

Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo

Adriana Oliveira Andrade Batistella¹, Élcio Luiz Bonamigo², Waldir Souza¹, José María Galán González Serna³, Carla Corradi Perini¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Londrina/PR, Brasil. 2. Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC, Brasil. 3. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Resumo

Na assistência em saúde, a empatia tem sido associada a uma série de resultados benéficos. No entanto, diversos estudos evidenciam a diminuição de empatia no decorrer da formação médica, com reflexos negativos sobre a humanização do cuidado. O objetivo deste estudo é analisar a relação de fatores sociodemográficos com o nível de empatia de médicos, bem como sua relação com os valores éticos da profissão. Nesta pesquisa transversal e analítica, foram aplicadas escalas de empatia e de hospitalidade para 143 médicos brasileiros. Os resultados apontam uma relação entre empatia e hospitalidade, assim como a influência que fatores como sexo, área de atuação e histórico de situações de sofrimento exercem sobre a humanização do cuidado.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Empatia. Acolhimento. Bioética. Medicina.

Resumen

Empatía médica y valores éticos de la profesión: estudio cuantitativo

La empatía se asocia a una serie de resultados beneficiosos en la asistencia sanitaria. Sin embargo, varios estudios reportan que la empatía disminuye a lo largo de la formación médica, con efectos negativos en la atención humanizada. El objetivo de este estudio es analizar la relación de los factores sociodemográficos con el nivel de empatía de los médicos, así como su relación con los valores éticos de la profesión. En esta investigación transversal y analítica, se aplicaron escalas de empatía y hospitalidad a 143 médicos brasileños. Los resultados apuntan a una relación entre la empatía y la hospitalidad, así como la influencia que tienen los factores como el género, el área de actividad y la historia de situaciones de sufrimiento en la atención más humanizada.

Palabras clave: Humanización de la atención. Empatía. Acogimiento. Bioética. Medicina.

Abstract

Empathy and ethical values in medicine: a quantitative study

In health care, empathy is associated to several benefits; however, many studies have shown a decrease in empathy during medical education, which negatively impacts the humanization of care. This cross-sectional study analyzes the relation between sociodemographic factors and physicians' level of empathy, as well as medical ethical values. A total of 143 Brazilian physicians answered empathy and hospitality scales. Results point to a relation between empathy and hospitality, as well as that factors such as gender, specialty and history of suffering influence care humanization.

Keywords: Humanization of assistance. Empathy. User embracement. Bioethics. Medicine.

*Hoje, o mundo da saúde passa por uma profunda crise de cuidados. A indiferença perante a dor e o sofrimento do outro se faz presente em um profissionalismo asséptico*¹.

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais proeminentes na atualidade, é a base não só de um comportamento ético e humanizado, mas também do profissionalismo médico, sendo essencial na relação médico-paciente. Apesar disso, são inúmeros os relatos de pacientes sobre descaso durante atendimento prestado por profissionais da saúde.

Nas estratégias de fomento da humanização do atendimento², a empatia é considerada valor fundamental. Trata-se de habilidade pessoal necessária para entender experiências interiores e sentimentos dos pacientes, para um processo de comunicação efetivo e uma atuação clínica centrada na pessoa^{3,4}.

Assim, a empatia torna-se um imperativo em situações de tomada de decisão de natureza ética, nas quais é fundamental compreender a perspectiva do paciente⁵. No entanto, estudos que analisam o nível de empatia durante a formação médica evidenciam sua diminuição no decorrer da graduação^{6,7}, o que pode ter reflexos negativos na humanização do cuidado.

Desse modo, é importante conhecer as diferentes dimensões da empatia e buscar formas de desenvolver uma empatia médica sustentável⁸, visando formar profissionais não apenas tecnicamente capacitados, mas também envolvidos com a hospitalidade e a humanização do cuidado. Nesse sentido, discute-se a possibilidade de ensinar essa habilidade, considerando que, se ela pode diminuir ao longo da formação médica, talvez possa também ser desenvolvida, principalmente se considerada em seu domínio cognitivo⁹.

A humanização do cuidado requer atenção ao paciente e a sua família com base na hospitalidade e no acolhimento. Dessa forma, a devida consideração dos valores éticos relacionados à hospitalidade representa avanços na humanização da assistência em saúde¹⁰ e a ética do cuidado, como abordado por Corradi-Perini e Pessini¹¹, atua como instrumento de reflexão sobre as ações dos serviços de saúde. Nesse sentido, como destaca Oliveira e colaboradores¹², o profissional de saúde pode direcionar suas ações a uma assistência com foco na qualidade de vida do paciente e da família.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é ao mesmo tempo prática e postura ética, não se resumindo a um espaço. *Quem acolhe, toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão*¹³.

Considerando tal contexto, esta pesquisa buscou responder ao seguinte problema: quais fatores podem influenciar o tipo e o nível de empatia de médicos, e como esta pode estar relacionada à estima dos valores éticos da profissão? Assim, o objetivo foi analisar a influência de fatores socio-demográficos e da relação com os valores éticos da profissão. A hipótese é que, por um lado, os fatores mais decisivos sejam sexo, idade, tempo de experiência clínica e área de atuação, e, por outro, o nível de empatia esteja associado ao nível de hospitalidade.

Partindo dessas constatações, estratégias podem ser desenvolvidas para valorizar a empatia e a hospitalidade/acolhimento, identificando pontos fracos e melhorando os programas de treinamento em valores profissionais, com consequentes vantagens para a dignidade do paciente e humanização do cuidado.

Método

Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico que envolveu 143 profissionais da medicina atuantes na assistência em saúde de diferentes especialidades e estados brasileiros. Os profissionais concordaram em responder ao instrumento de pesquisa on-line encaminhado por grupos de WhatsApp das redes de contatos das pesquisadoras.

A mensagem trazia uma breve explicação sobre a pesquisa e um convite para conhecê-la melhor por meio de um link do Google Forms, que também dava acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O termo assegurou a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos, bem como a voluntariedade de sua conclusão. A cada participante foi solicitado que o convite fosse encaminhado para outros/as médicos/as de sua rede de contatos, utilizando-se do método de coleta de dados conhecido como bola de neve virtual¹⁴.

Após o aceite digital do TCLE, os participantes foram encaminhados a uma janela com o instrumento de pesquisa, com informações socio-demográficas e duas escalas. A primeira foi o índice interpessoal de reatividade (IRI) de Davis¹⁵ (escala de empatia), traduzido e validado no Brasil por Sampaio e colaboradores¹⁶ com o nome de escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). Em estudo de Corradi-Perini e colaboradores¹⁷, essa escala apresentou consistência interna e indicadores psicométricos de estrutura fatorial aceitáveis para ser utilizada na avaliação de empatia de profissionais da área de saúde.

A segunda foi a escala axiológica de hospitalidade (escala dos valores éticos relacionados à prática profissional), de González-Serna, Ferreras-Mencia e Arribas-Marín¹⁸.

A escala de Davis (IRI)¹⁵ foi escolhida por permitir avaliar tanto o aspecto cognitivo quanto a reação emocional do indivíduo que adota uma atitude empática. Deve-se levar em conta que essa escala mede a empatia disposicional ou baseada em traços, ou seja, avalia a tendência crônica da pessoa por empatia, em qualquer situação relacional.

O IRI não seria apropriado para pesquisas sobre empatia situacional, que envolve respostas emocionais imediatas a situações vivenciadas por outras pessoas¹⁹. Entretanto, a partir do entendimento de que a empatia é um atributo importante em todas as relações interpessoais – inclusive a relação profissional-paciente –, mostrou-se o instrumento adequado.

A EMRI é uma escala de fácil aplicação, composta por 26 itens que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionados à empatia. Todas as respostas são obtidas em uma escala de Likert que varia de um (discordo completamente) a cinco (concordo completamente) e divididas em quatro subescalas independentes, uma para cada dimensão: angústia pessoal, consideração empática, tomada de perspectiva e fantasia. Angústia pessoal e consideração empática estão relacionadas a experiências afetivas, enquanto tomada de perspectiva e fantasia referem-se a experiências cognitivas.

A subescala da dimensão angústia pessoal mede sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos, avaliando sensações efetivas de desconforto e desprazer dirigidas ao *self* quando o indivíduo

imagina o sofrimento de outrem, e é composta por seis itens. A subescala da consideração empática, formada por sete itens, mede a capacidade de experimentar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro. Essa dimensão relaciona-se aos sentimentos dirigidos aos outros e à motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem.

Já a subescala tomada de perspectiva, que compreende o aspecto cognitivo da empatia, mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar das outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem, e é composta por seis itens. Na subescala da fantasia, com sete itens, avalia-se a propensão da pessoa a se colocar em situações fictícias, como a tendência de se transpor imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens.

Davis¹⁵ declara que as respostas a todos os itens não devem ser normalmente somadas em uma única pontuação (empatia total), pois isso pode obscurecer a influência que cada dimensão separada tem sobre o comportamento empático. Apesar disso, neste estudo, foram utilizados os escores de empatia total para as análises de correlação.

A escala axiológica de hospitalidade¹⁸, por sua vez, é composta por 17 itens que descrevem valores éticos desejáveis para boa prática profissional. Todas as respostas são obtidas em uma escala de Likert que varia de zero a sete, segundo a qual zero representa valor nada importante para uma excelente prática clínica, enquanto sete implica valor absolutamente importante, e o intervalo entre um e seis retrata diferentes níveis de importância relativa. Os 17 itens estão divididos em quatro subescalas independentes, uma para cada dimensão (responsabilidade, respeito, cuidado transpessoal, qualidade).

A subescala da dimensão responsabilidade avalia a capacidade de reconhecer e aceitar as consequências de uma ação realizada deliberadamente, sendo composta por valores que representam aceitação, por parte do profissional, de atendimento personalizado e próximo do usuário. A subescala da dimensão respeito é composta por valores que representam o respeito pela vida, pela autonomia do usuário e pelo tratamento justo.

Já a subescala da dimensão cuidado transpessoal avalia o esforço de conectar-se com os outros por meio dos processos de cuidado e de

tratamento, e envolve valores que representam a capacidade de projetar-se em relação ao usuário, com motivação altruísta e cuidado diligente. Por fim, a subescala da dimensão qualidade consiste nas propriedades inerentes que permitem julgar o valor de algo, sendo composta por atributos que representam uma ação baseada na competência e autonomia profissional, bem como elementos estruturais ou processuais.

Utilizou-se o programa estatístico SPSS, versão 20.0, para armazenamento de dados, tabulação e análise estatística. O teste de t de Student foi empregado para testar as diferenças estatísticas entre as médias dos escores das escalas de empatia e de hospitalidade, e suas comparações conforme sexo, formação de valores prévia, vivência de situações estressantes no último ano e campo de atuação (pediatria ou atendimento a adultos).

Realizou-se o teste de Anova One-Way em associação ao teste *post hoc* de Bonferroni, a fim de avaliar as diferenças estatísticas nos escores médios das escalas de empatia e de hospitalidade entre as áreas de atuação: clínica e especialidades, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia, entre outros. Para as correlações entre os escores das escalas de empatia e hospitalidade, foi realizado o teste de Pearson bicaudal. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para o valor de *p* menor que 0,05.

Resultados e discussão

Os questionários foram aplicados a 143 profissionais de medicina, atuantes na assistência em diferentes áreas, especialidades e estados brasileiros. A idade média dos profissionais foi 45,2±11,73 anos, variando entre 24 e 73 anos, com tempo de atuação de três meses a 47 anos, sendo a média de 18,2±11,8 anos. As características gerais dos entrevistados estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais de 143 profissionais da medicina participantes da pesquisa

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	95	66,43
Masculino	48	33,57

continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	N	%
Área de atuação		
Clínica médica e especialidades*	49	34,27
Pediatria	47	32,87
Obstetrícia e ginecologia	21	14,68
Cirurgia	17	11,88
Radiologia e diagnóstico por imagem	6	4,20
Outros (ortopedia e anestesiologia)	3	2,10
Campo de atuação		
Adulto	96	67,13
Pediatria	47	32,87
Tipo de vínculo		
Público	30	20,98
Privado	24	16,78
Público e privado	89	62,24

* Homeopatia, neurologia, psiquiatria, oncologia, reumatologia

Por questões didáticas, os resultados e discussão das dimensões de empatia emocional e de empatia cognitiva serão analisadas separadamente, seguidos pela discussão sobre os fatores que podem influenciar na empatia e hospitalidade.

Angústia pessoal e consideração empática (dimensões emocionais)

A dimensão angústia pessoal obteve o menor escore de empatia, enquanto consideração empática foi a que mais pontuou. Tal resultado pode ser considerado positivo, uma vez que a angústia pessoal é capaz de interferir negativamente na maneira como o paciente é atendido e nos cuidados prestados pelos profissionais.

Muitas vezes, a própria angústia leva ao afastamento da situação de sofrimento vivenciada pelo outro, com vistas ao alívio do próprio estado de desconforto, enquanto a consideração empática (dimensão mais pontuada) está associada ao comportamento pró-social^{19,20}. Segundo Eisenberg²¹, esse comportamento visa ajudar ou beneficiar outro indivíduo ou grupo de forma voluntária.

Tendo em vista esses dados, uma questão se coloca: representariam tais escores de profissionais diferença significativa em relação à população geral? Para responder a essa questão, buscaram-se na literatura referências sobre a aplicação da EMRI à população brasileira.

Formiga²² apresenta escores médios semelhantes a este estudo nas dimensões de empatia, com exceção de angústia pessoal. A diferença observada sugere escores menores entre os profissionais de medicina do que na população brasileira em geral nessa dimensão. Tal evidência encontra apoio científico em estudo de Decety²³ sobre neurociência, que, ao comparar profissionais de medicina a grupo-controle, demonstra padrões diferentes de resposta neuronal a estímulos de dor em outra pessoa.

Esses achados sugerem que a experiência e o conhecimento científico desempenham papel importante na maneira como os profissionais de medicina percebem a dor e o sofrimento de outras pessoas. A correlação entre as dimensões angústia pessoal e consideração empática encontra explicação em Hoffman²⁴ e Batson, Fultz e Schoenrade¹⁹. Segundo esses autores, quando não pode se distanciar da situação que lhe causa angústia, o sujeito é impelido a ajudar com intuito de aliviar seus próprios sentimentos.

Por outro lado, no caso dos profissionais de medicina, há um amortecimento da angústia pessoal que teria consequências benéficas para o raciocínio clínico e, conseqüentemente, na expressão da consideração empática. Tal reação contrasta com a do grupo-controle, em que o aumento da atividade neuro-hemodinâmica incluiu ativação de mecanismos de aversão e afastamento do perigo e da ameaça²⁵. Esta diferença pode justificar a aparente tranquilidade ou até mesmo “frieza” que os profissionais de medicina transmitem ao atender uma emergência, enquanto o paciente e seus acompanhantes se apavoram pensando na gravidade do acidente.

Pôde-se observar que há correlação entre os escores de empatia total e suas dimensões, exceto angústia pessoal e tomada de perspectiva, o que corrobora os dados encontrados por Davis²⁵. Todavia, o cuidado humanizado vai além da técnica, sendo importante desenvolver a consideração empática e o comportamento pró-social. Tendo em vista a vulnerabilidade do paciente e a obrigação de cuidado que se confere ao médico²⁶, a consideração empática configura-se como comportamento ético desejado em profissionais de medicina.

Ressalta-se que, para os profissionais de medicina, a habilidade de tornar angústia pessoal

uma motivação para a consideração empática é de grande importância para o cuidado do paciente. Trata-se de uma questão a ser mais bem explorada em estudos futuros.

Tomada de perspectiva e fantasia (dimensão cognitiva)

Por outro lado, temos a pontuação média dos escores de aspecto cognitivo, tomada de perspectiva e fantasia, também altos. Segundo Davis²⁵, há uma associação entre alto escore em tomada de perspectiva e maior competência social, habilidade desejável para profissionais de medicina. Trata-se de uma dimensão com impactos positivos sobre a relação médico-paciente, como defendido por Hojat e colaboradores²⁷.

Entende-se que a compreensão da perspectiva do paciente é um fator importante na relação médico-paciente. A falha dessa compreensão pode interferir na clareza da comunicação, o que, por sua vez, além de contribuir para a insatisfação do paciente, pode levar, como discutido por Beckman e colaboradores²⁸, ao aumento da judicialização na medicina.

Koeche e colaboradores²⁹, ao abordar a questão da prevalência do erro médico no estado de Santa Catarina, descobriram que a maioria das denúncias por negligência resultaram em absolvição, o que permitiu inferir que denúncias pouco consistentes foram motivadas pela fragilidade na relação médico-paciente. Os autores alertam para a necessidade de *aprimoramento da relação médico-paciente como elemento fundamental de inibição das denúncias evitáveis e pouco consistentes para ensejar condenações*³⁰.

Segundo Riess³¹, na relação médico-paciente pode ocorrer falta de empatia afetiva devido a diferenças raciais, étnicas, religiosas, entre outras. Nesse aspecto, a empatia cognitiva (tomada de perspectiva) torna-se fundamental para coibir diferenças no atendimento causadas pelos preconceitos. *Não há lugar para discriminação ou cuidados desiguais oferecidos a pacientes que diferem da cultura majoritária ou da cultura majoritária dos profissionais de saúde*³².

Para Derrida e Dufourmantelle³³, a hospitalidade implica o desafio de aceitar o desconhecido, considerando que o estranho pode representar ameaça à segurança de quem o acolhe.

Por outro lado, ao ser recebido, esse estranho sofre a ameaça de ser transformado em quem o recebeu, de não ter preservada a sua cultura, seus laços de pertencimento, sua identidade e sua diferença. Nesse sentido, a tomada de perspectiva é uma ferramenta mediadora para construção de uma relação médico-paciente mais humanizada.

A correlação positiva entre as dimensões de tomada de perspectiva e consideração empática encontra-se justificada nos estudos de Batson e colaboradores³⁴ e de Hoffman²⁴, que sugerem que a tomada de perspectiva pode levar à empatia afetiva e, conseqüentemente, ao comportamento pró-social. Batson, Fultz e Schoenrade¹⁹ ressaltam que o comportamento pró-social é desencadeado não pela empatia cognitiva, emocionalmente neutra, mas pela empatia afetiva.

Estudo de Hoffman²⁴ propôs uma sequência de desenvolvimento empático em crianças pequenas e obteve achados que apontam que habilidades para tomada de perspectiva, associadas à distinção entre o *self* e o outro, levam à consideração empática. A habilidade de diferenciar o *self* do outro e a quem se atribui o próprio estado simulado é fundamental para que haja uma forma madura de empatia afetiva³⁵. Dessa forma, ao traçar um paralelo com Stein, encontra-se certa semelhança entre o terceiro nível de empatia, definido por ela como *a objetivação compreensiva da vivência explicitada*³⁶, e a empatia madura (consideração empática), descrita por Hoffman³⁵.

Segundo Stein³⁶, no atendimento médico, o diagnóstico de determinada doença está relacionado ao conhecimento, à técnica do profissional de medicina, e não à empatia, pois esta diz respeito à percepção dos sentimentos que a pessoa doente manifesta. Ao reconhecimento desses sentimentos corresponderia o primeiro nível de empatia. Mas, para proporcionar um cuidado melhor, seria necessário avançar no processo empático e, dessa

forma, entender sentimentos e relações, indo além da atenção à doença.

Embora Lévinas³⁷ não tenha como objetivo tratar da empatia, mas de alteridade, ele reconhece que é por meio do exercício da empatia que se pode acolher o outro em sua alteridade. Reconhecer a alteridade do paciente é fundamental para a humanização do cuidado.

Se o sofrimento não afeta os profissionais da saúde, é porque ele está reduzido à totalidade, fato que os impede de ver o rosto e reconhecer a alteridade e o sofrimento do paciente e implica ação sem empatia e não humanizada. Segundo Carbonara, no humanismo levinasiano, *o rosto do outro que me apela, e ao qual respondo responsavelmente, instaura em mim a humanidade*³⁸.

A dimensão fantasia também apresentou escore elevado, pois a tendência a fantasiar sobre situações fictícias, segundo Stotland e colaboradores³⁹, influencia as reações emocionais em relação aos outros e, subseqüentemente, o comportamento de ajuda. Tal fato permite inferir que escores médios ou elevados na dimensão fantasia, como os encontrados neste estudo, podem relacionar-se com maior disposição para reatividade emocional e sensibilidade com os outros, como observado por Davis²⁵, o que é desejável no caso dos profissionais de medicina.

Fatores que interferem na empatia e hospitalidade

Um dos fatores sociodemográficos que apresentou diferença significativa, com $p < 0,01$, foi o sexo. Constatou-se diferença em quase todas as dimensões de empatia, com as mulheres pontuando substancialmente mais do que os homens nas medidas de angústia pessoal e fantasia. Não há, entretanto, diferença na dimensão tomada de perspectiva (Tabela 2), o que se correlaciona aos achados de Davis¹⁵.

Tabela 2. Comparação dos escores de empatia total e suas dimensões entre sexo feminino e masculino, a partir da aplicação da escala de empatia em profissionais da medicina

Dimensões de empatia	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Empatia total	Feminino	95	96,17	12,847	<0,001*
	Masculino	48	86,75	13,021	

continua...

Tabela 2. Continuação

Dimensões de empatia	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Angústia pessoal	Feminino	95	17,21	4,929	<0,001*
	Masculino	48	14,17	4,493	
Consideração empática	Feminino	95	29,79	3,856	<0,001*
	Masculino	48	27,27	4,129	
Tomada de perspectiva	Feminino	95	24,60	3,372	0,121
	Masculino	48	23,67	3,379	
Fantasia	Feminino	95	24,57	5,666	<0,001*
	Masculino	48	21,65	5,707	

*Teste t de Student significativo para $p < 0,01$

Diversos estudos apontam diferenças de gênero na prestação de cuidados e atitudes empáticas. As pontuações mais altas entre as mulheres na escala de empatia, segundo Hojat e colaboradores⁴⁰, sugerem que profissionais da medicina do sexo feminino podem processar um tipo diferente de cuidado, com base em uma melhor compreensão das experiências e sentimentos do paciente. Essa diferença se reflete, inclusive, nas questões judiciais já mencionadas, sendo as profissionais do sexo feminino menos processadas que os do sexo masculino²⁹.

Outra interpretação para esse fato fundamenta-se nos estudos de Gilligan⁴¹ sobre as diferenças no desenvolvimento moral de mulheres e homens. O autor destaca que as mulheres tendem a pensar moralmente em termos de relacionamentos e de cuidado com aqueles com quem estão conectadas. Já os homens, de acordo com os estudos sobre estágios e sequências de desenvolvimento de Kohlberg, Levine e Hower⁴², tendem mais a pensar em termos de princípios gerais de justiça e direitos individuais (ou autonomia individual) de outras pessoas.

Segundo Sampaio, Camino e Roazzi⁴³, essas diferenças atribuídas ao gênero podem estar relacionadas à utilização de instrumentos autoavaliativos, que tendem a sofrer influência da expectativa social e das representações que os participantes têm a respeito dos papéis sociais atribuídos a homens e a mulheres. Como é amplamente conhecido, os autorrelatos podem sofrer interferência de uma variedade de fatores, de modo a não indicar como a pessoa realmente se sentiu, mas refletir como as outras pessoas esperam que ela se sinta. Eles também podem variar de acordo com a capacidade do indivíduo de verbalizar seus pensamentos⁴⁴.

No quesito sobre experiência de alguma situação dolorosa ou estressante no último ano, houve diferença significativa apenas na dimensão consideração empática ($p=0,007$) e empatia total ($p=0,038$). Os profissionais da medicina que responderam positivamente a esse quesito apresentaram maior escore de consideração empática.

Esse resultado corrobora a tese de Hoffman³⁵, segundo a qual a empatia, à luz de uma variedade de sinais de angústia de outra pessoa, decorre de modos de excitação. Dentre esses, estão a imitação, o condicionamento clássico e a associação direta – em que um simpatiza porque a situação do outro lembra uma experiência dolorosa própria⁴⁴. Isso poderia justificar maior pontuação no escore de consideração empática entre aqueles que passaram por situação estressante no ano anterior.

Também é possível perceber essa relação em diferentes relatos de profissionais da medicina que, após eles próprios estarem no lugar de paciente, mudaram a maneira de atender seus pacientes. A mudança de valores se baseou em experiências vividas, o que leva a inferir que as vivências influenciam na dimensão de consideração empática e no comportamento pró-social.

Na avaliação dos escores de empatia entre as áreas de atuação, assim como entre profissionais de medicina de pacientes pediátricos e de pacientes adultos, houve diferença significativa nos escores da dimensão de angústia pessoal. Pediatras obtiveram escores mais altos quando comparados com cirurgiões e médicos de pacientes adultos. Esses dados sugerem que a empatia pode variar em nível e tipo, de acordo com a especialidade médica.

Além disso, profissionais com especialidades “orientadas para as pessoas” e “orientadas para

a tecnologia” apresentaram níveis diferentes de empatia, corroborando os resultados de Suartz e colaboradores⁴⁵ e Hojat e colaboradores⁴⁰. Esse último estudo revela que os psiquiatras obtiveram o maior escore de empatia média, enquanto anestesiológicas, ortopedistas, neurocirurgiões e radiologistas tiveram escore mais baixo⁴⁰. A baixa pontuação de um grupo não implica deficiência de empatia, mas é provável que o tipo de relação empática estabelecida seja diferente.

Nesse estudo, os dados sobre valores éticos para prática profissional foram considerados altos em todas as dimensões de hospitalidade. Esses dados permitem inferir que, para os profissionais da medicina, tais valores éticos são importantes.

A avaliação sobre a diferença de hospitalidade entre os sexos masculino e feminino foi verificada apenas na dimensão cuidado transpessoal, com mulheres apresentando escore significativamente maior que homens. A dimensão cuidado transpessoal avalia a presença de um tipo específico de cuidado: aquele que tenta abraçar a alma dos outros por meio dos processos de atenção e tratamento, relacionado a valores que

representam a capacidade de projeção pessoal em relação ao usuário, como altruísmo e diligência.

A diferença nessa dimensão pode ser explicada pela relação das atribuições morais relacionadas ao sexo em uma sociedade patriarcal, conforme abordado por Gilligan⁴¹. O estudo de Koeche e colaboradores²⁹ demonstra que essas profissionais têm melhor relação interpessoal, reduzindo as chances, por exemplo, de serem processadas.

Na avaliação da relação da empatia total e suas dimensões com hospitalidade total e suas dimensões enquanto valores éticos para prática profissional (Tabela 3), houve correlação de empatia total com todas as dimensões de hospitalidade, exceto qualidade. Tal dimensão abarcaria características mais técnicas, como competência, conhecimento científico e autonomia profissional, que dizem respeito às qualidades dos profissionais e do serviço relacionado, não diretamente relacionadas ao paciente. Por outro lado, consideração empática correlacionou-se com todas as dimensões de hospitalidade, inclusive qualidade, demonstrando que, para profissionais da medicina, essa dimensão é eticamente importante e se associa à qualidade do cuidado.

Tabela 3. Correlação entre os escores de empatia total e suas dimensões com hospitalidade total e suas dimensões a partir da aplicação de suas escalas em 143 profissionais da medicina

Dimensões de Hospitalidade	Hospitalidade total	Responsabilidade	Respeito	Cuidado transpessoal	Qualidade
Dimensões de empatia					
Empatia total	0,340**	0,338**	0,241**	0,371**	0,070
Angústia pessoal	0,106	0,194*	0,023	0,142	-0,048
Consideração empática	0,455**	0,403**	0,291**	0,474**	0,212*
Tomada de perspectiva	0,299**	0,286**	0,301**	0,286**	0,031
Fantasia	0,207*	0,174*	0,163	0,245**	0,038

Correlação de Pearson, bicaudal, significante a: **nível <0,01; * nível <0,05

Angústia pessoal correlacionou-se apenas com responsabilidade, composta pelos valores que representam o reconhecimento do atendimento personalizado e próximo do usuário. Tal dimensão pode deslocar o processo empático para o *self*, em vez de focar o paciente, resultando em um nível maior de angústia pessoal. Todavia, essa angústia pessoal, como abordado anteriormente, não implica afastamento; ao contrário, pode aumentar o comprometimento com o cuidado.

A comparação das dimensões de hospitalidade entre áreas de atuação ou tipo de atendimento (pediátrico, adulto) não apresentou diferença significativa. Tal fato permitiu concluir que, para a amostra em questão, essas características não influenciam o nível de hospitalidade. Ressalta-se que os escores de hospitalidade, em todas as dimensões, são considerados altos e condizentes com os valores éticos pressupostos para a prática profissional.

Com base nos dados apresentados, pode-se concluir que a empatia está relacionada à hospitalidade e às práticas de humanização e cuidado. Mas resta ainda uma questão: como minimizar algumas características potencialmente perigosas que parecem estar associadas ao estabelecimento de relação empática?

Refere-se aqui a fatores moralmente incompatíveis com a prática profissional, que influenciam a percepção do mundo social e permitem divisões sociais, como a tendência a simpatizar mais facilmente com pessoas atraentes ou próximas. Tais fatores, afinal, poderiam levar à desigualdade no tratamento prestado por profissionais da medicina.

Talvez não seja possível deixar de empatizar mais facilmente com pessoas próximas ou atraentes, mas a prática das virtudes, como discutidas por Pellegrino e Thomasma²⁶, assim como a ética de alteridade de Lévinas³⁷, pode fomentar a empatia cognitiva (tomada de perspectiva) e, dessa forma, coibir a interferência do ato empático na prioridade dos atendimentos médicos, na oferta de assistência e no privilégio de tratamento em detrimento de outros pacientes.

Em saúde, *a responsabilidade é a resposta indeclinável pelo "outro" e um dar-se inexoravelmente*⁴⁶. Assim como na parábola bíblica do bom samaritano, o profissional da medicina, tocado pelo sofrimento do doente, deve acolher e se responsabilizar pelos seus cuidados. O rosto do outro, do paciente, em sua vulnerabilidade, intima o agir ético do profissional da medicina.

Mas, para que este paciente seja acolhido em sua alteridade e receba um cuidado humanizado, é necessário que haja empatia. Embora o nível de empatia decline durante a graduação médica, nota-se que sua manutenção é possível e efetiva por meio da promoção de sessões de treinamento de habilidades de comunicação empática que utilizam diferentes intervenções como vídeos e *role playing* realizadas durante o curso⁴⁷. Sem empatia, não há acolhimento humanizado.

Ademais, a qualidade do acolhimento, da hospitalidade, deveria ser pautada na teoria da desconstrução de Derrida e Dufourmantelle³³ e assim promover uma visão crítica do atendimento. Isso implica a necessidade de mudanças ou implementação de políticas de saúde, visando a humanização dos cuidados.

Limitações do estudo

O fato de ser desenvolvido com base em questionários de autorrelato pode resultar em viés nos escores das subescalas e uma visão unilateral (apenas do profissional) da percepção de empatia. Seria importante, de forma complementar, realizar novos estudos envolvendo a percepção do paciente a respeito da empatia e da hospitalidade na relação médico-paciente.

Há ainda limitações relacionadas ao corte transversal, que não permite avaliar se houve diferença nos níveis de empatia com o passar dos anos, e à amostra, que, embora seja suficiente para um estudo exploratório, pode não ser representativa do conjunto de profissionais médicos brasileiros.

Considerações finais

Buscou-se analisar a relação entre empatia e hospitalidade no contexto da humanização da assistência em saúde, com enfoque em profissionais da medicina e suas diferentes áreas de atuação, tendo como fundamento a bioética do cuidado.

Os dados obtidos para a amostra analisada permitem concluir que houve correlação entre as dimensões de empatia e os valores éticos da profissão (escala de hospitalidade), considerados altos para prática profissional, o que reflete em melhores práticas de acolhimento e, conseqüentemente, em cuidado mais humanizado.

Fatores como sexo, área de atuação e vivência de fatores estressantes podem interferir no nível de empatia, enquanto apenas o fator sexo interferiu na dimensão de hospitalidade. O tempo de atuação ou a formação em valores não influenciaram os valores de hospitalidade ou de empatia na amostra analisada. Sobre esta formação, ademais, os dados carecem de estudos mais aprofundados, uma vez que profissionais da medicina fazem parte de uma comunidade, e a formação moral ocorre de forma "indireta" em diferentes momentos da vida. Soma-se a isso o fato de haver poucos estudos sobre a relação entre emoções morais e valores.

A diferença encontrada entre os sexos, com mulheres pontuando mais do que homens nas diferentes subescalas de empatia, já está bem documentada em diferentes estudos. Mas cabe uma ressalva:

os homens também obtiveram valores de empatia elevados. Trata-se de fato importante ao considerar os mecanismos de atenção, benevolência e compaixão necessários à prática da humanização dos cuidados.

Talvez haja um caminho a ser explorado na formação profissional, se considerarmos a influência que a vivência de situações estressantes ou dolorosas teve nos profissionais de medicina, produzindo respostas empáticas perante a dor do outro. Também relevantes são os dados que apontam diminuição do escore da dimensão angústia pessoal na carreira dos profissionais da medicina,

quando comparado com os valores encontrados na população geral. Tal diferença, que retrata positivamente a prática médica, leva-nos a inferir que talvez seja possível trabalhar as outras dimensões de empatia durante a formação acadêmica. Assim, seria possível melhorar a qualidade da relação empática, a hospitalidade e, conseqüentemente, a humanização dos cuidados.

Espera-se que a análise da correlação entre as dimensões de empatia e de hospitalidade médica venha indicar caminhos para as questões bioéticas da humanização dos cuidados, pautados em empatia e hospitalidade.

Referências

1. Pessini L, Bertachini L. Ética no cuidado e humanização no mundo da saúde, em especial em fim de vida. In: Pessini L, Bertachini L, Barchifontaine CDP, editores. *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2014. p. 283-308.
2. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [acesso 17 jul 2020];13(supl 1):571-80. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500009
3. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013 [acesso 4 jan 2022];63(606):76-84. DOI: 10.3399/bjgp13X660814
4. Finset A, Ørnes K. Empathy in the clinician-patient relationship. *J Patient Exp* [Internet]. 2017 [acesso 4 jan 2022];4(2):64-8. DOI: 10.1177/2374373517699271
5. Adams SB. Empathy as an ethical imperative. *Creat Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 17 jul 2020];24(3):166-72. DOI: 10.1891/1946-6560.24.3.166
6. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA *et al*. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* [Internet]. 2009 [acesso 14 mar 2019];84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
7. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al*. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 20 jul 2020];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
8. Zaki J. The caregiver's dilemma: in search of sustainable medical empathy. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso 4 jan 2022];396(15):458-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31685-8
9. De Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Rev Bras Med* [Internet]. 2014 [acesso 17 jul 2020];71(2 esp):15-24. Disponível: <https://bit.ly/3P7pXgZ>
10. Kelly R, Losekoot E, Wright-StClair VA. Hospitality in hospitals: the importance of caring about the patient. *Hosp Soc* [Internet]. 2016 [acesso 17 jul 2020];6(2):113-29. DOI: 10.1386/hosp.6.2.113_1
11. Corradi-Perini C, Pessini L. Prólogo. In: Corradi-Perini C, Pessini L, Souza W, editores. *Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV; 2018. p. 13-20.
12. Oliveira LA, Ayres JRCM, Zoboli ELCP. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 [acesso 21 ago 2023];15(37):363-75. DOI: 10.1590/S1414-32832011000200004
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 19.

14. Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Rev Interdiscip Gestão Soc* [Internet]. 2018 [acesso 4 jan 2022];7(1):15-37. DOI: 10.9771/23172428rigs.v7i1.24649
15. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1980 [acesso 20 jun 2021];10:85. Disponível: <https://bit.ly/44futyc>
16. Sampaio LR, Guimarães PRB, Camino CPS, Formiga NS, Menezes IG. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico (Porto Alegre)* [Internet]. 2011 [acesso 17 jul 2020];42(1):67-76. Disponível: <https://bit.ly/44liY8n>
17. Corradi-Perini C, Paris ESC, Beltrão MR, Corradi MI, Martín-Martín R, González-Serna JMG. Empatia em estudantes e profissionais de saúde: análise fatorial da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso 17 jul 2022];11(3):e42511326816. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26816
18. González-Serna JMG, Ferreras-Mencia S, Arribas-Marín JM. Desarrollo y validación de la Escala Axiológica de Hospitalidad para la Humanización de la Enfermería. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 15 mar 2019];25:e2919. DOI: 10.1590/1518-8345.1767.2919
19. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Adults' emotional reactions to the distress of others. In: Eisenberg N, Strayer J, editors. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988. p. 163-84.
20. Eisenberg N, Eggum ND, Di Giunta L. Empathy-related responding: associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Soc Issues Policy Rev* [Internet]. 2010 [acesso 17 jul 2020];4(1):143-80. DOI: 10.1111/j.1751-2409.2010.01020.x
21. Eisenberg N. *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale: Erlbaum; 1986.
22. Formiga NS, Rocha MCO, Souza MA, Stevam ID, Fleury LFO. Confiabilidade da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) no contexto brasileiro. *Revista de Psicología Gepu* [Internet]. 2014 [acesso 17 jul 2020];5(2):32-43. Disponível: <https://bit.ly/3qJTrbq>
23. Decety J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. *Am J Med* [Internet]. 2020 [acesso 20 jul 2020];133(5):561-6. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012
24. Hoffman ML. *Empathy and moral development: implications for caring and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
25. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983 [acesso 14 mar 2019];44(1):113-26. DOI:10.1037/0022-3514.44.1.113
26. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Para o bem do paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde*. São Paulo: Loyola; 2018.
27. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acesso 14 mar 2019];86(3):359-64. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
28. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* [Internet]. 1994 [acesso 4 jan 2022];154(12):1365-70. DOI: 10.1001/archinte.1994.00420120093010
29. Koeche LG, Censi I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Prevalência do erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. *ACM Arq Catarin Med* [Internet]. 2013 [acesso 26 jan 2022];42(4):45-53. Disponível: <https://bit.ly/3KQXERq>
30. Koeche LG, Censi I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Op. cit. p. 51.
31. Riess H. The Science of Empathy. *J Patient Exp* [Internet]. 2017 [acesso 17 jul 2020];4(2):74-77. DOI: 10.1177/2374373517699267
32. Riess H. Op. cit. p. 74. Tradução livre.
33. Derrida J, Dufourmantelle A. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. São Paulo: Escuta; 2003.
34. Batson CD, Eklund JH, Chermok VL, Hoyt JL, Ortiz BG. An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2007 [acesso 4 jan 2022];93(1):65-74. DOI: 10.1037/0022-3514.93.1.65.

35. Hoffman ML. Empathy, role-taking, guilt, and development of altruistic motives [Internet]. Ann Arbor: University of Michigan; 1973 [acesso 17 jul 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3sg3ncS>
36. Stein E. Sobre el problema de la empatía. Madri: Trotta; 2004. p. 27.
37. Lévinas E. Entre nós: ensaios sobre alteridade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
38. Carbonara V. Humanismo do outro homem: perspectivas de uma formação a partir da sensibilidade e da ética com Emmanuel Levinas. Educação e Filosofia [Internet]. 2021 [acesso 26 jan 2022];34(70):307-32. p. 321 DOI: 10.14393/REVEDFIL.v34n70a2020-46884
39. Stotland E, Mathews KE Jr, Sherman SE, Hansson RO, Richardson BZ. Empathy, fantasy, and helping. Beverly Hills: Sage; 1978.
40. Hojat M, Erdmann JB, Veloski JJ, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Med Educ [Internet]. 2002 [acesso 28 jun 2021];36(6):522-7. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x
41. Gilligan C. Uma voz diferente: teoria psicológica e o desenvolvimento feminino. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.
42. Kohlberg L, Levine C, Hewer A. Moral stages: a current formulation and a response to critics: contributions to human development. Chicago: Karger; 1983.
43. Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. Psicol Ciênc Prof [Internet]. 2009 [acesso 17 jul 2020];29(2):212-27. DOI: 10.1590/S1414-98932009000200002
44. Stueber K. Empathy. In: Zalta EN, editor. The Stanford encyclopedia of philosophy [Internet]. Stanford: Stanford University; 2019 [acesso 9 jul 2020]. Disponível: <https://stanford.io/3P3axdv>
45. Suartz CV, Quintana MI, Lucchese AC, De Marco MA. Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [acesso 17 jul 2020];37(3):320-5. DOI: 10.1590/S0100-55022013000300003
46. Meneses RDB. Da hospitalidade em Derrida ao acolhimento em saúde [tese] [Internet]. Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [acesso 20 jun 2021]. p. 46. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.14/10282>
47. D'souza PC, Rasquinha SL, D'souza TL, Jain A, Kulkarni V, Pai K. Effect of a single-session communication skills training on empathy in medical students. Acad Psychiatry [Internet]. 2020 [acesso 4 jan 2022];44(3):289-94. Tradução livre. DOI: 10.1007/s40596-019-01158-z

Adriana Oliveira Andrade Batistella – Mestre – adriana.batistella@pucpr.br

 0000-0002-5502-0039

Élcio Luiz Bonamigo – Doutor – elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

 0000-0002-0226-7070

Waldir Souza – Doutor – waldir.souza@pucpr.br

 0000-0002-4332-2822

José María Galán González Serna – Doutor – josemaria.galan@sjd.es

 0000-0002-5026-4333

Carla Corradi Perini – Doutora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704

Correspondência

Adriana Oliveira Andrade Batistella – Av. Jockey Clube, 485, Vila Hípica CEP 86067-000. Londrina/PR, Brasil.

Participação dos autores

Adriana Oliveira Andrade Batistella e Carla Corradi Perini participaram do desenho da pesquisa, estudo estatístico, redação do manuscrito e revisão científica. Élcio Luiz Bonamigo, Waldir Souza e José María Galán González Serna colaboraram com a interpretação dos resultados e a revisão científica. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Recebido: 28.4.2023

Revisado: 23.6.2023

Aprovado: 18.7.2023