerando que a empatia pode enriquecer a prática médica, pode-se cogitar a possibilidade de ensinar a ser empático ou discutir a importância da empatia sob a ótica de docentes do curso de Medicina. Para isto, este artigo aborda, de maneira qualitativa, a empatia e sua importância na RMP para a formação de novos médicos numa universidade pública e discute sua transmissibilidade.

ABSTRACT

The physician-patient relationship (PPR) extends beyond the specific clinical encounter between two individuals, involving more than asking questions, performing a physical examination, and prescribing medication and personal care. Studies suggest that the PPR is a mixture of technical and personal skills. Given the unpleasantness of homogenized clinical approaches that ignore each individual's intrinsically personal nature, empathy emerges as a diametrically opposed approach capable of fostering important progress in the PPR. In the clinical context, empathy refers to the physician's sensitivity towards the changes that are felt by and reflected in the patient, moment by moment. The meaning of empathy is probably best expressed in the famous quote by Ambroise Paré: “Cure occasionally, relieve often, console always.” If empathy can enhance medical practice, one should consider the possibility of teaching how to be empathetic or discussing the importance of empathy from the perspective of medical professors. The current article thus takes a qualitative approach to empathy and its importance in the PPR for training new physicians at a public university, while specifically discussing the possibility of teaching empathy.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista histórico, provavelmente, a relação médico-paciente (RMP) surgiu juntamente com a medicina hipocrática, cuja meta era o puro benefício humano, tendo em vista a pessoa e não simplesmente a doença (*nosos*), per se¹. Segundo Suchman², a RMP é constituída de processos psicossociais complexos de relação, regulados finamente entre estes dois atores. Vieira³ afirma que as interações entre paciente e médico não estão relacionadas apenas com a satisfação durante a visita, que, por si só, é complexa, mas também com a adesão ao tratamento.

Entre os vários aspectos que compõem a RMP, a empatia merece destaque. Hojat⁴ nos alerta que a palavra empatia carrega em si um rastro de ambiguidade e dificuldades conceituais. Aplicada à área médica, este estudo adota a definição de Rogers⁵, em que a empatia envolve um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pela outra pessoa. Para Davis⁶, empatia é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente à observação da experiência do outro. Para Larson e Yao⁷, a empatia é um símbolo das profissões que cuidam da saúde, não estando limitada aos profissionais do contato diário, como os enfermeiros, mas englobando, sobretudo, os profissionais que diagnosticam e tratam. A sábia máxima de Ambroise Paré *apud* Barros Filho⁸, que evoca “curar ocasionalmente, aliviar frequentemente, consolar sempre”(p.1), talvez demonstre, de maneira palpável, os contornos da empatia.

Para Halpern⁹, a empatia entre médico e paciente é importante porque deixa o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. Gadamer¹⁰ complementa ao dizer que a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado da arte médica.

A RMP sofreu mudanças expressivas ao longo dos séculos, e a empatia não poderia passar ilesa¹¹. Perestrello¹² ilustra com a seguinte frase as percepções acerca da desumanização do paciente: “Nas enfermarias, os doentes perdem a sua personalidade e passam a ser o ‘leito 15’ ou o ‘caso de cirrose’”(p.98). Vivenciando acontecimentos como esses, que perpassam o cotidiano da clínica médica com graves problemas de comunicação, os estudantes de Medicina acabam aprendendo muito sobre “como eles não querem ser” como médicos¹³. Um estudo finlandês¹⁴ revelou que uma iniciação “precoce” da prática médica ajudou os estudantes a entender melhor o “estar-paciente”, a reconhecer a importância da RMP e a identificar “exemplos” profissionais, sendo esta última análise intimamente ligada à empatia.

A possibilidade de ensinar a ser empático aparece como uma alternativa para amplificar a perspectiva médica, como apontam Di Blasi e Kleijnen¹⁵ ao afirmarem que a empatia seria uma ferramenta útil para transformar o paciente “propriamente dito” em um ser autônomo. Contrariando este pensamento, a empatia seria avaliada como uma espécie de “efeito do contexto” ou “efeito placebo”¹⁶, que nada tem a ver com a RMP ou com interferências na dinâmica do tratamento do paciente, mas com a situação deste frente ao médico.

De acordo com Hornblow *et al.*¹⁶, as escolas médicas têm a necessidade constante de treinar sistematicamente qualidades humanísticas em seus alunos. Em instituições de ensino que já optaram por reformas curriculares, muitas de caráter profundo e renovador, estas foram motivadas pela busca de formar médicos que, entre outras características, possuam um contato continuado com seus professores e seus pacientes¹⁷, e sejam capazes de criar vínculos com os pacientes e de exercer uma medicina integral¹⁸.

Um dos maiores empecilhos à confecção de práticas e pesquisas que abordem a empatia talvez seja a falta de ferramentas operacionais capazes de mensurar ou de, ao menos, serem sensíveis à empatia. Contudo, tais dificuldades diminuíram com o surgimento de algumas escalas, como a *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* e a *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* e medidas de empatia emocional, de Mehrabian e Epstein¹⁹.

A partir destes pressupostos, este trabalho tem por objetivo contextualizar a empatia na prática médica e docente de professores de uma instituição formadora pública, a fim de obter a compreensão desta habilidade como um dos constituintes da Relação Médico-Paciente (RMP). Este estudo também discute, de maneira introdutória, a possível transmissibilidade da empatia, enumerando sugestões advindas da prática e do conhecimento dos entrevistados, bem como considerações pessoais dos entrevistados acerca do mesmo processo.

MÉTODO

Optou-se por uma pesquisa qualitativa e transversal cujo arcabouço material para levantar discussões e conclusões advém da coleta de dados mediante entrevistas semiestruturadas realizadas com médicos docentes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM–Unicamp).

O critério de inclusão foi ser médico e professor da FCM–Unicamp. O universo da pesquisa, composto por 323 docentes alocados em 15 departamentos, foi reorganizado pelo critério de “proximidade teórico-prática frente à empatia” em seis grupos; um sétimo grupo congregou os demais departamentos, obtendo-se a seguinte subdivisão em grupos: 1. clínica médi-

ca; 2. cirurgia e anestesiologia; 3. tocoginecologia e pediatria; 4. patologia clínica e anatomia patológica; 5. radiologia; 6. psicologia médica e psiquiatria, e medicina preventiva e social; 7. demais departamentos. Este agrupamento, elaborado pelos pesquisadores, teve como premissa reunir as especialidades que compartilhassem *settings* de relação médico-paciente semelhantes e/ou tivessem uma inserção na graduação em Medicina da FCM–Unicamp que as aproximasse.

Das quatro grandes áreas da medicina (clínica médica, cirurgia, GO e pediatria), surgiram as bases dos três primeiros grupos. Os dois grupos subsequentes se originaram de áreas médicas relacionadas à chamada “propedêutica armada”, o primeiro não dependente do diagnóstico por imagem, e o segundo alicerçado nele. O sexto grupo aglutinou as especialidades cujo arcabouço teórico-formativo é ricamente dependente das humanidades aplicadas em medicina. Finalmente, o sétimo grupo acolheu as demais especialidades que não se pôde adicionar aos grupos anteriores. Esta divisão, embora aleatória, permitiu realizar as entrevistas com relativa afinidade intragrupo, necessária à técnica de saturação.

O sorteio aleatório foi realizado da seguinte forma: a partir da lista de docentes da FCM–Unicamp, estes foram alocados nos sete grupos propostos, de acordo com sua especialidade. A cada professor foi atribuído um número e feito o sorteio. Para manter a proporcionalidade, optou-se por iniciar com quatro entrevistados para cada um dos três primeiros grupos; dois entrevistados para o grupo 4; um entrevistado para o grupo 5; três entrevistados para o grupo 6; e dois entrevistados para o grupo 7. Como se trata de uma pesquisa com referencial eminentemente qualitativo, a limitação do número de entrevistas se deveu ao critério de saturação teórica e não por cálculo amostral estatístico. Na técnica de saturação de dados, o pesquisador encerra as entrevistas quando novos sujeitos passam a fornecer informações semelhantes às já colhidas, com novas falas oferecendo acréscimos pouco significativos, tendo em vista os objetivos da pesquisa²⁰. Ao final das entrevistas, a saturação teórica foi obtida com 18 entrevistas completas, uma entrevista a menos que nos grupos 2 e 4.

Após esse sorteio, os docentes sorteados receberam um e-mail em que foram convidados a participar da pesquisa. Com o aceite do convite, seguiu-se o agendamento da entrevista, antes da qual era feito o esclarecimento de possíveis dúvidas, a leitura criteriosa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas duraram, em média, 40 minutos e foram baseadas num roteiro composto por duas seções: a primeira continha um cabeçalho de identificação e uma ficha de dados socioeconômicos e demográficos, fonte para a consolidação do

perfil dos entrevistados; a segunda era subdividida em quatro blocos de questões disparadoras, nomeados como empatia, empatia e graduação do docente, empatia e atuação médica, e empatia e atuação docente. Finalizou-se o questionário com uma pergunta aberta para comentários finais.

As principais recusas em participar do projeto (12 sujeitos) ocorreram em função de indisponibilidade de tempo (4), considerar-se inadequado como sujeito de pesquisa por ter pouco contato com pacientes ou não possuir formação em medicina (5) e estar no exterior no período estipulado para a marcação das entrevistas (3).

Com o término da realização das entrevistas, definido por saturação teórica, todo o material gravado foi transcrito para análise por categorização do discurso dos entrevistados. Ao todo, foram feitas 19 entrevistas, porém uma delas sofreu prejuízos na gravação e foi utilizada somente na caracterização do perfil do entrevistado e desconsiderada para análise do discurso, visto que o perfil se baseia numa ficha preenchida antes da entrevista. Após sessões de “leituras flutuantes” realizadas pelos autores da pesquisa, uma nova ordem de diagramação das questões componentes do questionário “nasceu naturalmente”, contribuindo para a consolidação de quatro categorias (trajetória pessoal, relação médico-paciente, empatia e observações) que permearão a discussão e a conclusão deste trabalho. A técnica utilizada para análise foi a de análise do conteúdo temático²¹. Além do material advindo das entrevistas, foi confeccionado um diário de campo ao longo da pesquisa que contribuiu com dados complementares acerca do contexto das entrevistas.

Finalmente, ressaltamos os cuidados éticos mediante a obrigatoriedade da leitura e assinatura do TCLE e a garantia do sigilo com relação ao material contido nas gravações. Para isto, os sujeitos da pesquisa, cujas falas serão citadas sob a forma de vinhetas, tiveram o anonimato preservado ao terem seus nomes reais substituídos pelos nomes de personagens obtidos do romance *Grande Sertão: Veredas*, de João Guimarães Rosa²². A escolha desta obra foi uma homenagem a esse grande autor da literatura brasileira, que conseguiu, como poucos, transformar em palavras o que parecia quase indizível.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM–Unicamp, Parecer n° 928/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

Foram realizadas 19 entrevistas de 13 docentes do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Os entrevistados são majoritariamente brasileiros, 68% são casados e apenas dois não possuem filhos. Do total de sujeitos, 53% são católicos e 36,8% não

têm religião. Dos que possuem religião, a prática religiosa é relatada por 32%. Quase a metade dos entrevistados (47,4%) se formou na instituição sede desta entrevista (FCM-Unicamp) e 36,8% são professores titulares.

A pesquisa envolveu médicos das seguintes especialidades, contabilizadas no número entre parênteses: cirurgia pediátrica (1), ginecologia e obstetrícia (2), radiologia (1), psiquiatria (2), reumatologia (1), hemato-oncologia pediátrica (1), nefrologia (1), pediatria (1), anatomia patológica (1), clínica médica (1), cirurgia torácica (1), medicina do trabalho (1), anestesiologia e terapia intensiva (1), pneumologia (1), neurologia clínica (1), endocrinologia (1) e genética médica (1). Mais da metade (57,9%) trabalha em regime de dedicação integral à docência e pesquisa (RDIDP). Os principais afazeres que os entrevistados possuem além da docência são o trabalho na iniciativa privada, trabalho voluntário e coordenação de serviços na própria universidade ou em outros serviços.

A idade dos entrevistados variou entre 32 e 62 anos. O tempo de atuação dos docentes entrevistados na FCM-Unicamp variou entre 2 anos e 30 anos, e o tempo transcorrido desde a graduação variou entre 9 anos e 37 anos.

Após o processo de leituras e releituras, flutuando-se nas entrelinhas e na concretude das respostas obtidas, a análise do discurso de 18 entrevistados culminou com o surgimento de quatro categorias com seus respectivos achados mais relevantes, que virão a seguir.

Trajatória pessoal

Considerou-se o início da trajetória pessoal dos docentes entrevistados no “mundo médico” como o momento e as motivações que os fizeram escolher a profissão médica. A finalização deste processo se deu, por convenção desta pesquisa, com a decisão de seguir a docência. A entrada no “mundo médico” é multivariada. Enquanto alguns descobriram este universo no final dos últimos anos de estudos secundários, outros já o conheciam pela experiência de pais, parentes e amigos, segundo relata Otacília: “Minha mãe fazia medicina, ela era parteira, entendia muito de plantas medicinais [...] Depois minha irmã mais velha fez medicina e eu optei por fazer o mesmo caminho.” ou pela pressão positiva desses atores, conforme conta Maria:

Eu decidi ser médica porque meu pai queria muito ter uma filha médica. Eu queria ser advogada [...] não quis decepcionar meu pai [...] eu gosto muito do contato com o paciente. Então eu acertei, ele (meu pai) acertou por mim.

Titão Passos escolheu a medicina pelos seus “desencontros”: “Querida ser psicólogo, mas na minha época a profissão era muito pouco bem-vista, então eu resolvi ser médico para ser psiquiatra, então acabei sendo ginecologista”. Nhorinhá encontrou a medicina pela biologia: “Eu sempre quis fazer biologia, desde criança. Aí eu me desiludi da biologia e fui para a medicina, que era o mais próximo que tinha”. A visão romântica sobre a profissão e sobre sua capacidade de superação de obstáculos foi o chamariz para Riobaldo: “O desejo de ajudar, de me destacar em relação as minhas origens em termos culturais e econômicos, o interesse pela ciência, pelo funcionamento do corpo e também da mente humana [...]”.

Para Ramos-Cerqueira²³, nos últimos anos, a profissão idealizada, reconhecida como aquela que traz grande prestígio entre as profissões e uma expectativa (fantasiosa) de sucesso econômico, vem se contrapondo à realidade de um mercado de trabalho precário e distorcido e às políticas de saúde que não têm se preocupado com as condições mínimas para o exercício adequado da medicina. Este fato é observado nos relatos dos entrevistados, em que o humanismo da profissão é citado como uma reminiscência saudosista dos tempos da ingenuidade da graduação, sobretudo segundo os entrevistados com mais tempo de formação. As poucas opções também foram motivadoras, como contribui Hermógenes:

Eram basicamente três possibilidades: ou você ia para engenharia, para a medicina ou para o direito. E a medicina me chamava mais a atenção pelo fato de eu ter um maior relacionamento com pessoas. [...]

Vocação e gosto pelo cuidar também são motivadores recorrentes, como ilustra Garanzo: “Um pouco de vocação, sempre tive interesse de poder cuidar e ajudar outras pessoas nas questões de saúde”.

A fragilidade da própria saúde também levou a despertar um olhar interessado pela medicina, como disse Medeiro Vaz:

Desde criança, eu era um asmático muito grave, tive de ser hospitalizado várias vezes e cresci com esta vontade de fazer medicina. Na minha família não tem nenhum médico, não tem ninguém relacionado à área da saúde. Eu acho que foi por causa da minha própria patologia.

Nesse “novo mundo”, a relação entre graduando, professor e paciente traz componentes como o distanciamento e a admiração pelos mestres. As “panelas” entre os estudantes e o “medo” dos pacientes no início do contato com o ambiente clínico aparecem nos relatos. O pouco contato com os pacien-

tes nos anos iniciais da graduação e a sensação de crescimento pessoal no decorrer do curso também são observados, como relata Garanço:

O contato com o paciente foi mínimo. Eu nunca me preocupei com os pacientes até o quinto ano, quando comecei a ser responsável pelo paciente. Aí eu descobri o outro. No terceiro e no quarto anos, eu queria ser médico, mas ainda não havia caído a ficha que, para eu ser médico, eu precisava chegar muito perto dos pacientes.

A escolha da especialidade mescla desde escolhas por contraposição, a perspectivas relacionadas com o “ser médico” como a busca de especialidades mais holísticas. O acaso e o desafio também participam deste mecanismo. Diadorim relata: “Não gosto de paciente deitado, então endócrino, lógico, tem pacientes graves, com diabetes e tudo, mas paciente que passa no consultório e você consegue deixar o paciente bem na vida [...]”.

Para Siruiz, o gosto da medicina está no dinamismo da profissão: “Eu gosto de emergência, de resultado imediato, gosto de ver o que aconteceu e o que não aconteceu. E mais ainda de tudo o porquê”.

A docência, para muitos dos entrevistados, foi um *continuum* após o término da residência, como ocorreu com Miosóttis: “[...] Espécie de história natural de quem entra no departamento [...] mas na verdade foi a história natural dos outros docentes daquela época”.

Professores cuidadosos com seus residentes foram citados como exemplos de docentes, mas o toque individual do “ser docente” parece suplantar as influências, como relata Jõe: “Cada um (professor) é único. Se você se inspira ou copia alguém, corre o risco de copiar os defeitos também, procurar ser único, fazer o melhor [...]”.

Não se identificar com a iniciativa privada também foi um estímulo para permanecer na universidade pública como docente, como se observa nas palavras de Joca Ramiro: “Eu nunca quis trabalhar na iniciativa privada. Não era a minha praia. Eu não consigo vender atenção”.

Para alguns, a docência “estava no sangue”, de um gosto prévio, e por razões de sobrevivência, como relata Riobaldo: “Para sobreviver em SP comecei a trabalhar como monitor de anatomia [...] nada muito ligado ao racional [...] coisas acontecem, e a gente toma decisões”.

A não confluência da vocação como principal motivadora da escolha da carreira docente aponta que o fato de o indivíduo ser um bom profissional na área, com domínio da técnica,

das habilidades e da ciência já traria os pré-disponentes essenciais para ser um professor do curso médico.

Relação médico-paciente

A RMP possui terreno fértil na valorização deste evento e dos sentimentos ligados a este encontro entre o plano das ideias e das ações. Joca Ramiro percebe que esta relação se faz viva num momento um tanto delicado para o paciente, reque-rendo muita perícia do médico em relação aos detalhes deste encontro: “Há um conjunto de emoções que as doenças suscitam nas pessoas, que é a fragilidade da vida da gente. Deve se ter cuidado, pois se lida com pessoas”.

Uma RMP legítima é definida por Riobaldo pelo aforismo: “Feliz do médico que descobre o que o paciente está precisando”. E completa: “Eu acho que respeitar o sentimento, ouvi-lo e tentar minimizar os sentimentos ruins e maximizar os bons são um ato e um dever do médico”.

Zé Bebelo reflete: “O médico pode fazer rir e pode fazer chorar, é uma situação muito interessante, bastante peculiar da profissão médica”.

Contudo, mesmo havendo peculiaridades intrínsecas ao ato médico, a RMP também é influenciada pelo mundo “extramédico” de maneira avassaladora, como observou Hermógenes:

O médico é uma pessoa como outra qualquer e ele sofre os mesmos tipos de defeitos que a sociedade em geral. Hoje em dia, as pessoas se relacionam pouco, se relacionam rapidamente, com uma qualidade que deixa a desejar, embora elas falem que querem muito isso (se relacionar).

Na RMP, linguagem verbal e não verbal atuam em conjunto e se complementam como facilitadoras deste processo, como argumenta Titão Passos:

Acho que a comunicação não verbal, às vezes, dá até mais informações do que a verbal [...] Você sabe pelo jeito, pela maneira de falar, não é nem pelo que está falando, mas pela maneira de falar, de se comportar [...] dá para perceber no não verbal coisas que as palavras não dizem [...]

Em situações em que a RMP não se constrói de maneira efetiva, ocorre distanciamento entre estes dois atores. A fala de Alaripe ilustra este achado que denominamos metonímia inversa, ou seja, o aparecimento de uma situação em que o todo dá arcabouço a parte de si:

A Unicamp falou que eu não tenho nada! (docente relata fala de uma paciente). Você acha que houve empatia nessa consulta? A Unicamp [...] a paciente não sabe o nome do médico, quem atendeu. [...]

A sobrecarga de trabalho sofrida pelo docente talvez prejudique a consolidação de uma RMP mais intensa e, mais do que isso, talvez reduza os momentos em que a apresentação desta situação, bem construída e fonte de reflexão e treinamento, ocorre ao longo da formação médica, como desabafa Diadorim:

Sempre tive a sensação de esgarçamento dos docentes. A pós-graduação quer carregar um braço, a graduação quer carregar outro, a assistência quer levar uma perna, se bobear o cara fica esgarçado. Todo mundo quer que a pessoa seja excelente naquilo que faz nessa área, como se as pessoas pudessem fazer tudo ao mesmo tempo, serem boas em tudo ao mesmo tempo.

Empatia

Foram utilizadas diversas definições para conceituar a empatia. Características como identificação, simpatia, sintonia, comunicação, afinidade e afetividade foram usadas na composição de algumas das respostas. Maria define empatia como “uma convergência de objetivos”. Riobaldo pontua:

Empatia na consulta médica é a capacidade que nós temos de poder ver no paciente e o paciente ver em nós, um momento de quebrar alguns paradigmas; se nós podemos, com um olhar, ao cumprimentar o paciente, com um sorriso, quebrar um pouco do medo, da angústia, da ansiedade, nós estamos fazendo empatia na consulta.

Ao se questionar a importância da empatia para a consolidação da RMP, observou-se que variáveis como qualidade do atendimento, confiança e creditação na conduta médica se correlacionam com a prática da empatia no contexto de uma consulta médica. Contudo, surge uma questão muito interessante que denominamos paradoxo técnica-empatia: alguns entrevistados pontuam o temor de, ao serem empáticos, se distanciarem da técnica existente na identidade médica, um distanciamento do profissionalismo. Zé Bebelo ilustra este paradoxo em sua fala: “É lógico que você vai criando um vínculo com esses pacientes, mas isto não é uma necessidade, você tem sua postura profissional, concorda? [...]”.

Outro achado interessante, que denominamos fator-paciente, é o fato de que alguns profissionais acreditam que a ati-

tude pró-empática não depende necessariamente do médico, mas da aceitação do paciente; ou seja, em tese, todos os médicos tendem a ser empáticos, mas esta característica transparece nas inter-relações que permitem a sua fruição, muito dependente do outro integrante, o paciente. Joca Ramiro clareia este fato:

Acho que a RMP tem a ver sempre com a busca do paciente para a solução de seus problemas e a aptidão do médico para resolver aqueles problemas. A empatia não é um pré-requisito. Você faz de maneira adequada a RMP sem ter uma afinidade com a pessoa.

Além da característica paciente-dependente, também se acredita que a empatia seja intervenção-dependente. Nas palavras de Jôe: “Empatia ajuda muito, mas talvez a questão da técnica seja mais determinante. Você pode tratar tecnicamente bem, conhecer muito da doença sem estabelecer uma empatia tão boa com o doente”.

Empatia foi relacionada mais à qualidade do que ao sucesso da intervenção médica, “um adjuvante importante ao tratamento” e ao manejo do paciente.

Quanto ao ensino e treinamento da empatia como parte integrante das habilidades relacionadas à RMP, as opiniões são divergentes. Para Medeiro Vaz, essa aprendizagem se deve “à família, ao ambiente escolar, à escola médica e às pessoas com as quais o graduando entrou em contato ao longo da vida”. Jôe resume: “A gente forma isso (relação empática) com a vivência”.

Riobaldo compara: “Eu acho que é mais ou menos que nem jogar futebol”.

Joca Ramiro aponta:

Ela (a empatia na RMP) deveria ser praticada, discutida. Eu acho que ensinar empatia, o verbo ensinar não sei, acho que praticar, discutir, mas ensinar, não sei se a gente consegue ensinar.

A principal maneira de ensinar a empatia, segundo alguns entrevistados, seria exercendo esta tarefa frente aos alunos e propondo espaços de discussão/reflexão. O papel do exemplo e das atitudes seria uma forma de ensino, como ilustra Maria: “É impossível transmitir isso se você não fizer. Isso não vem junto com a carreira de docente”.

Contudo, admite-se que essa capacidade de transmissão não é homogênea a todo o corpo docente, de onde se infere que a importância da empatia na RMP também é docente-dependente, como ilustra Otacília:

O docente também faz escolhas quanto a ser um profissional que estabelece vínculos com ou sem empatia. Tem gente aqui que não tem relacionamento bom, e como você vai obrigá-lo a ensinar o aluno isso que ele não tem? É impossível forçar isso [...].

Davis²⁴ acredita que a ocorrência da empatia como processo pode ser facilitada pela atuação do docente, mas a postura empática não poderia ser ensinada diretamente como uma habilidade, achado ressonante com este trabalho, como expressa Maria: “Você pode aprender a boa educação, mas a empatia eu acho que é muito pessoal e se pode morrer sem ela”.

O papel do docente, para o mesmo autor, seria se dedicar a oferecer experiências que aumentem o autoconhecimento, o poder de escuta, o respeito e a tolerância, ajudando os estudantes a encontrar suas fraquezas, medos e preconceitos, além de proporcionar ao aluno uma observação mais ampliada da atuação médica, que pode ser terapêutica em si. Observou-se que, com a fragmentação das atividades docentes, é difícil o acompanhamento dos alunos por determinados docentes ao longo do curso. Ou seja, a observação das dificuldades dos alunos pelos docentes é muito difícil devido à ciclagem contínua de professores/preceptores em cursos modulares, como salienta Titão Passos:

Tanto faz se você está num contexto de hospital público, universitário, como é o nosso caso, ou numa clínica privada. Depende como você trata o doente. É claro que aqui não é o modelo ideal por essa troca frequente de médicos. O paciente não se sente à vontade para colocar todas as suas angústias, seus medos, porque cada vez é um médico diferente. Esse é um modelo antididático de RMP.

É necessária uma participação maior dos docentes na tentativa de corrigir ou fomentar discussões e cenários de prática/treinamento sobre o assunto, mesmo tendo um curto espaço de tempo com os alunos e embora o “esquartejamento docente” seja um empecilho.

Quanto ao fato de se perder a empatia ao longo do curso de Medicina, nomeado como o endurecimento do estudante, constatou-se que este achado se relaciona ao ideal de médico presente no aluno, como declara Jõe: “Você vai em congressos, é um culto à personalidade, se você se deixar levar por isso, você faz medicina em prol de você mesmo e não em prol do paciente”.

O exíguo tempo destinado às consultas, os exemplos obtidos na graduação, a dificuldade enfrentada pelo estudante por se considerar, em certos momentos, como aprendiz e em

outros como um profissional que consegue, como médico, acostumar-se a perdas necessárias também constituem eventos mobilizadores para a regressão da creditação da empatia como importante para a RMP. Titão Passos completa:

(O aluno) pode criar uma couraça de proteção, depois de se envolver muito sem ter respaldo, depois de sofrer, coloca um pedra no local do coração [...] à medida que se vai crescendo na carreira [...], a gente (professor) acaba se distanciando da base, que é o aluno de graduação.

Quanto aos determinantes da prática da empatia pelo médico, na opinião dos entrevistados, a variável gênero não interfere na determinação de um médico empático ou não, diferentemente do proposto por Hojat¹⁹. Provavelmente, esta associação estaria ligada a fatores mais culturais do que biológicos ou genéticos. Segundo a variável especialidade, as respostas tenderam a conclamar os clínicos como mais empáticos. A personalidade do profissional, as vivências pregressas e o quadro situacional em que se dá a RMP foram algumas das variáveis indicadas pelos entrevistados como fortes influenciadoras na visão distinta da empatia na RMP, como reitera Riobaldo: “Há pessoas com muita empatia, algumas nasceram para aquilo, temperamento, o modo como foram criadas [...]”.

Observações

A entrevista terminava com um convite ao entrevistado: contribuir com alguns comentários, se assim desejasse, sobre sua participação, seu olhar sobre a pesquisa. Dentre algumas contribuições temos a de Maria:

Achei muito interessante a entrevista, leva a gente a refletir. Sempre achei muito relevante. É um diferencial nos tempos de hoje, o interesse [...] é importante, uma discussão entre os alunos [...] não sei se é por decreto, mas ética você pode pôr decreto. É um tema bacana para estudar.

Diadorim sugere a continuidade do projeto:

Fico pensando até que ponto as pessoas vão ser honestas nas respostas, vão procurar sair bem na fita. Talvez uma boa complementação desse trabalho fosse entrevistar alunos de graduação e residência para ver se as informações batem (risos).

Zé Bebelo complementa: “Acho que, mais do que a empatia, a RMP deve ter paixão. Uma paixão que nos impele a nos interessar pelo outro, a nos compromissar com o outro”.

Ressaltamos algumas limitações deste estudo. A primeira delas, inerente ao método, refere-se à aceitação dos sujeitos, que podem ter constituído um público “seleto por afinidade com o tema do projeto”. Ou seja, um grupo que tenda a apresentar uma predisposição positiva com relação ao tema pesquisado, o que pode ter influenciado nos achados da pesquisa.

Outro fator limitante foi o excessivo número de questões do questionário semiestruturado e a longevidade das entrevistas. Na tentativa de “fechar” a pesquisa para chegar aos objetivos, talvez tenha se criado um questionário semiestruturado ao extremo. A ordenação das questões utilizadas nas entrevistas pode ter conduzido a respostas “politicamente corretas”. Aspectos mais sutis, como a relação entrevistado/professor-entrevistador/aluno e o temor da interpretação pelos pares, também podem ter constituído potenciais limitações à espontaneidade das respostas, influenciando alguns dos achados deste estudo.

Apesar dessas limitações, este trabalho trouxe contribuições à discussão sobre empatia na RMP, área com corpo teórico ainda pouco expressivo no cenário nacional e internacional, que ainda se digladia na busca de uma definição menos metafísica para a palavra empatia. Ressalta-se que a empatia, das poucas pesquisas das quais foi foco, apresentou correlações positivas com a melhoria da formação de profissionais de saúde e na efetividade das ações em saúde, o que constitui um grande estímulo a estudos no tema.

Se as pesquisas falam por si, a discussão terminaria assim como fez a obra de Guimarães Rosa, da qual tomamos os nomes dos personagens em empréstimo, com um sinal de infinito.

CONCLUSÃO

Embora este estudo tente ajudar, mesmo de maneira limitada, a aquisição de novos conhecimentos nas áreas de psicologia e educação médicas, sobretudo no que tange à relação médico-paciente quanto a sua aprendizagem/vivência/treinamento numa escola médica pública brasileira, é preciso consolidar grupos de pesquisa que ousem dar passos mais avantajados sobre o tema.

Pouca atenção é dada ao desenvolvimento da identidade médica ao longo do curso médico, terreno onde impera a desassistência do estudante, salvo o trabalho de grupos de apoio aos estudantes ou de professores mais abertos ao diálogo com eles. A capacitação docente para avaliar o corpo discente, seja em estágios supervisionados ou rotineiramente, no contato com os pacientes, dentre outras questões que perpassaram o cenário deste estudo, ainda precisa de desdobramentos práticos.

As entrevistas apontam que a empatia está mais próxima dos aspectos relacionados aos sentimentos do que à cognição, ou seja, a empatia é encarada como sinônimo de simpatia e se desconsidera seu lado cognitivo, preponderante ao emotivo, por definição. Esse achado talvez seja fruto de uma definição de empatia baseada no senso comum ou talvez no senso prático, mais compreensível do que o termo proposto pela literatura específica da área.

A trajetória pessoal para a escolha do curso mesclou principalmente aspectos afetivos e cognitivos e, em menor monta, contextuais. A escolha da especialidade balanceou este três componentes. Já a escolha da docência foi matizada principalmente pelos dois últimos aspectos.

A RMP foi valorizada, na maior parte das entrevistas, ora como um meio necessário à obtenção de resultados e integrante da boa técnica profissional, ora como um encontro humano, que utiliza ferramentas não exclusivamente verbais, caracterizado pela possibilidade do auxílio.

A transmissibilidade da empatia na formação de novos médicos foi apontada mais no contexto do modelo oferecido, no papel do “exemplo”, do que algo a ser de fato ensinado e aprendido. Essa transmissibilidade é fortemente influenciada por características de personalidade e biografia. Momentos de ocorrência dessa prática são rarefeitos e fragmentados ao longo do curso médico, com carga de importância “docente-dependente”, fato que remete, sobretudo, à própria formação dos docentes envolvidos. Reformas curriculares que reforcem positivamente o treinamento de habilidades voltadas à consolidação de práticas e à vivência de uma RMP salutar poderiam ter como alicerce a empatia.

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço de Apoio ao Estudante (SAE) da Unicamp, pela bolsa de fomento ao projeto de iniciação científica que apoiou a realização deste artigo. Aos pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp, que contribuíram com valiosas considerações para este estudo. A todos os envolvidos no projeto, cuja enumeração dos nomes traria consigo a incompletude e a falta de espaço destinado a esse fim.

REFERÊNCIAS

1. Daikos KG. History of medicine: our Hippocratic heritage. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;29:617-20.
2. Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating. *J Gen Intern Med*. 2006;21 (suppl 1): 40-4.

3. Vieira et al. The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. *Sao Paulo Med J.* 2001;119(3):97-100.
4. Hojat M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes*[S.l.]: Springer; 2007. Part 1: Empathy and Human Relationship.
5. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(6):827-32.
6. Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach.* Madison: Brown and Benchmark Publishers; 1994.
7. Larson BE, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship: empathy, emotional labor and acting. *JAMA.* 2005; 293(9):1100-6.
8. Barros Filho AA. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. *Boletim da FCM.*2007;2(10): Seção História e Saúde.
9. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice.* New York:Oxford University Press; 2001.
10. Gadamer HG. *Dove si Nasconde la Salute.* Milano: Raffaello Cortina; 1994.
11. Durbach N. The Social History of British Medicine: an Essay Review. *J Hist Med Allied Sci.* 2002;57(4):484-90.
12. Perestrello D. *A medicina da pessoa.* 4ªed. São Paulo: Atheneu; 1996.
13. Nogueira-Martins CC, Nogueira-Martins LA; Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Med Educ.* 2005;40:322-8.
14. Miettola J, Mantyselka P, Vaskilampi T. Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year students. *BMC Med Educ.* 2005;5:34.
15. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? *Eval Health Prof.* 2003;26(2):166-79.
16. Hornblow AR, Kidson MA, Ironside W. Empathetic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression. *Med Educ.* 1988; 22:15-8.
17. Transformação Curricular sob a Visão da CINAEM. *Rev. FCM.* 2000;8(Ed. esp.):13-20.
18. Síntese do Painele "O médico que queremos": conclusões dos Grupos de Trabalho. *Rev. FCM.* 2000;8 (Ed. esp.): 99-100.
19. Hojat M et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002;36:522-7.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.
21. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
22. Rosa JG. *Grande Sertão: Veredas.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2006.
23. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MC. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface Comun.Saúde Educ.* 2002;6(11):107-16.
24. Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther.* 1990; 70:707-15.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fabrício Donizete da Costa, autor deste estudo participou de todas as etapas do processo de investigação científica, dando destaque nas etapas de concepção, levantamento bibliográfico, elaboração de hipóteses, seleção de objetivos, estudo metodológico, coleta dos dados, análise dos dados obtidos, construção da discussão e aprimoramento das conclusões. Renata Cruz Soares de Azevedo participou como orientadora deste estudo principalmente nas etapas de elaboração metodológica do trabalho, assim como na análise e discussão dos resultados.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renata Cruz Soares de Azevedo
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp
Cidade Universitária Zeferino Vaz – Campinas
CEP.13081-970 – Cx postal 6111 – SP
E-mail: azevedo.renata@uol.com.br