

Nota técnica

A EMPATIA E A HUMANIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DA ORGANIZAÇÃO ARTE DESPERTAR

EMPATHY AND HUMANIZATION IN HEALTHCARE EDUCATION: PERSPECTIVES FROM ARTE DESPERTAR

Rosana Junqueira Morales¹

E-mail: diretoriaexecutiva@artedespertar.org.br

Marina Rosenfeld²

Julia Nader Dietrich³

1 - Diretora executiva da Arte Despertar

2 - Gestora geral da Arte Despertar

3 - Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do ABC (UFABC)

Resumo

Introdução e desenvolvimento: A humanização em saúde exige das diferentes instituições estratégias de formação dos profissionais que nelas atuam. Em diálogo com as competências socioemocionais, a organização social Arte Despertar promove a metodologia Treinamento para o Desenvolvimento Humano (TDH) que visa fortalecer a empatia dos profissionais, convidando-os a estabelecer fronteiras permeáveis com seus pacientes e contexto em que atuam.

Palavras-chave: humanização no cuidado em saúde, acolhimento, empatia, formação de profissionais

Abstract

Introduction and development: Humanization in health requires strategies from different institutions for training their professionals. In dialogue with socio-emotional competencies, the non-governmental organization Arte Despertar promotes its methodology - the Training for Human Development (TDH)-, which aims to strengthen the empathy of

professionals, inviting them to establish permeable boundaries with their patients and the context in which they work.

Key-words: humanization in health care, care, empathy, training of professionals

Introdução e desenvolvimento

Um conceito mais ampliado de saúde que enxerga os sujeitos por uma perspectiva integral vem ganhando cada vez mais espaço nas discussões sobre Humanização. Apesar de não ser um debate novo, as dificuldades ainda são muitas no que tange a atenção à saúde baseada num atendimento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento.

Ter um olhar integral significa considerar os pacientes não só sob o ponto de vista técnico e da doença, mas também sob o aspecto subjetivo, que abarca questões relativas ao sofrimento e às fragilidades possivelmente associadas à doença, assim como condições de moradia, educação e seguridade do indivíduo, entre outras.

Em outras palavras, o conceito de saúde integral compreende que o sujeito é um ser completo, integrado. Ou seja, as dimensões que o compõem são interdependentes: física, emocional, social, cultural. Para se pensar uma saúde integral, é necessário que a medicina seja também um ecossistema saudável e sustentável, que tem como fundamentos centrais uma perspectiva holística entre mente-corpo e o aprendizado colaborativo. Nessa perspectiva, a própria ideia de cura e a criação de condições de saúde devem enfatizar modelos educativos, focados no autocuidado e no apoio comunitário. Por isso, ações de cuidado que abram espaço para que questões como estas possam ser abordadas dizem respeito à humanização dos serviços de saúde¹.

Na área da saúde, ainda predomina, na prática, a influência positivista, expressa pela visão focada na doença, na fragmentação do sujeito, no reducionismo ao biológico, uma vez que a atuação dos profissionais é cientificista, objetivista, excludente, visando adequar o

sujeito a um padrão ideal de bem-estar, enquadrando o paciente em comportamentos definidores, normativos².

A concepção de saúde integral reafirma, assim, a necessidade de uma relação positiva entre paciente e profissional da saúde. Nesse sentido, médicos(as), enfermeiros(as), auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos (as), fonoaudiólogos(as), terapeutas ocupacionais, atendentes, paramédicos(as), auxiliares de limpeza, dentistas, enfim - todos(as) aqueles que atuam no ambiente médico e hospitalar são agentes proativos na promoção do cuidado e atenção a este sujeito integral. Compreender qual é o paradigma qualitativo deste cuidado e quais são as metodologias comprometidas com a totalidade da experiência humana são referências muito necessárias no debate contemporâneo da promoção da saúde e enfrentamento às doenças.

Dessa forma, entende-se que um resultado desejável da humanização na área da saúde é uma boa experiência do usuário, ou seja, a compreensão de que é "a soma de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente ao longo do processo de cuidado"³ (tradução nossa).

Por este motivo, o processo de humanização, segundo Minayo⁴, não pode apenas ser estabelecido por decreto; e sim, deve ser compreendido como uma ação necessariamente dialética e dialógica, e como uma atividade constante. Ou seja, é uma decisão institucional, mas necessariamente pessoal, individual e crítica de cada profissional da saúde.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Beryl, denominada Perspectivas do consumidor sobre a experiência do paciente⁵, indica que 91% dos consumidores acreditam que a experiência do paciente é extremamente importante de modo geral e tem influência significativa em decisões que irão tomar em relação ao cuidado com sua saúde. 78% indicam que a experiência do paciente é importante por conta de sua própria saúde e bem-estar e 69% acreditam que uma boa experiência contribui para resultados positivos e cura no tratamento. O mesmo estudo revelou ainda que no espectro da experiência do paciente, as habilidades de comunicação dos profissionais são mais importantes do que a infraestrutura oferecida pela unidade de atendimento, revelando que, embora haja uma importância nas

condições do ambiente, a relação humana prevalece.

Para Alvarenga e Baia, para uma boa experiência do paciente é necessário estabelecer um equilíbrio entre as competências técnicas e habilidades subjetivas (hard e soft skills, respectivamente) do profissional, que, necessariamente deve atuar em equipe, em um ambiente colaborativo e cuja cultura organizacional tenha como foco o cuidado centrado no paciente⁶. De acordo com o Instituto de Medicina dos Estados Unidos, é necessário ter atitude de parceria entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares garantindo que todas as decisões respeitem as necessidades e as preferências dos pacientes⁷.

Stange et al. definem que uma ação centrada no paciente tem os seguintes elementos como essenciais, e que, inclusive devem servir de marcos para avaliação da estratégia: profissional com estilo de comunicação empático, com clareza para explicar e garantia do entendimento e validação do paciente, parceria entre paciente e profissional para tomada de decisão compartilhada e definição do curso de tratamento, tempo adequado de visita/consulta e confiança do paciente⁸.

Entre os muitos exemplos bem sucedidos sobre experiência do paciente, vale ressaltar o caso da Clínica Cleveland, em Ohio, nos Estados Unidos. O hospital que já era considerado uma referência na qualidade técnica, em 2006, viveu uma completa reforma em sua cultura organizacional e hoje é a maior referência em atender integralmente as necessidades do paciente. A instituição adotou o mote "Pacientes em primeiro lugar"⁹ (tradução nossa) como um compromisso de prestar atendimento capaz de abordar todas as necessidades do paciente, incluindo não apenas seu bem estar físico, mas suas necessidades educacionais, emocionais e espirituais.

Para alcançar a mudança necessária, a instituição investiu fortemente na criação de estratégias formativas e de gestão focadas na comunicação empática de todos os profissionais.

Essa abordagem também foi testada por Expósito et al.¹⁰ que identificaram que a performance de estudantes de enfermagem na prática clínica é positivamente correlacionada com as competências socioemocionais dos estudantes. Ou seja, segundo eles, quanto maior o domínio das habilidades

socioemocionais, maior o resultado em uma prática clínica simulada. Hurley, Hutchinson, Kozlowski, Gadd e Vorst¹¹ identificaram que estudantes de graduação de enfermagem que recebem treinamento em habilidades socioemocionais antes do internato melhoram sua entrada nos hospitais e atuação na pós-graduação, especialmente os que atuam com saúde mental.

E é diante desse contexto, que a Arte Despertar (AD) - organização social que desenvolve metodologias e abordagens na área da saúde para qualificar a relação entre pacientes, acompanhantes e profissionais-, entendeu que tinha um papel importante para apoiar o desenvolvimento de metodologias formativas para os diferentes colaboradores do sistema de saúde no País.

Em diálogo com as discussões sobre Humanização na Saúde, desde 1997, a organização atua em diferentes hospitais e instituições de saúde diretamente com os pacientes e realiza formações de profissionais na área, usando a arte e a cultura como importante ferramenta no processo de acolhimento das pessoas. Partindo do pressuposto de que a arte tem um vigor expressivo em acionar signos que sensibilizam e despertam para a riqueza das relações e da trajetória individual, e a cultura resgata os elementos significativos para os sujeitos a partir de um universo povoado por valores, símbolos e sentidos, é possível estabelecer uma importante intersecção entre arte e o cuidado em saúde.

Com base na sua atuação direta com pacientes, acompanhantes e profissionais por meio da arte e da cultura, a AD desenvolveu uma metodologia - o Treinamento para o Desenvolvimento Humano (TDH) -, que tem como foco apoiar os profissionais da saúde a desenvolverem habilidades e atitudes capazes de impactar o cotidiano das instituições, contribuindo para a Humanização da Saúde, especialmente no apoio ao desenvolvimento de práticas e ambientes acolhedores.

Este percurso formativo fortalece a ideia de que o respeito aos aspectos subjetivos da relação entre profissionais de saúde e pacientes representa um fator de proteção à saúde, na medida em que garante escuta ativa e o reconhecimento da singularidade e das necessidades do paciente¹².

Consonante com as competências socioemocionais necessárias ao trabalho no Século XXI, o desenho formativo proposto pela AD se apresenta como

um caminho para a reflexão da práxis do profissional na área da saúde e como um convite para fortalecer a atuação coletiva e colaborativa das equipes.

O TDH dialoga com diferentes abordagens e metodologias do campo da Humanização em Saúde, com especial atenção ao desenvolvimento de habilidades de comunicação empáticas e estabelecimento de relacionamentos profícuos. Para tanto, a instituição lança mão de estratégias andragógicas contemporâneas que associam conhecimentos sobre desenvolvimento profissional e trabalho - Recursos Humanos - e investigação do desenvolvimento pessoal/ individual - Psicologia e Educação.

O TDH é um modelo de autoformação permanente do profissional de saúde que compreende cinco etapas ou fases formativas: Identidade/autoconhecimento; Percepção; Empatia; Comunicação e Relacionamento. Parte-se do reconhecimento do próprio indivíduo, sua origem, crenças, expectativas, medos para então perceber o Outro, seja ele um colega da equipe, o paciente, o acompanhante, suas respectivas identidades e o contexto em que se inserem. Ao reconhecer o Outro, pressupõe-se o desenvolvimento da empatia, fundamental para a interação entre profissional e paciente. Este olhar empático é então aplicado a um conjunto de estratégias de comunicação que visam fortalecer um diálogo efetivo, claro e respeitoso com a diversidade de sujeitos envolvidos no ambiente. Por fim, com base em uma comunicação empática, que estabelece o que Hutchinson¹³ descreve como "fronteiras permeáveis", o profissional estabelece então um relacionamento profícuo com seu(s) paciente(s) e sua equipe. Este relacionamento - se bem construído - responde diretamente às demandas da humanização em saúde, uma vez que respeita a cultura do paciente, interage na cultura local e institucional, preserva a centralidade dos indivíduos envolvidos, e contribui para uma dinâmica colaborativa e segura para todos¹⁴⁻¹⁶.

Por fim, dado o caráter autoformativo permanente do ciclo, este se recomeça. A cada novo encontro, novo paciente, o profissional é convidado a se reexaminar, e compreender aquele atendimento em seu contexto específico, com aquele sujeito específico. Ou seja, a prática dialógica se

apresenta como contínua, como um exercício permanente¹⁷.

Ao se relacionar diretamente com as competências socioemocionais, o TDH pressupõe que cabe aos agentes de saúde alcançar melhores formas de comunicação empática e trabalho em equipe para a resolução de problemas, mediando eventuais conflitos, com profundo respeito pela diversidade.

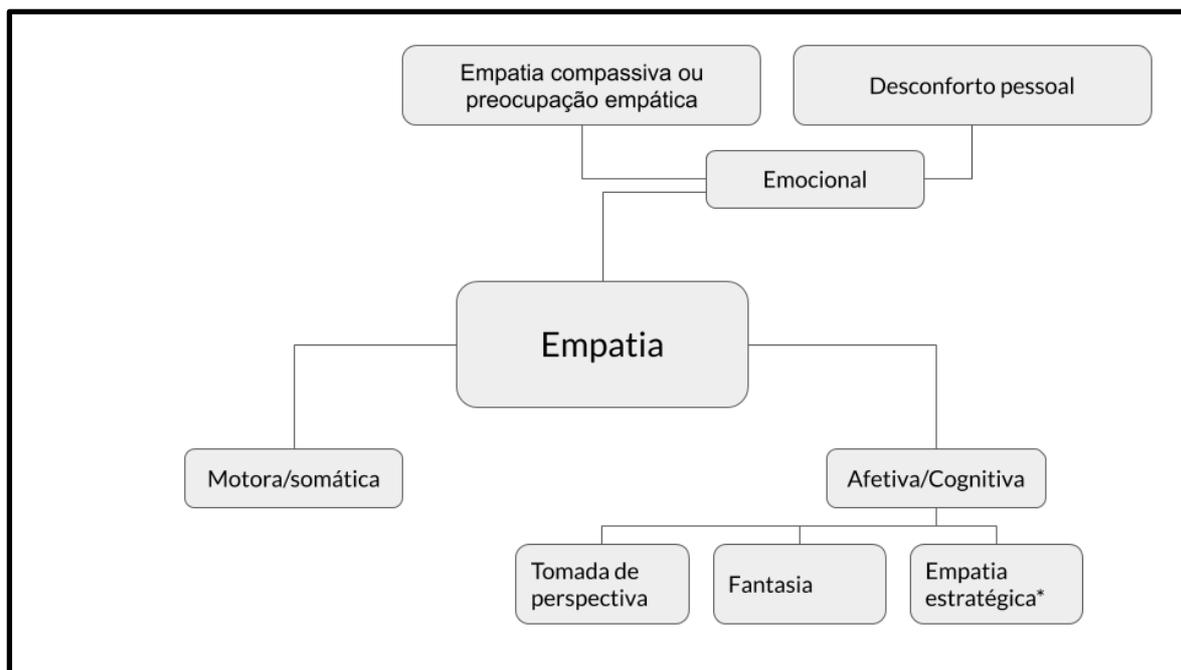
Uma vez que o profissional compreende a si próprio e ao contexto/Outro, ele é então convocado a empatizar com as questões trazidas ou apresentadas pelo paciente, pela sua equipe ou por familiares/acompanhantes, garantindo um distanciamento adequado para se preservar e, inclusive, garantir ações técnicas pertinentes e de qualidade.

Dessa forma, como parte estruturante do TDH, é preciso que o profissional da saúde consiga compreender como a empatia se apresenta em seu cotidiano, seja no diálogo direto com seus pacientes, seja no trato dos familiares destes ou no fazer colaborativo com sua equipe.

O termo empatia apareceu inicialmente na psicologia como uma tradução do alemão *emfühlung*^{18,19}, que literalmente significa "sentir-eu", ou "sentir em mim"; ou seja, a habilidade de perceber a experiência subjetiva de outra pessoa. Ela difere de outras expressões compassivas, como, por exemplo, a piedade ou o sentimento de pesar, "pois estas não envolvem a tentativa de compreender as emoções ou o ponto de vista da outra pessoa"²⁰ (tradução nossa).

Segundo Krznicaric, "a empatia tampouco é o mesmo que a Regra de Ouro 'faça para os outros aquilo que gostaria que fizessem para você', pois isto supõe que os seus próprios interesses coincidem com o deles"²⁰ (tradução nossa) e que ter empatia é justamente tentar descobrir estes interesses diferentes. Está relacionada com a capacidade de compreensão e entendimento do estado emocional do Outro.

O conceito, porém, segundo a literatura contemporânea tem sido compreendido como um construto multifacetado e não estanque²¹ e que pode ser, então, subdividido em categorias: empatia afetiva, empatia emocional ou cognitiva e empatia motora ou somática²², que por sua vez são subdivididas em outras categorias como demonstrado na Figura 1.



Fonte: Elaboração própria com base em Raine A, Chen FR²².

Figura 1 – Tipos de empatia.

Embora parte dos pesquisadores argumentem que estas dimensões não estão dissociadas e são inter-relacionadas²³, é interessante compreender cada uma destas categorias, tendo como foco o conceito de fronteiras permeáveis de Hutchinson e sua relação com a humanização em saúde.

De acordo com Blair²¹, a empatia afetiva ou emocional diz respeito à habilidade do sujeito de sentir o sentimento do Outro, respondendo com uma emoção apropriada ao que o Outro expressa. Já a empatia cognitiva, também chamada de Teoria da Mente ou mentalização, está relacionada com a capacidade de compreensão e entendimento do estado emocional do outro. Segundo Kanske, Böckler, Trautwein, Parianen Lesemann e Singer, um bom empata emocional não necessariamente consegue compreender o estado emocional do outro (mentalização) e alguém que entende racionalmente a emoção alheia, não necessariamente responde emocionalmente a esse sentimento²⁴.

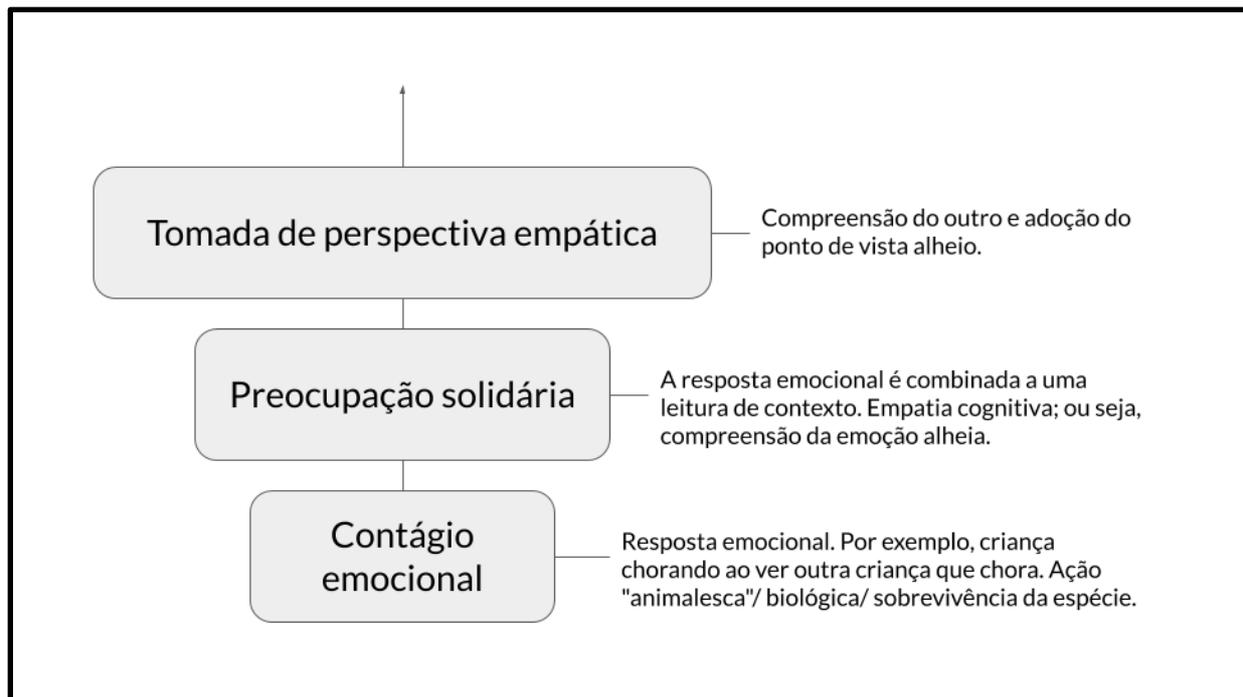
A empatia motora ou somática, por sua vez, é uma reação física, associada a neurônios espelhos, que ativam resposta no sistema nervoso somático²⁵ e que segundo alguns autores é necessária para que ambas formas de

empatia - cognitiva e emocional - aconteçam²⁶. Um exemplo da empatia somática é virar o rosto quando um animal é atropelado, ou sorrir quando alguém lhe sorri²².

A empatia emocional pode ser compreendida em dois subtipos: a empatia compassiva ou preocupação empática, que diz da habilidade de sentir compaixão e preocupação a partir da emoção alheia e o desconforto pessoal, que diz de sentimentos de ansiedade ou desconforto em resposta ao sofrimento alheio, ou como aponta De Waal, aquilo que "faz a outra parte egoisticamente buscar o alívio para seu próprio desconforto, que mimetiza o do sujeito em questão"²⁶ (tradução nossa).

Em relação à empatia afetiva/cognitiva, três subtipos se apresentam: a empatia de tomada de perspectiva, que diz da tendência de imediatamente compreender e adotar a perspectiva do Outro; a da fantasia, que se refere à tendência de se imaginar em situações fictícias, vivenciando fortemente as emoções de um personagem de livro ou filme e a empatia estratégica ou tática, que diz de fazer uso consciente de um comportamento ou ação empática para atingir determinado fim. Esta última é fruto de bastante discordância na literatura, pois diz de um comportamento relacionado a outras esferas psicológicas, como, por exemplo, o caráter²⁷⁻²⁹.

Para De Waal, há uma espécie de verticalidade em níveis ou evolução nos tipos de empatia (Figura 2). O pesquisador que associa o comportamento empático em humanos e animais indica que existem evidências crescentes de que o cérebro é programado para a conexão social, e que a empatia pode muito bem fornecer motivação para que indivíduos que trocaram benefícios no passado continuem fazendo o mesmo no futuro. Segundo ele, portanto, há uma conexão profunda entre empatia e altruísmo, e que observando a tomada de perspectiva empática é possível aferir que há uma predisposição da espécie humana para atuar altruisticamente em nome do próximo e bem coletivo.



Fonte: Elaboração própria com base em De Waal²⁷.

Figura 2. Evolução dos tipos de empatia

A pesquisa de De Waal e de outros biólogos evolucionistas, bem como sociólogos e psicólogos questionam a visão dos últimos trezentos anos que formaram a ideia do homem como sujeito egoísta, preocupada com a sobrevivência de si próprio e com fins individualistas. Segundo Krznaric, as pesquisas das últimas três décadas têm colocado em xeque esse imaginário da criatura individualista para a compreensão do homem como homo empathicus - criaturas fisicamente equipadas para sentir empatia.

Assim, retomando o conceito de Hutchinson de "fronteiras permeáveis", pode-se compreender que o profissional da saúde precisa ser empata, mas sem se imiscuir na dor ou nas demandas psicológicas e emocionais do seu paciente ou colega de equipe. Ou seja, ele precisa conseguir "se separar" do contexto e do Outro, mas permitir uma troca saudável de emoções.

Para isso, a escuta ativa apresenta-se, então, como algo fundamental na construção de relações empáticas e conseqüentemente humanizadas. Uma escuta qualificada, com foco no interlocutor e no momento presente permite, no contato com o Outro, suspender ou dirimir julgamentos e exercitar a empatia. Essa competência confere a condição de buscar

compreender o Outro em suas especificidades, absorver informações relevantes que são apresentadas e estreitar relações de troca horizontal.

Como sequência de suas atividades, a AD avança em viabilizar o TDH em plataformas de aprendizagem online, buscando expandir as formas e caminhos para a formação de profissionais, incluindo ferramentas para mensurar quantitativa e qualitativamente os atributos a serem alcançados no processo educativo.

Referências

1. Hamilton JA, Phillips KL, Green A. Integral medicine and health. *World Futures*. 2004 Jun 1;60(4):295-302.
2. Gomes AM, Paiva ES, Valdés MT, Frota MA, Albuquerque CD. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc*. 2008;17:143-52.
3. The Beryl Institute [homepage na internet]. Defining patient experience. [acesso em 27 mai 2020]. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX>.
4. Minayo MC. O desafio do conhecimento. 6 ed. São Paulo: HUCITEC; 2000.
5. Wolf J. Consumer Perspectives on Patient Experience 2018. The Beryl Institute; 2018.
6. Alvarenga MA, Baia WRM. Hospital Sírio Libanês. [homepage na internet]. Paciente como protagonista nos cuidados à saúde, 2017. [acesso em 29 mai 2020]. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/paciente-como-protagonistanos-cuidados-a-saude.aspx>.
7. Corrigan JM, Swift EK, Hurtado MP, editors. Envisioning the national health care quality report. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
8. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, Gill

- JM. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J. gen. intern. med.* 2010 Jun 1;25(6):601-12.
9. Cosgrove T. *The Cleveland clinic way. Lessons in excellence from one of the worlds.* McGraw-Hill; 2014.
 10. Expósito JS, Costa CL, Agea JL, Izquierdo MD, Rodríguez DJ. Ensuring relational competency in critical care: Importance of nursing students communication skills. *Intensive crit. care nurs.* 2018 Feb 1;44:85-91.
 11. Hurley J, Hutchinson M, Kozlowski D, Gadd M, Van Vorst S. Emotional intelligence as a mechanism to build resilience and non-technical skills in undergraduate nurses undertaking clinical placement. *Int. j. ment. health nurs.* 2020 Feb;29(1):47-55.
 12. Roter D. The medical visit context of treatment decision making and the therapeutic relationship. *Health expect.* 2000 Mar;3(1):17-25.
 13. Hutchinson TA. Whole person care. In: *Whole person care: a new paradigm for the 21st century.* New York, NY: Springer; 2011. p. 1-8
 14. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *FamMed* 2002;34(5):353-61.
 15. Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA.* 1995 Jan 25;273(4):323-9.
 16. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiol. scand.* 2009;53(2):143-151.
 17. Dobkin PL. Transformation: Bottom Up, Top Down or Both? *International Journal of Whole Person Care.* 2018 Jun 18;5(2).
 18. Titchener EB. *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes.* Macmillan; 1909.
 19. Lanzoni S. Empathy in translation: Movement and image in the psychological laboratory. *Sci. context.* 2012 Sep 1;25(3):301.

20. Krznaric R. O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. Editora Schwarcz-Companhia das Letras; 2015 Mar 6.
21. Blair RJ. Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious. cogn.* 2005 Dec 1;14(4):698-718.
22. Raine A, Chen FR. The cognitive, affective, and somatic empathy scales (CASES) for children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2018 Jan 2;47(1):24-37.
23. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders.* 2007 Apr 1;37(4):709-15.
24. Kanske P, Böckler A, Trautwein FM, Parianen Lesemann FH, Singer T. Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition. *Soc. cogn. affect. neurosci.* 2016 Sep 1;11(9):1383-92.
25. Iacoboni M. Imitation, empathy, and mirror neurons. *Ann. rev. clin. psychol.* 2009 Jan 10;60:653-70.
26. Van der Graaff J, Meeus W, Wied M, Boxtel A, Lier PA, Koot HM, et al. Motor, affective and cognitive empathy in adolescence: Interrelations between facial electromyography and self-reported trait and state measures. *Cognition and Emotion.* 2016 May 18;30(4):745-61.
27. De Waal FB. Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Ann. rev. psychol.* 2008 Jan 10;59:279-300.
28. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders.* 2007 Apr 1;37(4):709-15.
29. Gaspar IF. Autocompaixão e regulação emocional na adolescência [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2014.