

Empatia (parte I): contribuições para a abordagem centrada na pessoa

Empathy (part I): contributions to a person-centered approach

Empatía (parte I): contribuciones a un enfoque centrado en la persona

Beatriz Yumi Uehara¹ , Armando Henrique Norman² , Thaís de Almeida Morgado¹ 

¹Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: Este artigo explora o tema da empatia na relação médico-paciente. **Objetivo:** Contribuir para o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação clínica ao revisar o entendimento e a aplicação da empatia na prática clínica. **Métodos:** Trata-se de uma revisão não sistemática dos principais livros utilizados na comunicação clínica sobre o tema da empatia. O recorte metodológico compreendeu as seguintes etapas: (1) amostra intencional da literatura; (2) coleta e leitura de dados – i.e., extração de fragmentos dos textos; (3) análise do conteúdo, com o foco na definição, importância e instrumentalização para a aplicação prática; (4) seleção e síntese, para facilitar a compreensão e a contextualização sobre o tema; e (5) comparação e ponderação do conteúdo selecionado. **Resultados:** A abrangência com que a empatia foi trabalhada na literatura selecionada resultou em três níveis de densidade empática: baixa, moderada e alta. Assim, a baixa densidade empática limitou-se mais à definição e importância do tema; a densidade moderada incorporou algum exemplo de como aplicar a empatia, porém de forma fragmentada; e a alta densidade empática abordou o tema de modo mais completo, facilitando a instrumentalização na prática clínica. Há concordância na literatura analisada de que a prática da empatia reflete-se na melhoria do cuidado médico, entretanto seu exercício permanece no campo racional. Ao exemplificar a aplicação prática da empatia, os autores sugerem que o médico adote uma postura isenta de julgamentos, ao mesmo tempo que propõem um exercício imaginativo, de adivinhação dos sentimentos/emoções do paciente. Apesar de os autores de alta densidade empática compreenderem a importância das emoções e nomeá-las no processo, percebe-se a necessidade de um desdobramento e aprofundamento a partir desse ponto. **Conclusões:** Por se tratar de um assunto complexo, com vários matizes, a empatia é abordada de diferentes formas na literatura selecionada. Isso evidencia sua riqueza e originalidade, ao mesmo tempo que apresenta lacunas para sua aplicação na prática clínica.

Palavras-chave: Empatia; Medicina de família e comunidade; Relações médico-paciente; Educação médica; Comunicação não violenta.

Autor correspondente:

Armando Henrique Norman

E-mail: ahnorman@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 10/03/2022.

Aprovado em: 01/03/2024.

Como citar: Uehara BY, Norman AH, Morgado TA. Empatia (parte I): contribuições para a abordagem centrada na pessoa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3398. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3398](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3398)



Abstract

Introduction: This article explores the theme of empathy in the doctor-patient relationship. **Objective:** To contribute to the improvement of clinical communication skills by reviewing the understanding and application of empathy in clinical practice. **Methods:** A non-systematic review of the main books used in clinical communication on the topic of empathy. The methodological approach consisted in the following steps: (1) An intentional sample of the literature; (2) Data collection and reading, i.e., extracting fragments from texts; (3) Content analysis, focusing on definition, importance and instrumentalization for practical application; (4) Selection and synthesis to facilitate understanding and contextualization on the topic; and (5) Comparison and ponderance of the selected content. **Results:** The scope within which empathy was worked on in the selected literature resulted in three levels of empathic density: low, moderate, and high. Thus, low empathic density was limited to definition and importance; moderate density incorporated some examples of how to apply empathy in a fragmented way; high empathic density addressed the topic more fully, facilitating instrumentation in clinical practice. There is agreement in the literature analyzed that the practice of empathy reflects on the improvement of medical care. However, its exercise remains in the rational field. By exemplifying the practical application of empathy, the authors suggest that the physician adopt a non-judgmental posture, while proposing an imaginative exercise of guessing the patient's feelings/emotions. Although high-density empathy authors understand the importance of emotions and name them in the process, there is a need for an unfolding and deepening from this point on. **Conclusions:** Empathy is a complex subject with several nuances and is approached in different ways in the selected literature. This evidences its richness and originality, at the same time that it presents gaps for the application of empathy in clinical practice.

Keywords: Empathy; Family practice; Physician-patient relations; Education, medical; Nonviolent communication.

Resumen

Introducción: Este artículo explora el tema de la empatía en la relación médico-paciente. **Objetivo:** contribuir a la mejora de las habilidades de comunicación clínica mediante la revisión de la comprensión y aplicación de la empatía en la práctica clínica. **Método:** se trata de una revisión no sistemática de los principales libros utilizados en comunicación clínica sobre el tema de la empatía. El enfoque metodológico comprendió los siguientes pasos: (1) Una muestra intencional de la literatura; (2) Recopilación y lectura de datos, es decir, extracción de fragmentos de textos; (3) Análisis de contenido, centrándose en definición, importancia e instrumentalización para la aplicación práctica; (4) Selección y síntesis para facilitar la comprensión y contextualización sobre el tema; y (5) Comparación y ponderación del contenido seleccionado. **Resultados:** el alcance con el que se trabajó la empatía en la literatura seleccionada tuvo como resultado tres niveles de densidad empática: baja, moderada y alta. Así, la baja densidad empática se limitaba más a la definición y la importancia; densidad moderada, incorporó algún ejemplo de cómo aplicar la empatía, pero de manera fragmentada; alta densidad empática se acercó del tema de manera más completa, facilitando la instrumentación en la práctica clínica. Existe acuerdo en la literatura analizada en que la práctica de la empatía se refleja en la mejora de la atención médica. Sin embargo, su ejercicio queda en el campo racional. Al ejemplificar la aplicación práctica de la empatía, los autores sugieren que el médico adopte una postura no crítica, al tiempo que propone un ejercicio imaginativo de adivinar los sentimientos/emociones del paciente. Si bien los autores de alta densidad empática entienden la importancia de las emociones y las nombran en el proceso, existe la necesidad de un desdoblamiento y profundización a partir de este punto. **Conclusiones:** Por tratarse de un tema complejo y con varios matices, la empatía es abordada de diferentes maneras en la literatura seleccionada. Esto evidencia su riqueza y originalidad, al mismo tiempo que presenta vacíos para la aplicación de la empatía en la práctica clínica.

Palabras clave: Empatía; Medicina familiar y comunitaria; Relaciones médico-paciente; Educación médica; Comunicación no violenta.

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem como uma de suas principais bases a relação médico-paciente e sua ação terapêutica direta.¹ Para que essa relação se desenvolva, é fundamental que a comunicação seja efetiva. Mais do que apenas uma troca de informações, a comunicação clínica efetiva é entendida como uma interação, na qual características individuais de ambos (médico e paciente) são relevantes e a relação entre eles possibilita acolhimento, diálogo e entendimento mútuo.² Busca-se, assim, uma parceria colaborativa entre iguais, favorecendo a participação ativa do paciente no seu cuidado em saúde.³

A formação médica ainda entende as habilidades de comunicação como fatores secundários ou características da personalidade do médico, tanto que durante a graduação em Medicina elas ainda são pouco exploradas.⁴ Desse modo, corre-se o risco de reproduzir um modelo de medicina pouco efetivo, em que médico e paciente adotam posturas defensivas e criam uma relação de desconfiança, afastando-se

do relacionamento terapêutico desejado. De acordo com Mahendran,⁵ as habilidades de comunicação dos estudantes de Medicina que não tiveram treinamento específico pioram à medida em que progredem no curso.

Muitos dos problemas da prática médica podem se originar de falhas de comunicação. Por exemplo, McWhinney (p. 38)⁶ destaca que muitos erros na medicina se devem a “falta de atenção, insensibilidade, falha em escutar [...] e falhas na comunicação”. Algumas consequências da falta dessas habilidades podem resultar em intervenções desnecessárias, má adesão ao tratamento, insatisfação dos pacientes e processos judiciais contra médicos.^{7,8} Por exemplo, uma pesquisa feita em 2017 no Reino Unido, que incluiu mais de 2 mil adultos, revelou que 82% provavelmente não reclamariam se o médico de família e comunidade (MFC) se comunicasse abertamente e com empatia, e três das cinco principais razões para fazer uma reclamação sobre um MFC estavam relacionadas à má comunicação e a fatores comportamentais.⁸ Desse modo, valorizar e aprimorar a comunicação clínica é uma iniciativa para reduzir tais consequências indesejadas.

A relação médico-paciente foi estudada e analisada na década de 1950 por Michael Balint, médico e psicanalista húngaro, que propôs uma abordagem ou modelo biográfico da consulta.^{9,10} Para ele, essa relação tem uma função terapêutica fundamental, ao apresentar o papel do médico como “droga”.¹¹ Nesse processo, a palavra tem uma função principal que pode acarretar tanto efeitos benéficos como desfavoráveis.¹² No cerne dessa abordagem se encontra a empatia, elemento fundamental para o processo terapêutico, pois “*aquele que sofre não é curado por alguém que se mantém à distância*” (p. 115, grifo dos autores).⁶

Este artigo explora o tema da empatia na comunicação clínica. Primeiramente, foi feita uma revisão sobre o tema nos principais livros utilizados na formação em MFC no eixo da comunicação clínica. Na sequência, construiu-se uma síntese dos resultados, que permitiu uma análise de como a empatia tem sido abordada nas referências selecionadas. Por fim, apresenta-se uma reflexão sobre como diversos autores abordaram a empatia na relação médico-paciente. Desse modo, pretende-se contribuir para o aperfeiçoamento da habilidade de comunicação clínica ao estudar e revisar o tema da empatia e sua aplicação na prática clínica.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão não sistemática que explora as bases teóricas e a aplicação prática da empatia. A amostra literária foi intencionalmente selecionada de modo a conter os principais livros utilizados para o aprofundamento em habilidades de comunicação clínica nos espaços formativos da MFC. Os títulos e autores estão descritos nas três tabelas na seção dos resultados. Foram utilizados livros no formato digital, por possibilitarem uma busca rápida de termos e definições ao longo dos textos. O livro *Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde* é uma publicação recente em português, e sua versão digitalizada não está facilmente disponível.² Dessa forma, optou-se por utilizar o índice remissivo e os capítulos de destaque sobre empatia como estratégia de busca do tema neste livro.

A estratégia metodológica desenvolvida foi utilizar o radical da palavra empatia (“empat”) pela ferramenta de busca rápida dos livros digitalizados, visto que abrange termos tanto em inglês como em português. São eles: *empático, empaticamente, empatizar, empathy, empathic, empathising*. Isso permitiu explorar como os autores dos livros selecionados abordaram o tema. A primeira etapa do

processo envolveu a leitura e coleta dos dados (i.e., extração de fragmentos dos textos). Na segunda etapa foi feita a análise do conteúdo, fundamentada em três eixos temáticos: definição, importância e instrumentalização para a aplicação prática. A terceira etapa consistiu na redução (seleção e síntese) das informações analisadas, de modo a facilitar a compreensão e a contextualização do tema. A comparação constante e a ponderação de cada conteúdo selecionado integraram o processo classificatório realizado pelos três pesquisadores. O material empírico foi classificado em três categorias de densidade empática: baixa, moderada e alta. O termo “densidade empática” foi metafóricamente cunhado pelos autores com a finalidade de transmitir a abrangência e a profundidade com que o tema foi trabalhado na literatura selecionada nos três eixos temáticos: definição, importância e instrumentalização prática. Assim, a baixa densidade empática limitou-se mais à definição e à importância; a densidade moderada incorporou algum exemplo de como aplicar a empatia, porém de forma solta, não sistematizando sua instrumentalização. Na alta densidade empática, os três eixos foram apresentados de forma mais completa, de modo a instrumentalizar melhor sua aplicação na prática clínica.

RESULTADOS

Baixa densidade empática

Nesta categoria, os autores citam conceitualmente a empatia quanto à sua definição e importância na prática clínica, mas sem aprofundar ou demonstrar como aplicá-la na consulta. Ramos,¹³ McWhinney e Freeman⁶ trazem definições que se aproximam em uma tentativa de se colocar no lugar do outro. Já Stewart et al.,⁴ além do entendimento da situação do outro, acrescentam dois fatores à definição: comunicar tal entendimento e agir nessa situação de modo que se possa auxiliar a pessoa. Herrera Ornelas e Pico da Cruz¹⁴ apresentam a empatia em três aspectos, incluindo o moral, ou seja, as motivações individuais do profissional para ser empático com o outro (Tabela 1).

Moderada densidade empática

Foram consideradas de moderada densidade empática as referências que aprofundam a definição/importância da empatia conceitualmente e trazem alguns exemplos de como aplicá-la, porém ainda de forma superficial.

Carrió¹⁵ aproxima-se dos autores classificados como baixa densidade quanto à definição do termo e acrescenta a visão da empatia como estado emocional do entrevistador que permite detectar as emoções do outro. Afirma que por meio da empatia é possível sentir a dor do outro, mais pela razão do que pelo coração. Destaca a importância de o profissional manter uma distância terapêutica do paciente que possibilite decisões mais analíticas e moderadas, como, por exemplo, argumentar um “não”. Demonstra a empatia por meio de frases empáticas exemplificadas em diálogos ao longo da obra (Tabela 2).

Neighbour¹⁶ também se assemelha aos autores anteriores quanto à definição de empatia e destaca a sua potência, tanto na relação médico-paciente como na consulta como um todo. Para ele, a empatia é fundamental para atingir a “conexão”, o que chama de “primeiro ‘checkpoint’ da consulta”. A aplicação prática da empatia envolve o que ele denomina de “*matching*” com o paciente (Tabela 2). Enfatiza a importância de notar pistas não verbais do paciente para conseguir perceber o “não dito”, visto que

inicialmente o paciente está mais vulnerável e pode ter maior dificuldade para se expor. Sugere um ajuste do comportamento do médico para se assemelhar ao do paciente, uma vez que o processo de tentar atingir o “*matching*” por meio dessa disposição de ir em direção ao modo de pensar do paciente favorece que a empatia ocorra.

Tabela 1. Baixa densidade empática.

Referência	Definição	Importância	Aplicação prática
Manual de Medicina de Família e Comunidade (McWhinney e Freeman) ⁶	“A empatia é a capacidade de se colocar na experiência de outra pessoa. Para o médico, é a capacidade de experimentar o sentimento de ser a outra pessoa: passar pela experiência com a doença, deficiência, depressão, entre outras vivências.” (p. 143)	“Para entender a experiência da doença em níveis psicológicos e sociais mais altos, os médicos têm de se identificar com as pessoas e seus entes queridos por meio das qualidades de empatia e compaixão.” (p. 85)	<i>Não especifica a empatia na prática.</i>
Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico (Stewart et al.) ⁴	“[A empatia] foi recentemente definida cognitiva e comportamentalmente como entendimento da situação da pessoa, a comunicação desse entendimento e a ação naquela situação de uma forma que ajude a pessoa.” (p. 132)	“A empatia é uma rota para o entendimento, tanto das emoções quanto das experiências corporais.” (p. 143) Para os médicos, [a identificação empática] é importante por favorecer o entendimento integrado da pessoa. (p. 132-133; Figura 7.1)	<i>Não especifica a empatia na prática.</i>
A Consulta em 7 Passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar (Ramos) ¹³	“Imaginar-se na ‘pele do outro’.” (p. 20) “A empatia é o resultado de uma tensão entre o envolvimento pessoal e a distância profissional.” (p. 24)	“[A empatia], juntamente com o saber sorrir, fazem o outro sentir-se bem recebido e mostram-nos disponíveis [médicos].” (p. 24)	<i>Não especifica a empatia na prática.</i>
Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde Capítulo 2 – Construção da relação (Herrera Ornelas e Pico da Cruz) ¹⁴	“Mostrar ao doente como tentamos compreender o que ele sente.” (p. 77) “Possibilidade cognitiva (a habilidade intelectual de entender os sentimentos do outro), moral (motivações individuais do profissional) e emocional (possibilidade de imaginar as emoções e sentimentos). Além disso, como um interesse genuíno de entendimento de quem é a pessoa, quais os sentimentos que estão envolvidos com aquele encontro e reconhecendo as necessidades do outro integradas como componentes de um processo terapêutico.” (p. 22)	“[traz] um componente comportamental do profissional que [possibilita] a comunicação tanto verbal quanto não verbal sobre essa construção empática da relação.” (p. 22)	<i>Não especifica a empatia na prática.</i>

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Alta densidade empática

Foram incluídas na categoria de alta densidade empática as referências que aprofundam a definição e importância da empatia e apresentam propostas mais concretas de aplicação prática.

Grossemann e Dohms¹⁷ abordam de forma mais aprofundada a empatia, citam definições de vários autores, mas se fundamentam principalmente no pensamento de Carl Rogers. Com relação à aplicação prática da empatia, instrumentalizam-na mais objetivamente, sugerem reflexões para o profissional

Tabela 2. Moderada densidade empática.

Referência	Definição	Importância	Aplicação prática
Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde (Carrió) ¹⁵	<p>“Saber se colocar no lugar do outro” (p. 33)</p> <p>“Sintoniza com as <i>emoções profundas</i> de seus pacientes, quando elas afloram” (p. 34)</p> <p>“A <i>empatia</i> é, em primeiro lugar, um estado emocional do entrevistador que permite detectar emoções em seu interlocutor” (p. 67)</p>	<p>“[Por meio da empatia, é possível demonstrar uma] <i>preocupação personalizada</i> com o paciente. [...] fazer isso de maneira honesta é um passo importante para construir confiança.” (p. 54)</p> <p>“Empatia ajuda a estabelecer aliança terapêutica.” (p. 194)</p>	<p>Traz os seguintes exemplos em diálogos: “Entendo como se sente” (p. 68; Tabela 2.6) “Entendo”, “Isso é muito bom”, “Vejo que sofre”, “Compreendo” (p. 85-86) “É compreensível que tenha esse medo” (p. 150) “Compreendo sua situação.” (p. 169) “A verdade é que entendo o senhor, realmente não é agradável...” (p. 173) “Suponho que essa situação não seja cômoda para você, nem para mim” (p. 178) “Entendo a sua ansiedade” (p. 190) “Coloco-me no seu lugar” (p. 232)</p>
The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style (Neighbour) ¹⁶	<p>“Entrar breve, mas completamente, no mundo do paciente; imaginar sua dor, sentir a extensão do seu sofrimento, entender o que é que o assusta, desnorteia, entristece” (p. 147)</p>	<p>“Quando você se comunica intimamente com o paciente [empatia], o vínculo que se desenvolve tem uma riqueza que fertiliza o restante da consulta.” (p. 82)</p>	<p>“<i>Matching</i>”: ajustar seu próprio comportamento para que se assemelhe ao do paciente. Tentar falar, parecer ou soar como o paciente, motivado pela preocupação genuína de acalmá-lo. Como atingir o “<i>match</i>”? De modo não julgador, escutar e assistir o paciente em silêncio; notar, mas sem tentar interpretar; dizer uma ou duas coisas com que o paciente concorde e observar atentamente como ele se comporta quando concorda; perceber imagens e metáforas usadas pelo paciente; o movimento dos olhos; o tom de voz usado; a linguagem corporal em geral. (p. 136-137)</p> <p>O ato de tentar atingir o “<i>match</i>”, de estar disposto a ir em direção ao modo de pensar do paciente, tem um efeito na própria atitude do médico que torna a empatia e o entendimento mais fáceis de acessar.</p>

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

e apresentam exemplos para auxiliar nesse processo. Propõem um fundamento para a aplicação da resposta empática (Tabela 3) e apresentam, separadamente, como ser empático em situações emocionais específicas, por exemplo, aquelas que envolvem raiva, medo e tristeza.

Moulton¹⁸ assemelha-se aos autores até aqui analisados em sua definição de empatia e apresenta a importância de, primeiramente, reconhecer os sentimentos do outro e, posteriormente, comunicá-los

Tabela 3. Alta densidade empática.

Referência	Definição	Importância	Aplicação prática
Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde Capítulo 9 Comunicação com emoções fortes: resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza no cuidado em saúde (Grosseman e Dohms) ¹⁷	“Um processo, uma forma de ser e estar com outra pessoa, compreendendo-a, entrando em seu mundo perceptual privado, ‘ficando completamente à vontade com isto’. Para [Rogers], isso envolve ‘ser sensível aos significados dos sentimentos que fluem na outra pessoa, momento a momento, desde o medo e a raiva até a ternura e confusão’” (p. 103)	“Uma relação empática tende a fortalecer o vínculo e a parceria com o paciente, e tem potencial terapêutico.” (p. 101) “Contribui para o crescimento pessoal e profissional.” (p. 101) “Possibilita que [a pessoa] explore os significados de suas atitudes, resgatando, de modo construtivo, seus recursos internos para autorrealização.” (p. 103) “Criam-se condições propícias para que [a pessoa] escute seu próprio fluxo de experiências internas com mais precisão e [...] [possibilita] uma ressignificação dos conceitos sobre si mesma e de suas atitudes [...] desenvolve maior autoconhecimento, o que lhe proporciona maior confiança e habilidade para transformar-se de maneira construtiva. [...] [Promove] maior liberdade e autonomia para ser a pessoa total que é interiormente, podendo expressar toda a complexidade do seu ser e, conseqüentemente, tornar-se mais efetiva na promoção de seu próprio crescimento.” (p. 104)	(p. 103-104) Com base em Rogers, elenca três elementos fundamentais: – autenticidade: transparência do profissional como pessoa, aberto a sentimentos-attitudes; – aceitação: cuidado-valorização da pessoa como ela é, legitimar sentimento do paciente, sem julgar; – compreensão empática: requer uma “escuta ativa” para compreender sentimentos do paciente e comunicar essa compreensão. (p. 112) “Identificar as emoções, nomeá-las para o paciente, [ou quando a emoção não está expressa claramente, perguntar ao paciente. Por exemplo]”: (p. 105) — “O Sr. parece estar (preocupado – ou triste – ou nervoso)” — “O Sr. poderia me dizer como está se sentindo emocionalmente neste momento?” (p. 112) Escutá-lo de forma qualificada, legitimar a emoção expressa, sem barreiras ou juízos de valor, pedir desculpas, agradecer o compartilhamento, apoiar o paciente, perguntar sobre suas preocupações, bem como demonstrar interesse, respeito e parceria. (p. 106-107) Apresentam o acrônimo em inglês PEARLS (<i>Partnership, EMPATHY, Apology, Respect, Legitimation, Suport</i>) com o exemplo: Empatia*: “você parece estar se sentindo...” “A comunicação não verbal deve estar em sintonia com a comunicação verbal, incluindo contato visual, expressão facial que demonstre interesse pelo paciente, tom de voz suave, pausas e ritmo calmo da fala.” (p. 112)

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Referência	Definição	Importância	Aplicação prática
The Naked Consultation: a practical guide to primary care consultation skills (Moulton) ¹⁸	<p>“Ser capaz de estar em sintonia ou em contato com os sentimentos e experiências de outra pessoa de forma que consiga entender o efeito que isso tem em sua vida e em seu mundo.” (p. 60)</p> <p>“Reconhecer os sentimentos do paciente e expressar em palavras ou não-verbalmente ou ambos.” (p. 60)</p> <p>“Empatia: estar em sintonia com o paciente; calçar os sapatos do outro e sentir como é para ele.” (p. 198)</p>	<p>“Empatia ajuda o paciente a saber que você entende como ele se sente e o porquê” (p. 58)</p>	<p>(p. 60-65) Três estágios da resposta empática:</p> <p>(1) Reconhecer e identificar a emoção que o paciente está sentindo: Pode estar nítido no comportamento correspondente ao sentimento (ex. choroso); no conteúdo da fala (‘- você não sabe o quanto tive medo’); sinais não verbais (expressão facial, hesitação na fala por ‘ums’ e ‘ers’, desaceleração da fala). Para que sentimentos apareçam na consulta, alguns pacientes precisam de permissão, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reconhecer o sentimento percebido ‘eu posso ver o quanto chateado você está com isso’; - relatar caso parecido que aconteceu com suposto amigo; - sugerir possíveis sentimentos; - permissão explícita (‘está tudo bem se sentir triste’); - suavizadores (‘fico pensando se você está se sentindo...’); - ocasionalmente o médico compartilhar sentimentos-experiências próprias relacionadas ao caso. <p>(2) Ser capaz de identificar a origem deste sentimento, o que aconteceu com o paciente para ter causado isso.</p> <p>(3) Juntar os dois fatores e responder ao paciente de modo que ele saiba que você fez essa conexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responder de forma verbal e não verbal e às vezes usar o silêncio, inclinar-se em direção ao paciente, concordar com a cabeça, tocar no braço, sorrir. <p>Exemplos de frases empáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Entendo como isso pode ser difícil para você” (p. 67); - “Como você, eu também sou autônomo e entendo que pode ser difícil ter um tempo para repousar. Mas se você se cuidar na próxima semana, irá melhorar mais rápido” (p. 95).
Skills for Communicating with Patients (Silverman et al.) ³	<p>(p. 137-138)</p> <p>Empatia: o alicerce essencial para a compaixão. Divide-se em três variedades interdependentes:</p>	<p>“Usa empatia para comunicar compreensão e apreciação dos sentimentos ou situação difícil do paciente; Reconhece abertamente as opiniões e</p>	<p>“Primeiro passo na empatia é a motivação interna e o compromisso de entender a perspectiva do paciente.” (p. 138)</p> <p>(p. 138-140) Empatia é um processo em dois estágios:</p> <p>(1) compreensão e apreciação sensível da situação ou sentimentos da outra pessoa;</p>

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Referência	Definição	Importância	Aplicação prática
	1. Empatia cognitiva: capacidade de compreender as perspectivas dos outros, de ver como pensam e saber cognitivamente como se sentem.	sentimentos do paciente. [Importante para desenvolver vínculo (<i>rapport</i>)]:” (p. 23)	(2) comunicação desse entendimento ao paciente de forma solidária: - comunicação empática não verbal: expressão facial, toque, tom de voz, silêncio; - declarações empáticas: comentários de apoio que especificamente conectam o “eu” do médico com o “você” do paciente. Ambos nomeiam e apreciam o afeto ou a situação do paciente. (p. 140)
	2. Empatia emocional: capacidade de sentir como o outro está reagindo, sentir com o outro, ter uma conexão emocional.	“A empatia clínica é um determinante fundamental da qualidade do cuidado médico, permitindo que o clínico cumpra tarefas médicas com mais precisão e, assim, leve a melhores desfechos em saúde:” (p. 137)	Exemplos: - “Eu posso ver que tem sido muito difícil para você lidar com a perda de memória do seu marido.” - “Eu posso compreender o quão difícil é para você falar sobre isso.”
	3. Preocupação empática: capacidade não apenas de compreender a situação do outro e sentir com ele, mas também de querer agir espontaneamente para ajudá-lo.”	“Demonstrar empatia dessa forma supera o isolamento do indivíduo em sua doença e é fortemente terapêutico por si só. Também atua como uma forte abertura facilitadora, permitindo ao paciente compartilhar mais de seus pensamentos e preocupações.” (p. 138)	- “Eu posso sentir como você está com raiva da sua doença.” - “Eu posso entender que deve ser assustador para você saber que a dor pode continuar voltando.” - “Eu posso entender como é difícil para você falar sobre isso.” - “Eu posso ver que você ficou muito chateado pelo comportamento dela.”
	[Ênfase dos autores]	“Constrói relação terapêutica mais forte e atinge melhores desfechos de saúde para os pacientes em momentos de vulnerabilidade:” (p. 142)	

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

*Empatia foi traduzida como “emoção” pelos autores, reduzindo a empatia à expressão do conteúdo emocional.¹⁴

de modo verbal e/ou não verbal. Quanto à prática da resposta empática, a autora sistematiza-a em três passos (Tabela 3) e demonstra com exemplos. Assim como Neighbour,¹⁶ destaca a importância da observação da linguagem não verbal do paciente a ser sintonizada pelo médico, pois fortalece o vínculo e torna a comunicação mais compreensível.

Silverman et al.³ definem a empatia em três variedades interdependentes: empatia cognitiva, emocional e preocupação empática. Os autores sintetizam e unificam as definições anteriores. Assim como Stewart et al.,⁴ afirmam que a ação para ajudar o outro integra o conceito da empatia. Silverman et al.³ apresentam diversos estudos para evidenciar a importância da empatia na prática clínica e concluem que ela constitui um determinante fundamental da qualidade do cuidado médico, influenciando em melhores desfechos em saúde. Destacam que a empatia, mais do que uma qualidade própria da personalidade

do indivíduo, é uma habilidade que pode ser desenvolvida e aprimorada durante a formação médica. Na aplicação prática, os autores a organizam em dois estágios e a exemplificam (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Definição

Etimologicamente, a palavra empatia deriva do grego (*em* [dentro] + *pathos* [sentimentos]).¹⁹ Pode-se deduzir que é um movimento interno de conexão com sentimentos em que há uma sintonia com a própria humanidade compartilhada. Em 2021, Tan et al.,²⁰ por meio de um recorte qualitativo de *Grounded Theory*, construíram o conceito da empatia em sua aplicação a profissionais de saúde, estudantes de medicina/enfermagem e pacientes. Para esses autores, a empatia envolve uma dimensão interna (imaginativa, afetiva e cognitiva) associada a um comportamento que transmite preocupação genuína com o outro. Dessa forma, requer uma boa habilidade de comunicação que favoreça o senso de conexão, a confiança e o relacionamento com o outro. No presente estudo encontramos reflexões semelhantes. Por exemplo, para alguns autores a empatia permanece mais no campo racional ou de entendimento sobre o que está se passando com o outro, como exemplificado por Stewart et al.⁴ Já Herrera Ornelas e Pico da Cruz¹⁴ incluem uma dimensão “moral” e/ou motivacional da pessoa para ser empática. Entretanto, outros autores sugerem que o médico adote uma postura isenta de julgamentos, ao mesmo tempo que propõem um exercício imaginativo, de adivinhação dos sentimentos/emoções do paciente. Por exemplo, Moulton¹⁸ sugere “reconhecer o sentimento percebido: ‘— Eu posso ver o quanto você está chateado com isso’” (p. 67). Essa postura pode demover o protagonismo do paciente na consulta, visto que a denominação do sentimento é feita como uma afirmação pelo médico, muitas vezes com pouco ou nenhum espaço para confirmação/reflexão do paciente. Há algumas falas de “entendimentos” que podem até mesmo soar insensíveis e superficiais, como no trecho: “Como você, eu também sou autônomo e entendo que pode ser difícil ter um tempo para repousar” (p. 95).¹⁸ A controvérsia também é percebida em Carrió¹⁵ que, ao mesmo tempo que ressalta a importância da honestidade no exercício da empatia, diz que “é permitida a pequena hipocrisia, ou o ‘teatro’, de declarar que ‘sentimos’ uma dor alheia quando na verdade quase não a sentimos” (p. 68). Entretanto, a maioria dos autores compreende que a empatia requer uma autenticidade e/ou ausência de julgamento na relação com o paciente. Por exemplo, McWhinney e Freeman⁶ veem a empatia como a capacidade de experimentar o sentimento do outro. Da mesma forma, Grosseman e Dohms,¹⁷ com base em Carl Rogers, descrevem-na como um processo dinâmico: “ser sensível aos significados dos sentimentos que fluem na outra pessoa, momento a momento” (p. 103). Ou seja, a empatia é essencialmente relacional e fluida e propicia o compartilhamento dos sentimentos vivenciados no presente momento. Por isso, encontram-se nos autores estudados expressões tais como “saber se colocar no lugar do outro”, “sintonizar com as emoções” e “entrar brevemente, mas completamente, no mundo do paciente”. Isso corrobora achados de Tan et al.,²⁰ que questionam a definição comum de empatia clínica como um processo cognitivo com distanciamento emocional. Nesse sentido, Kerasidou et al.²¹ esclarecem que, para uma abordagem empática, deve-se estabelecer uma distinção, e não distanciamento, entre mim e o outro, para não se confundirem os sentimentos do paciente com aqueles próprios do profissional ao serem compartilhados os afetos e as perspectivas da outra pessoa.

Importância

É de concordância de todos os autores acima citados que a empatia se reflete na melhoria do cuidado em saúde. Segundo Chen,²² são elementos importantes para um bom atendimento em saúde o senso de humanidade, a competência técnica e a participação do paciente na tomada de decisão. Adicionalmente, a sensibilidade aos sentimentos e a forma como se estabelece o relacionamento com o outro são tão apreciadas quanto o conhecimento científico. Howick et al.²³ sintetizaram o tema na literatura sublinhando que as consultas com empatia melhoraram os índices de dor, ansiedade e satisfação dos pacientes. Além do mais, a empatia pode levar a uma maior satisfação, confiança e melhor adesão ao tratamento, bem como a uma melhora da saúde emocional e resolução dos sintomas.²¹

Para McWhinney e Freeman,⁶ a empatia favorece o entendimento do adoecimento em níveis mais altos do ser em seus aspectos psicológicos e sociais ou, como afirmam Stewart et al.,⁴ um entendimento integrado da pessoa. Também possibilita um aperfeiçoamento da comunicação verbal e não verbal. Para Ramos¹³ e Silverman et al.,³ é possível mostrar-se disponível por meio da empatia, que atua como uma abertura facilitadora para o paciente compartilhar mais informações de si, ou seja, é uma ferramenta importante para acolher o paciente. A maioria dos autores destaca o papel da empatia como ferramenta terapêutica na construção e no fortalecimento da relação médico-paciente. Para Carrió,¹⁵ a empatia está no centro do cuidado individualizado, i.e., na “preocupação personalizada” que favorece o vínculo na relação terapêutica, fertilizando a consulta na visão de Neighbour.¹³ Para Grosseman e Dohms,¹⁷ a empatia também contribui para o desenvolvimento individual do profissional ao estimular o crescimento pessoal, a autorrealização e a ressignificação de si e de suas atitudes, podendo estimular o autoconhecimento e a autonomia ao fazê-lo olhar para os próprios sentimentos e expressá-los abertamente. Assim, os benefícios de uma abordagem empática também se estendem aos profissionais de saúde ao protegê-los da angústia e do *burnout* e ajudá-los a construir melhores vínculos de comunicação com os pacientes.²¹

Instrumentalização prática

Segundo Neighbour,¹⁶ a empatia é essencial para estabelecer a “conexão” com o paciente. A técnica sugerida é o “*matching*” (espelhamento): “ajustar seu próprio comportamento para que se assemelhe ao do paciente”. Para isso, é fundamental a atenção à comunicação não verbal manifestada pelo paciente e à executada pelo próprio profissional. O autor orienta ajustar-se “ao modo de pensar do paciente” para favorecer o “*matching*”, entretanto faltam no livro exemplos claros de como desenvolver essa técnica.

Para Hashim,²⁴ a empatia pode ser expressa verbalmente ou por meio de gestos não verbais, como o silêncio respeitoso e/ou o toque, quando culturalmente apropriado. Esse autor sugere cinco habilidades: 1. nomear sentimentos (“*Me parece que você está sentindo...*”); 2. entender (“*Eu posso entender como isso está lhe aborrecendo...*”); 3. respeitar (“*Estou impressionado com como você consegue lidar bem com toda essa situação...*”); 4. apoiar (“*Eu quero ajudá-lo da melhor maneira possível...*”); e 5. explorar (“*Você pode me dizer como você se sentiu quando estava doente?*”).²⁴ Observa-se uma proximidade desse autor com Grosseman e Dohms,¹⁷ já que o foco da abordagem empática está em identificar as emoções e verbalizar ao paciente sua impressão ou solicitar que o paciente a expresse, das seguintes formas: “O senhor parece estar (preocupado/ triste/ nervoso).” Ou: “O senhor poderia me dizer como está se sentindo emocionalmente neste momento?”. Esses autores também se apoiam no acrônimo PEARLS (*Partnership, Empathy, Apology, Respect, Legitimation, Support*), resumido nos três passos seguintes:

a. identificar as emoções; b. nomear, checar e validar as emoções; e c. intenção de ajudar (valorização do paciente, desculpas — se necessário — respeito, apoio e parceria). Ilustram a aplicação da técnica em situações emocionais específicas, que envolvem, por exemplo, raiva, medo e tristeza. Grosseman e Dohms¹⁷ caminham nos passos de Carl Rogers nas etapas de identificação, nomeação da emoção e checagem, porém distanciam-se da empatia na terceira etapa, ao trazerem juízo de valor (como pedir desculpas) e ao reforçarem imagens emocionais de que terceiros são responsáveis pelas suas emoções/sofrimentos. O exemplo apresentado por Grosseman e Dohms (p. 108)¹⁷ ilustra tal distanciamento da empatia: na primeira etapa há uma tentativa de nomeação da emoção — “Me parece que o senhor está bravo (ou com raiva)?”, porém em seguida o profissional se coloca como fonte causadora dessa emoção: “Eu fiz alguma coisa que o ofendeu ou aborreceu?” Isso reforça uma imagem de inimigo ao validar que os sentimentos são originados “externamente” ao paciente, neste caso, provocados pelo ato do profissional, o que Rosenberg chama de comunicação alienante.²⁵ A tendência é que isso estimule um pensamento julgador e preconceituoso, fundamentado em certo e/ou errado, causando desconexão com o momento presente.

Moulton¹⁸ assemelha-se em alguns pontos com Grosseman e Dohms,¹⁷ ao reconhecer os sentimentos, sugerir possíveis sentimentos e/ou dizer ao paciente que está “tudo bem sentir-se” deste ou daquele modo; bem como ao explorar com o paciente a origem desse sentimento e retroalimentá-lo comunicando a compreensão dos seus sentimentos de forma verbal (“Entendo como isso pode ser difícil para você” — p. 67) e não verbal (silêncio, inclinar-se em direção ao paciente etc.). Entretanto, Moulton¹⁸ não traz exemplos tão práticos e ilustrativos como Grosseman e Dohms.¹⁷

Para Silverman et al.,³ a empatia requer compromisso e motivação para compreender a situação ou sentimento do outro de modo sensível, para depois comunicar suas percepções de forma verbal e não verbal. Todavia, os autores sugerem nomear e/ou apreciar o afeto ou a situação do paciente com falas em primeira pessoa (“eu”), como exemplificado a seguir: “*Eu posso ver que tem sido muito difícil para você lidar com a perda de memória do seu marido*” ou “*Eu posso compreender quão difícil é para você falar sobre isso*”. Dessa forma, Silverman et al.³ tendem a enfatizar a opinião do profissional (“eu”) em detrimento da do paciente, distanciando-se da proposta de Grosseman e Dohms¹⁷ e Moulton,¹⁸ que se concentram no sentimento do outro (paciente) sem se incluírem diretamente no diálogo. O enfoque deve estar, portanto, no paciente, na sua experiência emocional e nesse fluxo vital que permite a reflexão sobre os próprios sentimentos. Isso pode gerar *insights* e ajudar no processo terapêutico.

Coulehan et al.¹⁹ enfatizam a importância de identificar e calibrar as emoções para uma efetiva abordagem empática. Exemplificam com alguns sentimentos: 1. tristeza: “*Deve ter sido uma experiência bastante dolorosa para você, parece que foi algo muito triste*”; 2. medo: “*Parece que você ficou realmente assustado quando descobriu aquele caroço*”; 3. raiva: “*Essa situação realmente afetou você, não foi? Posso imaginar a raiva que sentiria se isso acontecesse comigo*”; 4. desconfiança: “*Parece que você não tem certeza se deve confiar mais em mim depois que não lhe devolvi o resultado do teste na semana passada*”; 5. ambivalência: “*Parece-me que você está em dúvida sobre parar de fumar ou não*”. No entanto, o exemplo 4 pode alienar a origem dos sentimentos do paciente ao reforçar o protagonismo do profissional na gênese do sentimento de desconfiança, reforçando a imagem inimiga, como explicado anteriormente.²⁵

Na prática, a “compreensão emocional” deve ser testada verificando-se com o paciente o seu entendimento da situação. Desse modo, sua precisão é aprimorada por meio da iteração, por exemplo: “*Deixe-me ver se entendi isso direito*” ou “*Quero ter certeza de que entendi o que você quer dizer*”.

Isso oferece ao paciente oportunidades de corrigir ou modular a formulação do profissional de saúde. Ao mesmo tempo, expressa o desejo do profissional de saúde de ouvir profundamente, reforçando assim um vínculo ou conexão na relação.¹⁹ Como afirma Shanmugam (p. 1):²⁶

Às vezes podemos subestimar a validação e o conforto que a demonstração de compaixão pode proporcionar. A medicina clínica tem limites e fronteiras, enquanto a empatia e a bondade não. Fazer um esforço consciente para criar uma pausa ocasional para que se possa entender como um paciente está se sentindo e sentar-se com ele nesses sentimentos muitas vezes me trouxe uma sensação renovada de satisfação.

Coulehan et al.,¹⁹ entretanto, alertam que uma vez estabelecida a conexão empática os médicos geralmente ficam ansiosos sobre o que fazer a seguir e se lançam em esforços imediatos para tranquilizar. É eficaz retardar esse esforço, permitindo uma pausa de vários segundos. Uma boa regra pode ser “não faça algo, esteja presente”. Durante a pausa com total presença, o paciente experimenta ser compreendido, o que por si só tem valor terapêutico.

CONCLUSÃO

O tema da empatia tem sido trabalhado de forma brilhante na literatura da MFC. Existe um entendimento geral de sua importância para uma maior efetividade da consulta, tanto na criação de vínculo e fortalecimento da relação médico-paciente como na melhoria dos desfechos em saúde. Os autores estudados exploraram vários elementos da empatia, bem como formas de sua aplicação, de maneira mais sistematizada. No entanto, as experiências e contextos de vida dos pacientes são por vezes tão distantes da realidade do profissional de saúde que a empatia – definida pelos diversos autores como tentativa de se colocar ou experienciar o sentimento do outro – se torna ainda mais complexa. Assim, a fim de contribuir para o aprofundamento do tema, produzimos um segundo artigo baseado em outro referencial teórico-prático, de modo a fortalecer a abordagem empática no encontro clínico, intitulado: “Empatia (parte II): contribuições da comunicação não-violenta para a prática clínica”.

AGRADECIMENTOS

A Gabriela Liliane Wiest, Marcelo Sudério Rodrigues e Marcos Paulo Marzollo Maria pelas reflexões ao manuscrito durante a banca de avaliação do trabalho de conclusão de residência. A Josane Norman pela revisão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

BYU: Conceituação, Escrita – Primeira Redação, Curadoria dos Dados, AHN: Conceituação, Escrita – Revisão e Edição, Metodologia. TAM: Curadoria dos Dados, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996;46(408):433-6. PMID: 8776918
2. Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.
3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. New York: CRC Press; 2013.
4. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Mahendran A. Improving your communication skills. *BMJ Careers* 2014 [Internet]. [acessado em 01 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.bmj.com/careers/article/improving-your-communication-skills>.
6. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Gupta R. BEST: a communication model. *BMJ* 2006;333(7560):s35LP-s35. <https://doi.org/10.1136/bmj.333.7560.s35>
8. Bradshaw P. Good communication reduces risk of a complaint or claim. *BMJ* 2019;367. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L6160>
9. Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;16(43):2502. [https://doi.org/10.5712/RBMFC16\(43\)2502](https://doi.org/10.5712/RBMFC16(43)2502)
10. Lakasing E. Michael Balint--an outstanding medical life. *Br J Gen Pract* 2005;55(518):724-5. PMID: 16176748
11. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet* 1955;265(6866):683-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)
12. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(35):1. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
13. Ramos V. A consulta em 7 passos. execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda;2008.
14. Herrera Ornelas R, Pico da Cruz MR. Construção da relação. In: Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.
15. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Neighbour R. The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. New York: CRC Press; 2018.
17. Grosseman S, Dohms M. Comunicação com emoções fortes: resposta empática à raiva, ao medo e à tristeza no cuidado em saúde. In: Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2021.
18. Moulton L. The naked consultation. New York: CRC Press; 2016.
19. Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin C-T, Lown B, et al. Let me see if I have this right...: words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001;135(3):221-7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022>
20. Tan L, Le MK, Yu CC, Liaw SY, Tierney T, HO YY, et al. Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open* 2021;11(9):e045224. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-045224>
21. Kerasidou A, Bærøe K, Berger Z, Caruso Brown AE. The need for empathetic healthcare systems. *J Med Ethics* 2021;47(12):e27-e27. <https://doi.org/10.1136/MEDETHICS-2019-105921>
22. Chen Y. A good doctor is empathetic to all. *BMJ* 2019;366:l5658. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5658>
23. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *JR Soc Med* 2018;111(7):240. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
24. Hashim MJ. Patient-centered communication: basic skills. *Am Fam Physician* 2017;95(1):29-34. PMID: 28075109
25. Rosenberg MB. comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Agora; 2006.
26. Shanmugam R. Finding the equilibrium of empathy. *BMJ* 2022;378:o2288. <https://doi.org/10.1136/bmj.o2288>