



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**DEOCLÉCIO LUCHINI JUNIOR
LAURA LANGE BIESEK**

**EMPATIA MÉDICA E O SOFRIMENTO MENTAL: UMA ABORDAGEM NA
ATENÇÃO BÁSICA**

**CHAPECÓ - SC
2019**

**DEOCLÉCIO LUCHINI JUNIOR
LAURA LANGE BIESEK**

**EMPATIA MÉDICA E O SOFRIMENTO MENTAL: UMA ABORDAGEM NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Artigo resultante do Trabalho de Curso de graduação apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul como parte dos requisitos para obtenção do título de Médico (a) na Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Jane Kelly Oliveira Friestino

**CHAPECÓ – SC
2019**

Deoclécio Luchini Junior
Laura Lange Biesek

Empatia Médica e o Sofrimento Mental: Uma Abordagem na Atenção Básica

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - *campus* Chapecó.

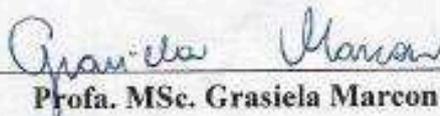
Orientadora Prof. Dra. Jane Kelly Oliveira Friestino

Este trabalho de curso foi definido e aprovado pela banca em: 31 / 10 / 2019

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Agnes de Fátima Pereira Cruvinel



Profa. MSc. Grasiela Marcon

SUMÁRIO

Resumo.....	1
Introdução.....	1
Metodologia.....	3
Desenvolvimento	4
<i>Empatia identificada na escuta ativa por parte do médico:</i>	4
<i>Estratégias que permitam melhor atendimento ao paciente:</i>	9
<i>Mobilização de sentimentos:</i>	12
Conclusão	14
Conflitos de Interesse.....	14
Abstract	15
Referências	16

EMPATIA MÉDICA E O SOFRIMENTO MENTAL: UMA ABORDAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Jane Kelly Oliveira Friestino¹

Deoclécio Luchini Junior²

Laura Lange Biesek³

Resumo

A abordagem do sofrimento mental por médicos da Atenção Básica figura entre os grandes eixos enfatizados pela Política Nacional de Atenção Básica, exigindo uma gama de habilidades do profissional que com ela atua. Destaca-se a relevância da empatia no processo do desenvolvimento da relação médico-paciente e todos os produtos oriundos dessa interação. Para analisar possíveis consequências que uma relação empática traz à prestação de cuidado, procurou-se realizar uma pesquisa que identificasse aspectos relacionados à empatia em médicos atuantes na Atenção Básica, no atendimento à pessoa com sofrimento mental. A metodologia foi qualitativa, explorando entrevistas semiestruturadas desenvolvidas com médicos generalistas da Atenção Básica em quatro Unidades Básicas de Saúde, as duas com maior e as duas com menor proporção da prescrição de psicotrópicos. Com base nos dados, identificaram-se três categorias de análise: empatia identificada na escuta ativa por parte do médico, estratégias que permitam melhor atendimento ao paciente e mobilização de sentimentos. Observou-se que, apesar de inerente à relação médico-paciente, a empatia não foi uma constante; entretanto, percebe-se que quanto maior sua mobilização e mais apropriado for o seu uso, mais resolutivo torna-se o atendimento. Isso demonstrou-se importante em consultas de abordagem de sofrimento mental por facilitar a interação entre médico e paciente e proporcionar conforto para que o último divida suas angústias, forme vínculo e participe do processo de contrato terapêutico. Conclui-se ser a empatia uma habilidade técnica com extenso respaldo científico na sua utilização e que proporciona resultados positivos, sendo ferramenta primordial no atendimento à pessoa que sofre.

Palavras-chave: Empatia; Sofrimento Mental; Atenção Básica

Introdução

A Atenção Básica constitui-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde; e, frequentemente, o primeiro contato do usuário ao serviço. Sendo assim, a abrangência desse

¹ Professora Adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó.

² Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó.

³ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul *campus* Chapecó.

nível de serviço de saúde é bastante ampla, exigindo múltiplas habilidades do médico ao atendimento. Nesse contexto, a abordagem do sofrimento mental é considerada um dos eixos principais da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Dentre as habilidades necessárias ao atendimento àquele que busca por atendimento no sistema de saúde por sofrimento mental, é necessário destacar a relevância que a mobilização de empatia representa dentro da prestação de cuidado: configurando uma entidade integrada no *know-how* médico, com a demonstração dela servindo à função de melhorar todo o processo de cuidado ao paciente e à vida deste. A Associação de Faculdades Médicas Americanas atesta que médicos devem ser compassivos e empáticos no cuidado com pacientes (AAMC, 1998). Similarmente, o Segundo Princípio Fundamental do Código de Ética Médica Brasileiro atesta que:

“II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”
(CFM, 2009, p. 30)

O campo da medicina não é exclusivamente dedicado a produzir e sustentar os mais conhecedores e habilidosos médicos; mas também os mais cuidadosos e empáticos. Nesse sentido, a empatia pode ser definida como uma habilidade que envolve entender as experiências e perspectivas interiores do paciente e uma capacidade de comunicar esse entendimento e agir a partir dele. Existem quatro componentes da construção empática: 1. Emotivo, a habilidade de imaginar e compartilhar os sentimentos ou estado psicológico de um paciente; 2. Moral, a motivação interna do médico de expressar empatia; 3. Cognitivo, a habilidade intelectual de identificar e entender as perspectivas e emoções de um paciente; e 4. Comportamental, a habilidade de comunicar essa compreensão das emoções e perspectivas do paciente (KELM, et al; 2014).

A empatia afetiva (emocional) explica como pessoas tornam-se cientes dos estados mentais umas das outras, um estado no qual o observador toma para si a emoção do outro, subjetivamente experienciando e compartilhando o estado emocional ou sentimentos de outra pessoa, gerando preocupação que precede e contribui para o comportamento de amparo. A empatia cognitiva é a habilidade de identificar e compreender os sentimentos e perspectivas de outra pessoa de uma instância objetiva; é a competência de compreender as experiências de outros sem evocar uma resposta emocional na pessoa; sendo uma proficiência que é adquirida e passível de ser aperfeiçoada. A empatia comportamental faz referência à habilidade de comunicar a compreensão que o médico tem da perspectiva do paciente, junto à uma habilidade

de agir a partir desse entendimento de forma produtiva e sem perder a fronteira entre o receptor e o emissor, ou seja, sem perder a consciência da diferença entre si e o outro. A empatia moral é uma motivação interna de preocupação pelo outro e um desejo de agir de forma a aliviar seu sofrimento através de cuidados e atitudes altruístas (JEFFREY, 2016).

Perceptivelmente, a empatia é um conceito complexo; definindo-se, de modo geral e pouco específico, como uma habilidade que permite colocar-se no lugar do outro, de modo a entender a atual situação desse e, com isso, promover um melhor auxílio a ele (HEMMERDINGER; STODDART; LILFORD, 2007).

No campo da saúde mental, a empatia permite uma melhor compreensão da experiência do usuário, favorecendo a relação médico-paciente. Uma falha ao estabelecer empatia pode enfraquecer a ligação com o usuário, embora possa ser uma pista no diagnóstico de processos fisiopatológicos inseridos no paciente. A imersão empática no universo psicológico do paciente é uma forma de determinar e analisar o que ele realmente experimenta. O médico deve colocar de lado sua leitura usual do mundo para contextualizar, subjetiva e culturalmente, a experiência do paciente (PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JÚNIOR; 2015).

Essas atitudes facilitam o estabelecimento de um vínculo empático no atendimento médico, pois interferem no compartilhamento de decisão, na adesão do paciente ao tratamento e no retorno desse às consultas.

Considerando a relevância da discussão acerca da importância da empatia na prestação de cuidado, buscou-se avaliar os recursos empáticos que são empregados pelos médicos nas consultas que abordam a saúde mental. Dessa maneira, esse artigo teve por objetivo identificar aspectos relacionados à empatia em médicos atuantes na Atenção Básica, no que refere-se ao atendimento à pessoa com sofrimento mental. Os pormenores analisados são todos os que referem-se aos traços empáticos de personalidade e que tornam-se importantes instrumentos para um bom processo comunicativo e estabelecimento de uma boa relação entre emissor e receptor.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, transversal, em que os sujeitos da pesquisa foram oito médicos atuantes em quatro unidades básicas de saúde selecionadas intencionalmente.

A amostra foi formulada a partir de um estudo quantitativo das prescrições de psicotrópicos dentro da Atenção Básica do município de Chapecó, Santa Catarina; no período de março a maio do ano de 2016; como parte do Projeto intitulado: “Sofrimento mental na

Atenção Básica: Profissionais, diagnóstico e tratamento em um município da região oeste de Santa Catarina”.

A partir desse estudo, foram selecionadas as duas unidades de saúde com maior porcentagem de prescrições e as duas unidades com menor proporção. As UBS com maior prescrição foram a 1 e a 2; e as com menor prescrição percentual foram a 3 e a 4. A partir dessa amostra, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os médicos atuantes nas unidades no período de coleta de dados, totalizando oito entrevistas com uma média de 30 minutos cada. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas. A análise foi feita com base nos áudios e transcrições das entrevistas, submetidas à metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), contendo as seguintes categorias temáticas: Empatia identificada na escuta ativa por parte do médico; Estratégias que permitam melhor atendimento ao paciente; e Mobilização de sentimentos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Chapecó, por meio do parecer 1.647.056 de 2016.

Desenvolvimento

Através da releitura e transcrição das respostas dos médicos ao questionário, foi possível elencar três categorias: Empatia identificada na escuta ativa por parte do médico, Estratégias que permitam melhor atendimento ao paciente e Mobilização de sentimentos. Tais categorias apresentam, dentro de si, exemplos positivos e negativos referentes à demonstração e mobilização de empatia, contribuindo na análise dessa entidade na abordagem do sofrimento mental na Atenção Básica.

Empatia identificada na escuta ativa por parte do médico:

A empatia identificada na escuta ativa por parte do médico configura-se em demonstrações, incorporadas nos relatos médicos, de uma estruturação do atendimento baseada em ouvir ativamente anseios do paciente, permitindo ao último maior abertura e liberdade para a transposição do próprio sofrimento. Cria-se uma relação médico-paciente de qualidade ao mesmo tempo que se aproveita de uma metodologia de elaboração de cuidado que permite afluência de uma grande quantidade de informações, dada a confiança instigada no paciente junto à liberdade de expressão oferecida para a demonstração de suas queixas; concomitantemente utilizando-se do potencial terapêutico que essa interação pode oferecer.

“É importante sempre abordar se, por exemplo, se ele está tendo choro fácil, né, se está se sentindo isolado, sozinho, sem ninguém para conversar, deixa eu pensar, outra coisa importante também é se está com falta de vontade de fazer as coisas, falta de vontade de fazer as atividades diárias, de trabalhar, de acordar de manhã, se está tendo insônia, se está dormindo bem à noite, se já teve ideiação suicida, tristeza, ansiedade, também, como está a relação com as outras pessoas, familiares, em casa, né, e se isso está afetando a qualidade de vida dele, né. Se isso está afetando no trabalho, nas atividades diárias.” Médico 1 - Unidade 4

Algumas ações podem ser utilizadas por profissionais da Atenção Básica, tais como: propiciar instantes para o pensamento/reflexão do usuário, praticar boa comunicabilidade, cultivar a habilidade da empatia, lembrar-se de ouvir aquilo que o usuário necessita expressar, acolhê-lo e às suas demandas emocionais como legítimas; promover apoio na medida adequada, sem torná-lo dependente, mas também sem causar ônus ao profissional; e distinguir os padrões de compreensão do usuário (BRASIL, 2013, p. 22-23). Dessa forma, percebe-se a importância de exercer traços empáticos no atendimento de casos relacionados à saúde mental. Isocronamente, atitudes que sejam responsáveis por melhor atender àquele que sofre evidenciam uma compreensão acerca das necessidades do usuário; e considerar essas particularidades, conjecturando a individualidade inerente ao atendimento de cada pessoa, exige empatia por parte daquele que fornece o cuidado.

“Primeiramente eu deixo o paciente falar, né, a gente estimula o paciente a falar tudo o que ele está sentindo, né, os sintomas que ele está apresentando. Depois, quando termina, aí a gente faz a complementação com algumas perguntas, que no caso, o que faltou, caso ele não tenha falado a gente faz as perguntas para tentar complementar a anamnese para chegar num diagnóstico” Médico 1 - Unidade 3

“Como que eu converso com o paciente? Ele conversa comigo na verdade, eu sou uma boa ouvinte” Médico 1 - Unidade 1

“Tu consegue montar perfeitamente um quadro de um depressivo, é perfeito assim, tu só tem que dar tempo para ele falar” Médico 1 - Unidade 1

A abordagem psicossocial envolve o sujeito em suas várias dimensões; as articulações entre o psíquico e a sociedade. Ela compreende que relações em rede marcam nossa história de vida, com manifestações diárias das estruturas familiar, social e experiências culturais. Os fenômenos biopsicossociais interdependem e interagem entre si. As relações entre o sujeito e a rede social que o acompanha passam a ocupar um lugar favorecido. Em relação a transtornos mentais, deve-se ultrapassar a concepção de que são meramente de ordem individual, desagregados dos demais domínios de vivência do indivíduo; com ações que embasam-se em responsabilidades compartilhadas (ALVES; FRANCISCO, 2009). Nos relatos, é perceptível

como a investigação ultrapassar a queixa principal do paciente evidencia a existência de empatia na relação. Compreender o indivíduo além da sua categoria individual faz-se necessário para perceber a realidade do outro, colocando o médico em uma posição de maior conexão com o paciente.

“Assim, geralmente é feito uma conversa né, pra definir bem o que está acontecendo, se isto está atrapalhando muito na vida cotidiana deles, se já foi, por exemplo, pensado em suicídio né ou não. Daí é feito uma abordagem ampla, assim né, de como é que é a família, como é que é no trabalho, na escola, além, não só aquilo, não aquilo que só o que tá incomodando o paciente, mas uma abordagem meio geral né. Geralmente se já tem algum sofrimento por parte do paciente, eu já início algum tipo de antidepressivo, né, já na primeira consulta, e se é necessário eu também faço encaminhamento para a psicóloga” Médico 1 - Unidade 4

“Não, não! Não é fechar diagnóstico! A gente vê o contexto, assim.” Médico 1 - Unidade 4

Uma das estratégias propostas em 2003 pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde foi a Escuta Qualificada, que acarreta em uma escuta ampliada, em ambientes apropriados, adaptada às individualidades de cada usuário, estimando as razões que fomentaram a busca pelo serviço, reconhecendo as necessidades e conduzindo para a resolução de seus dilemas, através do manejo dos recursos de trabalho em saúde e tornando o serviço apto a abrigar e pactuar respostas mais adequadas aos utilizadores (DE ARAÚJO DUARTE et al, 2017).

“Na verdade a gente avalia como um todo. Não só, - Ai, veio por causa de sofrimento mental, mas tenta abordar outras coisas também, né, se ele tem alguma doença, né, hipertensão, diabetes, outros tipos de doença, se pode ser feito, se tem alguma outra doença por trás disso, se é necessário, a gente pede exames, né, as vezes, por exemplo, o paciente relata um dor no peito, né, para excluir alguma causa cardíaca, né, primeiro pede os exames, né, mas as vezes tá bem visto assim que é por uma doença mental mesmo, ansiedade, né, mas a gente sempre tenta excluir outras causas,” Médico 1 - Unidade 4

“Primeiro os critérios clínicos, né. Esse vai valer para qualquer tipo de paciente. Independente da faixa etária, da escolaridade, da renda, os critérios clínicos tem que ser sempre levados em consideração. Mas tem também os critérios individuais de cada um, que é justamente o local de moradia, o trabalho, o dia a dia. Por exemplo, para diagnosticar uma pessoa com ansiedade, tem que ver se a pessoa tem o transtorno de ansiedade generalizada, né, ou se de repente ela está na faculdade num período de provas, se ela está com instabilidade no emprego ou num momento que vai ser demitida, não vai. Então tem esses critérios individuais de cada um

também: o momento que ele está passando, a família, o trabalho.” Médico 1 - Unidade 3

Dessa forma, compreender primeiro a demanda da pessoa que sofre antes de encaminhá-la a outro profissional, deixando-a tranquila para falar, chorar e abrir-se livremente no momento da consulta para identificar a real motivação da procura pelo atendimento e todos os aspectos subjacentes à queixa, são ferramentas que estabelecem uma relação médico-pessoa mais empática e constituem uma abordagem mais resolutiva.

“Questão de sofrimento, quando a gente vê que a pessoa tem um sofrimento, sofrimento né questão de não ter um bem estar podemos assim dizer na hora, então, quando a gente percebe que tu tem uma tristeza um pouco maior, que tem angústias, tem uma ansiedade impossibilitando você de ir além, aí a gente começa a conversar com a pessoa, certo?” Médico 1 - Unidade 1

“Afeta o diagnóstico. Se ele tem os critérios clínicos bem claros, aí já tem, teoricamente, o diagnóstico. Mas se ele tem alguns critérios clínicos que fecham e outros não, mas na parte pessoal dele tem outras coisas por trás que estão prejudicando, aí vai dependendo. Pode ser que inicie o tratamento, ou não.” Médico 1 - Unidade 3

Desenvolver uma consulta centrada no relato do paciente, concedendo tempo para o paciente explicar sua demanda, facilitam a conexão empática entre o médico e pessoa e representam a empatia inserida nos relatos; ao mesmo tempo que servem à função terapêutica que permeia a escuta qualificada.

“Às vezes é bom conversar um pouquinho, tentar entender um pouquinho mais sabe. A pessoa podendo falar e alguém que escute ela, as vezes melhora também, né, também é um método terapêutico vejo eu dessa forma, né. Alguns colegas gostam de fazer o famoso limpa banco, né. Atendem super-rápido.” Médico 2 - Unidade 3

O médico de família e comunidade, ao atuar na Atenção Básica à Saúde, apresenta quatro princípios básicos, dentro os quais:

Princípio I: O médico de Família e Comunidade é um clínico qualificado.

Princípio II: A atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade.

Princípio III: o médico de família e comunidade é recurso de uma população definida.

Princípio IV: a relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade (GUSSO; LOPEZ, 2012, p. 9).

A partir dos princípios citados, é perceptível que o médico que atua na Atenção Básica deve adaptar-se à população onde atua e aos recursos disponíveis no ambiente onde se insere, mantendo uma boa relação médico-paciente (GUSSO; LOPEZ, 2012). Não obstante, atitudes

que objetivem a melhorar o fluxo do sistema também apontam uma personalidade empática do médico, extrapolando as dimensões do paciente individualmente sendo atendido e abrangendo a comunidade adscrita como um todo. Ser maximamente resolutivo dentro da Atenção Básica, encaminhando apenas casos específicos, desafoga a atenção especializada e permite que todos que precisam de atendimento o recebam proporcionalmente à complexidade do próprio caso.

“A gente tenta resolver o máximo aqui dentro da unidade. Quando não consegue, a gente, os casos mais graves, depressão grave, esquizofrênicos, bipolares que estão em surtos psicóticos, aí a gente tem que encaminhar para o CAPS II ou encaminha para a internação do hospital para sair da crise como no suicídio, matar alguém, enfim, quando está em algum surto e depois retorna com a gente” Médico 3 - Unidade 3

“porque se a gente vai encaminhar tudo, aí acaba que as pessoas que realmente precisam vão demorar para chegar até lá” Médico 1 - Unidade 4

De modo a contrapor os relatos, é perceptível quando há falta do estabelecimento da conexão empática na relação médico-pessoa quando, pelo desejo de resolutividade, o médico identifica indícios de sofrimento mental e sente-se mais seguro em encaminhar o paciente do que em estabelecer uma relação mais profunda, um diálogo. Outro contraponto é o fato de reduzir o sofrimento a uma causa passível de resolução com medicamentos, sem lançar mão de ferramentas valiosas como uma visita domiciliar e grupos de desenvolvimento humano.

“Não, não. Nunca fiz visita domiciliar. Conheço assim, algumas ruas aqui, mas assim.” Médico 1 - Unidade 3

Além disso, alguns dos relatos analisados separam a dimensão física do paciente de sua porção mental, demonstrando uma falta da associação entre as habilidades clínicas de cunho objetivo, utilizadas para analisar os aspectos de saúde corpórea; e as habilidades de compreensão de aspectos psicológicos; o que demonstra que o recurso da empatia não foi adequadamente empregado para que houvesse a associação entre todas as dimensões que compreendem aquele a que se presta cuidado. Esses aspectos demonstram uma discussão que permeia a educação médica desde a reforma Flexneriana, quando ocorreu uma priorização do cientificismo e da hiperespecialização dentro da formação: a necessidade de enfatizar a humanização dentro do currículo médico (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005). As novas reformas curriculares dos cursos de medicina nacionais vêm sendo instituídas progressivamente, e é possível que, ao considerar esses marcos apontados, a falta de conexão empática e os produtos dela, supracitados, resultem de uma formação centrada no paradigma flexneriano, prejudicando o desempenho desses médicos nos aspectos abordados. Esse contexto

ênfatiza a necessidade da abordagem de comunicação e empatia como ferramentas terapêuticas dentro do curso de medicina.

Estratégias que permitam melhor atendimento ao paciente:

Dentro das estratégias que permitem melhor atendimento ao paciente estão incluídas discussões acerca de táticas utilizadas no cotidiano médico que permitam mitigar desvantagens encontradas por limitações estruturais do ambiente de trabalho, aumentando o vínculo entre o médico e o paciente e melhorando a longitudinalidade do acompanhamento, proporcionando ao atendido uma experiência que corresponda às suas necessidades e particularidades.

A relação médico-paciente é crucial na entrega de cuidado à saúde. Anteriormente vista como uma relação entre um curador e uma pessoa doente, hoje ela evoluiu para ser considerada como um vínculo entre aquele que provém cuidado e um usuário do serviço. Comparado a outras áreas da medicina, o campo de saúde mental é único no sentido de que o cuidado é entregue a pacientes que têm graus variáveis de consciência, crenças e compreensão acerca da sua doença. A patologia em si pode afetar a habilidade deles de confiar, entender ou fazer julgamentos para chegar a uma decisão (HARBISHETTAR, 2019). No cuidado médico, a empatia, quando comunicada, auxilia a desenvolver uma relação efetiva entre médico e paciente. Ela pode auxiliar a não negligenciar certos aspectos clínicos do paciente que podem nunca ser decifrados de outra forma; envolvendo aspectos perspicazes do paciente que de outras formas passariam despercebidos. Além disso, dá ao paciente o suporte necessário para processar informação difícil, como a comunicação de más notícias; e auxiliar na sua recuperação (BOKAR, 2014).

“Nessa conversa eu esqueço computador, eu esqueço tudo, sempre me sento um pouquinho mais próxima do paciente, até para ter um contato melhor, quando o paciente te permite isso né, sempre isso, e converso com o paciente.” Médico 1 - Unidade 1

“Isso é uma questão do vínculo, da relação, vamos dizer, médico-paciente, da equipe-paciente né. Relação médico-paciente vai ao caso que o... o paciente ele vem aqui ele fala um pouquinho, na segunda consulta ele já fala um pouquinho mais, assim, eu vou conhecendo ele um pouco mais, e assim, estabelecendo uma relação de confiança também, né, entre o médico e o paciente, pra, no caso também adesão ao tratamento” Médico 1 - Unidade 2

O emprego de estratégias que possibilitem um melhor atendimento ao paciente torna-se um mecanismo para que se desenvolva empatia, demonstrando diversas dimensões empáticas:

a empatia cognitiva, por demonstrar que se compreende a condição na qual o primeiro encontra-se; a moral, por mobilizar concernimento e desejo interior de aplicar condutas que visem reduzir a aflição do que recebe cuidado; e a comportamental, por evocar atitudes produtivas que demonstram essa compreensão e se adaptam às particularidades necessárias ao contexto. O fato de se colocar mais próximo ao paciente, eliminando barreiras físicas como computadores, mesas, promove acolhimento e conforto e facilita a conexão empática médico-pessoa; atitudes que promovem uma ambiência acolhedora, aspecto preconizado dentro da Atenção Básica pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003). Relatos de demandar um tempo maior às consultas, deixando o paciente a vontade para expressar seus anseios também corroboram com essa ideia.

“Eu aumento o tempo dela, aí eu sei que eu vou poder dar mais atenção. Não vai ficar uma coisa jogada! Ela vai vir e a gente vai conversar se, vai falar, enfim, então a gente dá um pouquinho mais de tempinho maior, sabe, o que ajuda bastante.”

Médico 1 - Unidade 1

As estratégias discutidas nos trechos possibilitam maior proximidade ao paciente, estabelecendo uma maior conexão e provendo um diálogo mais empático. Tais fatores são relevantes em se tratando do melhor entendimento da condição da pessoa por parte do médico e, por conseguinte, melhora na conduta frente ao caso. A reavaliação constante do caso também é uma forma de se compreender melhor a situação do paciente e pode ser considerada um indício da presença de empatia dentro da consulta. Considerando a importância que a empatia apresenta dentro da relação médico-paciente, tornam-se imperativas atitudes rotineiras que aprimorem o desenvolvimento da relação empática e, conseqüentemente, tornem essa relação mais satisfatória e assertiva. Isso torna-se de primor importância dentro de um contexto onde a situação em questão promoverá extensa mobilização de sentimentos por parte do paciente, em decorrência do caráter da consulta de atendimento ao sofrimento mental; dessa forma, demonstrar acolhimento, privacidade e conforto em um ambiente e por uma equipe são fatores elementares na abordagem dessa categoria de consultas. A compreensão acerca desses fatores demonstra os aspectos empáticos desencadeados na concepção desses médicos, que manifestam esse entendimento como regra no atendimento a esses casos.

“Isso, sempre tem reavaliação” Médico 1 - Unidade 4

“se tem risco de suicídio [...] independente se o tratamento que eu iniciei vai dar certo ou não, já faz o encaminhamento para o psiquiatra” Médico 1 - Unidade 3

“peço para o paciente voltar dentro de um mês [...] se teve efeito adverso, sempre oriento para voltar antes [...] se não deu ou deu efeito colateral, daí eu já troco.

Mas eu sempre digo pra eles voltarem dentro de um mês ou dois.” Médico 1 - Unidade 4

As necessidades de saúde se manifestam em abundantes dimensões; portanto, as demandas não podem ser sanadas a partir da atuação solitária de um profissional (SCHRAIBER et al.). Dessa forma, é imprescindível salientar o trabalho de equipe multiprofissional, pois uma estratégia utilizada é justamente pedir a outro profissional da unidade que auxilie o paciente caso a consulta se prolongue muito. Essa prática apresenta-se válida por aumentar o acolhimento do paciente, melhorar o vínculo com o médico e a equipe e auxiliar no estabelecimento da empatia (BRASIL, 2003).

“Ou passa para a enfermeira – Fiz meia hora e não tem mais o que fazer, [...], tu conversa com a paciente porque não tem como deixar ela sair daqui assim, [...], E quando a gente não consegue acalmar, sabe, a gente chama familiar também” Médico 1 - Unidade 1

Conhecer também sua população e os recursos disponíveis na unidade também permite um cuidado adaptado às condições da comunidade adscrita, permitindo adesão ao tratamento. As estratégias apresentadas para lidar com o tempo limitado de consulta e com a falta de psicólogos; bem como conhecer os medicamentos disponíveis dentro da unidade e lançar mão de ferramentas como a visita domiciliar e grupos de desenvolvimento humano são formas de tornar-se resolutivo e, principalmente, empático, pois demonstram esforço por parte do médico para ajudar aquele que o procura apesar das limitações impostas pelo sistema.

“Se não, basicamente é isso, tenta todos os medicamentos que tem aqui na farmácia, na unidade e se caso não dar certo, psiquiatra.” Médico 1 - Unidade 3

“Em média 10 a 15 minutos. Não tem como prolongar mais porque eu estou atendendo aqui o paciente e tem 8 ali fora esperando. Então não tenho como. Então, se precisar um maior tempo, dependendo do caso, né, daí a gente marca um retorno, ou então, para aquele caso específico tento colocar um pouquinho mais, mas não tem como passar de 15 minutos. Se não o paciente agendado para às 9 vai ser atendido às 11.” Médico 1 - Unidade 3

É visível o contraponto quando não há estratégias por parte do médico para aprimorar o atendimento e alcançar uma melhor aproximação do paciente. A despeito de não ser uma atitude incorreta, configura um indício de escassa empatia por parte do profissional, considerando que mesmo em queixas mais complexas, o dispêndio de maior tempo ou o emprego de outras estratégias, como o auxílio da equipe, não é utilizado.

Mobilização de sentimentos:

Nessa categoria, são apresentadas falas nas quais encontram-se demonstrações controladas de afeto envolvendo o paciente, o sofrimento do mesmo e o dispêndio de cuidado deveras atreladas a uma relação empática entre médico e pessoa. Configuram, desse modo, ponto importante na abordagem e compreensão do sofrimento do próximo, tornando-se ferramenta fundamental na terapêutica. Essa categoria apresenta dentro de si a demonstração da dimensão emocional da empatia, onde o receptor das informações vivencia subjetivamente a condição sentimental e emocional daquele que emite sua perspectiva.

“Sim, os primeiros mortos a gente não esquece, né. Você não é responsável, mas você estava lá presente, né, enfim, tentou salvar e não conseguiu. Isso no início é óbvio, né, a gente tem que passar por várias experiências para você se acostumar, não se acostumar, mas não deixar que afete a sua vida. Porque vem em primeiro a sua profissão. Eu escolhi essa profissão, preciso me acostumar com as tragédias. Na verdade, diariamente, a gente trabalha só com doença, né.” Médica 3 - Unidade 3

A relação médico paciente é um arranjo assimétrico de papéis complementares, onde o médico deve cumprir tarefas instrumentais relacionadas ao exame e tratamento do paciente; enquanto o segundo traz preocupações relacionadas à saúde. Apesar de tudo, esse grau de assimetria pode se modificar em certas consultas, especialmente quando dilemas emocionais são apresentados pelo paciente. A simetria dentro da comunicação aumenta, junto ao grau de mutualidade. Frequentemente descritos como momentos de “conexão”, intensos em compaixão e companheirismo com o paciente, por vezes acompanham reações fisiológicas como lágrimas nos olhos e calafrios. Os papéis de cada um, teoricamente, conservam-se intactos; mas o padrão do diálogo é alterado (FINSET; ØRNES, 2017).

Dentre as quatro dimensões da empatia, destaca-se aqui a empatia afetiva. A batalha para equilibrar conexão emocional - a empatia afetiva - e a preocupação profissional imparcial - empatia cognitiva - na relação entre médico e paciente é uma constante entre os médicos. Um relacionamento empático próximo daquele que é atendido encoraja confiança e permite a ele que confesse seus mais profundos medos. A empatia envolve sentir com o paciente para atingir uma compreensão acerca do sofrimento desse; inevitavelmente expondo a vulnerabilidade do médico e envolve dividir uma parte de si com a outra pessoa. A preocupação empática envolve resultados num compartilhamento de emoções, onde o médico sente a dor do paciente enquanto permanece ciente do limite entre si e o outro; o que pode ser distinguido de angústia pessoal, que resulta de tomar uma perspectiva auto orientada (“como eu me sentiria nessa situação?”), podendo levar a uma identificação e conseqüente sobrecarga (JEFFREY, 2017).

Médicos podem temer conexão emocional pela preocupação que seu julgamento clínico seja menos objetivo ou que fiquem sobrecarregados e esgotados com a situação, o que pode resultar em um distanciamento do paciente, como se o desapego fosse parte de ser profissional. Um aspecto primordial dessa dimensão da empatia é compartilhar sentimentos, ao invés de meramente rotular um estado emocional. O distanciamento não é necessário para um julgamento clínico confiável, considerando que intuições emocionais podem orientar a tomada de decisões; ao mesmo tempo que médicos empáticos têm maior satisfação profissional e menor esgotamento. Mesmo que sejam capazes de suprimir seus sentimentos, não podem evitar a tomada de atitudes emocionais perante os pacientes (JEFFREY, 2017).

“Eu tenho, como médica, eu tenho uma visão muito clara da medicina. Eu tenho a minha parte [...] ser humano, mas eu consigo me posicionar profissionalmente e demonstrar o suporte e o apoio que aquela paciente está necessitando de mim. Se eu ficar depressiva junto, o paciente não vai se tratar comigo, né. Então eu complemento se médica. Eu tenho a visão da doença de uma forma muito tranquila, eu sou médica, eu preciso ser assim, para eu poder curar, ajudar as pessoas a se tratarem. Então eu não levo para minha vida pessoal, problemas aqui de dentro. Fico triste, às vezes, putz, morreu um paciente em casos graves, assim, o paciente se suicidou, tenho sentimentos humanizados como eles com os familiares, mas eu não levo para mim. Eu não levo para mim. Se não eu me mato quando chegar em casa.” Médica 3 - Unidade 3

Exemplifica-se a maneira de demonstração de afeto por parte do médico para com seus pacientes e, por conseguinte, a demonstração subjetiva de empatia. A partir da análise de dados realizada, foi perceptível que aqueles médicos que representaram mais atitudes empáticas dentro de sua rotina, igualmente foram os que apresentaram maior mobilização de sentimentos.

“Eu amo meus pacientes e tenho um carinho enorme. Levo para a parte da humanização da medicina” Médico 3 - Unidade 3

“A gente está na saúde para dividir a gente, a gente não está na saúde para ganhar dinheiro, ou coisa assim, entende? Então tu tem que saber fazer isso, tu tem que saber cuidar do próximo, é necessário isso! No momento em que tu não saber cuidar do próximo, tu vai ser extremamente incompetente, extremamente!” Médico 1 - Unidade 1

No modelo de empatia de Irving, o médico precisa entender o mundo do paciente (cognitivo), sentir com o paciente (afetivo) e comunicar essa compreensão com o paciente (comportamental) (IRVING; DICKSON, 2004). A empatia é um processo dinâmico, que compreende mais do que a “compaixão” que costumeiramente é requerida de médicos; mas trata-se de um conjunto de habilidades, atitudes e preocupação moral. Aceitar, em oposto a resistir suas próprias emoções, permite aos médicos que pratiquem o cuidado sem aflições.

Importar-se envolve algum grau de identificação da pessoa como um ser humano, com as mesmas necessidades e que merece o mesmo respeito (JEFFREY, 2016). Dessa forma, a mobilização de sentimentos observada nos trechos, a habilidade de importar-se com aquele à sua frente, demonstra um real envolvimento no cuidado ao outro e uma identificação dele como igual; isso traduz-se em habilidades que permitem o melhor atendimento daquele que procura por ajuda. Perceptivelmente, a empatia não é um “extra” no cuidado, facultativo ao profissional de saúde tê-la ou não. Ela é absolutamente essencial para todo o processo de acolhimento, atendimento, entrevista, diagnóstico, terapêutica e vínculo; sendo, portanto, essencial àquele que dinamiza o processo exercê-la diária e constantemente. A empatia não é algo que apenas acontece, é uma escolha a se fazer. Ela exige esforço (JEFFREY, 2016).

Conclusão

É inerente ao serviço médico o processo empático, seja ele em maior ou menor grau, tal qual vê-se nas entrevistas com os médicos. Percebe-se, no entanto, que uma postura mais empática acarreta em maior acolhimento, vínculo, confiança, conforto e bem-estar; ao mesmo tempo que permite uma postura mais resolutiva, sendo a própria empatia uma ferramenta terapêutica. Percebe-se que, quando mais explorada, a empatia ganha potencialidades de aplicação diversas e resolutivas. A partir dos achados dispostos, evidencia-se a empatia como um recurso modificador de atendimento, com alto respaldo científico e complexa aplicabilidade prática. O desenvolvimento e aperfeiçoamento da empatia requer esforço contínuo do médico e se demonstra primordial na efusão tecnológica de informações que paira a medicina, angariando papel tão importante quanto o diagnóstico correto.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

MEDICAL EMPATHY AND MENTAL SUFFERING: AN APPROACH IN PRIMARY HEALTH CARE

Abstract

The approach to mental suffering by Primary Care doctors is one of the main axis emphasized in the National Primary Care Policy, requiring a range of abilities from the professional that works with it. The relevance of empathy in the process of developing the doctor-patient relationship and all the products arising from this interaction stands out. As a means to analyze the possible consequences that an empathic relationship brings to the rendering of care, a research that identified the aspects related to empathy in doctors acting in Primary Care during the attendance of a person with mental suffering was developed. The methodology was qualitative, through exploring semistructured interviews developed with generalist doctors working in Primary Care in four health centers, the two with the largest and the two with the smallest psychotropic dispensation rates. Based upon the data, three analytical categories arose: empathy identified in the doctor's active listening, strategies that allow better service to the patient and mobilization of feelings. It was observed that, despite inherent to the doctor-patient relationship, empathy wasn't a constant; however, its perceived that the greater mobilization of it and the more appropriate its use, more resolute the medical consult becomes. That was demonstrated to be particularly important in mental health accessing appointments for subserving the doctor and patient interaction and providing solace for the last one to share their anguishes, creating bonds and participating in the process of the therapeutic contract. In this manner, it's possible to conclude empathy as a technical ability with extended scientific advocacy in its utilization and that it provides positive results, being a primordial tool in the attendance of a person that suffers.

Key-words: Empathy. Mental suffering. Primary Health Care.

Referências

AAMC, Association Of American Medical Colleges. **Report I: Learning Objectives for Medical Student Education**. Guidelines for Medical Schools. Medical School Objectives Project, Janeiro de 1998. Disponível em: <<https://members.aamc.org/eweb/upload/Learning%20Objectives%20for%20Medical%20Student%20Educ%20Report%20I.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

ALVES, Edvânia dos Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2019.

BORKAR, Sharmila. Empathy in Physician–Patient Relationship: The Construct and Its Applicability to India’s Health Care. **Social Change**, v. 44, n. 3, p. 423-438, 2014. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0049085714536800>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Saúde Mental**. Cadernos de atenção básica, número 34. 1ª edição. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em 10 de abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Saúde*. Brasília: MS; 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>> Acesso em 15 de junho de 2019.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica 2009**: Resolução CFM nº 1.931/2009. Brasília: CFM, 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em 8 de maio de 2019.

DE ARAÚJO DUARTE, Lindecy Pereira et al. Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 414-429, Brasília - DF, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10312/9104>> Acesso em 3 de abril de 2019.

FINSET, Arnstein; ØRNES, Knut. Empathy in the Clinician–Patient Relationship: The Role of Reciprocal Adjustments and Processes of Synchrony. **Journal of patient experience**, v. 4, n. 2, p. 64-68, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316832457_Empathy_in_the_Clinician-Patient_Relationship_The_Role_of_Reciprocal_Adjustments_and_Processes_of_Synchrony> Acesso em 18 de maio de 2019.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro C. (orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012, vol. 1.

HARBISHETTAR, Vijaykumar et al. The enigma of doctor-patient relationship. **Indian Journal of Psychiatry**. V. 61, n 4, p. 776-781, 2019. Disponível em: <<http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2019;volume=61;issue=10;spage=776;epage=781;aulast=Harbishettar>> Acesso em 20 de maio de 2019.

HEMMERDINGER, Joanne M.; STODDART, Samuel DR; LILFORD, Richard J. A systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC medical education**, v. 7, n. 1, p. 24, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988794/pdf/1472-6920-7-24.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2019.

IRVING, Pauline; DICKSON, David. **Empathy**: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur*. v. 17, n 4-5, p. 212-20. 2004.

JEFFREY, David. **Communicating with a human voice: developing a relational model of empathy**. *JR Coll Physicians Edinb*, v. 47, n. 3, p. 266-270, 2017. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/21c1/13a2e12fb6eb27f3ba7d9ba61ee0c67e93ca.pdf>> Acesso em 15 de abril de 2019.

JEFFREY, David. **Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?** *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 109, n. 12, págs. 446–452, 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0141076816680120>> Acesso em 22 de maio de 2019.

KELM, Zak et al. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. **BMC medical education**, v. 14, n. 1, p. 219-229, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201694/pdf/12909_2013_Article_1041.pdf> Acesso em 8 de abril de 2019.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, vol. 75, n. 2, p. 162-168, julho-dezembro, Salvador-Bahia, 2005. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/362>> Acesso em 15 de junho de 2019.

PEIXOTO, Mônica Monteiro; MOURÃO, Anna Carolina das Neves; SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. Coming to terms with the other's perspective: empathy in the relation between psychiatrists and persons diagnosed with schizophrenia. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 3, p. 881-890, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0881.pdf>> Acesso em 9 de abril de 2019.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês; CASTANHERA, Elen Rose; KON, Rubens. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. *Rev. Ciênc.Saúde Colet.*, v.4, n.2, p.221-42, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000200002&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 12 de maio de 2019.