

**O ENSINO DA COMUNICAÇÃO EMPÁTICA NA GRADUAÇÃO EM
MEDICINA EM UMA FACULDADE PERNAMBUCANA**

**TEACHING EMPATHIC COMMUNICATION IN MEDICAL GRADUATION IN A
PERNAMBUCO COLLEGE**

**ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN EMPÁTICA EN GRADUACIÓN EN
MEDICINA EN UNA FACULTAD PERNAMBUCANA**

Juliana Guerra

juliana.guerra@fps.edu.br

Doutora em Sociologia

Faculdade Pernambucana de Saúde

Mariana Nepomuceno

mnepomuceno@fps.edu.br

Mestra em Comunicação

Faculdade Pernambucana de Saúde

RESUMO

A história médica, colhida com escuta ativa e respeito ao outro, cedeu lugar aos exames complementares. E assim, a comunicação entre o médico e o paciente foi-se esvaindo, fragilizando esta importante relação. A proposta deste artigo é apresentar um relato de experiência do ensino de habilidades de Comunicação na graduação de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde a partir de metodologias ativas. Procuramos ainda contribuir para a reflexão acerca da comunicação empática, a partir da crítica da ação comunicativa harbemasiana e da filosofia das emoções, a partir de Nussbaum. Acrescentamos também as reflexões surgidas a partir da experiência das autoras no ensino de habilidades comunicacionais do curso de Medicina em uma faculdade pernambucana.

Palavras-chave: comunicação, educação médica, empatia, habilidades médicas, humanização.

ABSTRACT

The medical history, collected with active listening and respect for the other, gave way to complementary exams. And so, the communication between the doctor and the patient has disappeared, weakening this important relationship. The purpose of this article is to present an account of the experience of teaching Communication skills in the undergraduate course of Medicine at Faculdade Pernambucana de Saúde based on active methodologies. We present contributions to the reflection on empathic communication, based on the criticism of Harbemasian communicative action and the philosophy of emotions from Nussbaum. We also added the reflections that emerged from the authors' experience in teaching communication skills in the medical course at a Pernambuco college.

Keywords: communication, empathy, humanization, medical education, medical skills.

RESUMEN

El historial médico, recopilado con escucha activa y respeto por el otro, dio paso a exámenes complementarios. Y así, la comunicación entre el médico y el paciente ha desaparecido, debilitando esta importante relación. El propósito de este artículo es presentar una descripción de la experiencia de la enseñanza de habilidades de comunicación en el curso de pregrado de medicina en la Faculdade Pernambucana de Saúde basado en metodologías activas. También buscamos contribuir a la reflexión sobre la comunicación empática, basada en la crítica de la acción comunicativa de Harbemas y la filosofía de las emociones, basada en Nussbaum. También agregamos las reflexiones que surgieron de la experiencia de los autores en la enseñanza de habilidades de comunicación en el curso de medicina en una universidad de Pernambuco.

Palabras clave: comunicación, educación médica, empatía, habilidades médicas, humanización.

INTRODUÇÃO

Entre os desafios da prática médica no contemporâneo está a busca pelo equilíbrio entre o que podemos denominar de tecnologias duras e tecnologias leves do cuidado (CERON, 2010). O incremento nos diagnósticos e nos tratamentos a partir dos avanços da tecnologia da saúde, a despeito dos seus benefícios, trouxe complexidade para a relação entre médico e paciente, refletindo na interação durante a situação de consulta (SALLES, 2010). O desafio, nas escolas de Medicina, é contribuir para que os futuros profissionais de saúde consigam acessar a subjetividade dos pacientes, pela prática da escuta ativa com vistas à construção do vínculo, e ao estabelecimento da relação entre médico e indivíduo, e médico e comunidade. Um terceiro elemento está na informação difusa a que os usuários do Sistema Único de Saúde encontram disponível, seja pela Internet seja por outras fontes de informação. Muitas vezes, esse fator contribui para o reforço de uma cultura que preconiza a avaliação diagnóstica por meio de exames em detrimento da tradição que coloca o médico como principal referência no saber elaborado pelo doente acerca dos seus sinais e sintomas.

A proposta deste artigo é apresentar como acontecem as aulas do Laboratório de Comunicação da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e discutir alguns referenciais teóricos que permeiam os debates dos encontros. Partimos da reflexão inicial de sala de aula: escolhemos com quem nos comunicar? Como essas escolhas atravessam o encontro entre profissional de saúde e paciente? Como os encontros e debates podem contribuir para ampliação do olhar dos futuros profissionais sobre a pessoa que chega ao consultório para atendimento? Apostamos no debate sobre o termo empatia como uma chave para elucidarmos, de maneira inicial, alguns pontos para este entendimento.

COMUNICAÇÃO EM ENSAIO

Seguindo as recomendações das diretrizes curriculares nacionais em 2001, e depois em 2014, escolas médicas do Brasil colocaram a comunicação como essencial na formação médica. É o caso da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) que, desde a sua fundação em 2005, incluiu em sua matriz curricular o ensino de habilidades comunicacionais nos dois primeiros anos da graduação em Medicina.

As práticas e reflexões de caráter formativo são realizadas no campo do Laboratório de Comunicação, um espaço desenhado em dois ambientes, separados por um vidro espião, que permite a observação de gravações de simulações de consulta de maneira simultânea. São 120 estudantes divididos em grupos de 20 alunos em turnos diferentes. Cada encontro tem duração de 1 hora e 10 minutos. Os exercícios práticos versam sobre a aprendizagem de técnicas de comunicação por meio de discussões e de feedbacks individuais e coletivos, com o suporte de gravação de imagens.

Durante as etapas do laboratório, os conteúdos passam por diferentes temas, que vão de técnicas de entrevista e de formulação de perguntas ao treino da capacidade de escuta ativa, atravessando aspectos mais complexos como a comunicação de más notícias e o entendimento do usuário do Sistema Único de Saúde a partir de uma perspectiva ampla do enquadramento social (BUTLER, 2009). A proposta é que os estudantes construam um repertório crítico para perceber os cruzamentos entre a subjetividade do indivíduo e os determinantes sociais em saúde que a atravessam. Debateremos com os estudantes como a narrativa de si pode ser um instrumento organizador da própria singularidade do paciente, mesmo que se dê em zonas de sombreamento e que possua limitações

pois acontece a partir de normas da linguagem que antecedem o indivíduo (BUTLER, 2015).

Nos encontros, os participantes são levados a refletir sobre o papel da comunicação na formação do profissional de saúde, de acordo com os eixos temáticos dos cursos oferecidos pela FPS, com vistas ao exercício da cidadania. No primeiro ano, os alunos de Medicina conhecem a entrevista médica a partir do Modelo Calgary-Cambridge (KURTZ et al, 2003) e da Abordagem Centrada na Pessoa (STEWART et al., 2010), identificam tipos de linguagens (verbal e não-verbal) a fim de identificar os processos comunicacionais, que visam aprimorar/humanizar as relações interpessoais; e também técnicas de conversação com vistas ao aperfeiçoamento da comunicação interpessoal.

Nessa fase, o objetivo do aprendizado é a construção de referenciais críticos que auxiliem os estudantes no desenvolvimento de condutas baseadas no exercício da cidadania e da ética, no respeito e na tolerância. Entendendo a comunicação como uma ferramenta de transformação, a partir de uma perspectiva dialógica e reflexiva, são abordados ainda modelos e técnicas comunicacionais capazes de construir parâmetros para um relacionamento médico- paciente e médicos-demais profissionais de saúde pelo ponto de vista do exercício de uma medicina centrada na pessoa.

Como parte dos componentes transversais que surgem durante a interação entre médico e paciente, são abordados temas relacionados a especificidades de indivíduos em situação de vulnerabilidade social, seja por questões de gênero, classe, raça, LGBT, deficiência auditiva ou visual e/ou nacionalidade, etc., que pode fragilizar ainda mais a relação, além de noções sobre direitos humanos, a partir da perspectiva da humanização na saúde.

A comunicação de má notícia é discutida através do Protocolo Spikes, durante o segundo ano de graduação. A partir daí, trata-se de assuntos

correlatos como eutanásia, luto, sofrimento, cuidados paliativos, morte e religiosidade. São abordados aspectos que contribuam para esse entendimento da dimensão humana, como a subjetividade do indivíduo, a racionalização do saber científico, o avanço da tecnologia em detrimento ao sofrimento e a comunicação como forma relacional entre dois indivíduos (respeito às crenças, valores e emoções).

No quarto e último período do Laboratório, é tratada a comunicação com a comunidade, e são apresentados os fundamentos do treinamento de mídia com foco no relacionamento com a imprensa, vivenciando a delicada relação médico/meios de comunicação (TV, rádio, jornal, redes sociais e assessorias de comunicação). As *fake news* na medicina e o papel das redes sociais na contemporaneidade são abordados a partir dos princípios éticos do exercício da profissão, assim como a reflexão de como ocorre a cobertura jornalística acerca de doenças endêmicas, epidemias, saúde pública e seus efeitos na população.

As metodologias usadas nos quatro semestres que compreendem os dois anos de Laboratório de Comunicação da FPS são ativas, seja através de discussão de textos e casos em pequenos grupos ou seminário reflexivo. O ponto forte do laboratório é a simulação de consultas através de Role Play Game (RPG). Esta técnica consiste na dramatização e discussão de entrevistas, a partir da simulação e de gravação de consultas com pacientes dramatizados, e *feedback* interativo através do exame do material gravado.

A utilização do RPG como ferramenta de ensino tem demonstrado uma importante proposta pedagógica. Resoluções de situações problemas, aplicação de conceitos em situações práticas do dia a dia, interdisciplinaridade, expressão oral, leitura, interpretação, preocupação e respeito ao outro, cooperação, desenvolvimento de conteúdo através do lúdico. Informações adquiridas em situações-problema têm maior possibilidade de tornarem-se significantes para o

indivíduo e dessa forma transformar-se em um conhecimento adquirido (MACEDO; PASSOS; PETTY, 2000).

O RPG é interdisciplinar. Por que é interdisciplinar? É interdisciplinar por natureza porque o RPG simula a vida. Ao jogarmos uma aventura de RPG, estamos simulando a vida, mesmo que seja uma vida fantasiosa, [...] estamos simulando gestos, modos de falar e hábitos que dizem respeito á nossa vida. E a vida é sempre interdisciplinar. A vida não é específica [...]. A cada passo, temos de lidar com uma série de conhecimentos das mais variadas áreas (MARCATTO, 2004).

No Laboratório, a comunicação empática é abordada como uma importante ferramenta de cuidado. Utiliza-se o Team-Based Learning, que consiste basicamente em 3 etapas, sendo (1) Preparação (consulta prévia dos alunos a um material antes da aula); (2) Garantia de Preparação (avaliação individual e em equipe com *feedback* imediato do tutor); e, (3) Estudos de Caso (análise e/ou aplicação de conceitos de forma prática). Na prática, o tutor seleciona alguns temas relacionados ao que se pretende discutir. Realiza a entrega de textos prévios para discussão. As turmas são divididas em grupos de 07 a 08 pessoas, através de sorteio e de forma aleatória.

As metodologias ativas utilizadas no Laboratório de Comunicação da FPS têm demonstrado um forte potencial na formação do profissional crítico e reflexivo. As rápidas e crescentes transformações nas sociedades contemporâneas têm colocado em debate os aspectos relativos à necessidade de mudanças na formação profissional. Nessa perspectiva, o TBL mostra-se uma boa opção de estratégia educacional para a educação médica (SILVA et al 2014).

As situações e casos vivenciados nas simulações do laboratório são criadas e revisadas a partir do cruzamento entre o que os estudantes trazem de conhecimentos prévios e as perspectivas teóricas debatidas nos encontros. Para fazer a simulação da consulta médica, são sorteadas duplas de alunos de forma aleatória em um grupo de 20 alunos. Cada dupla recebe instrução indicando

como será o cenário (sem que o estudante que fará o papel de médico saiba). Eles se preparam e na aula seguinte gravam a simulação da consulta de acordo com o estabelecido no caso. No encontro seguinte, o tutor facilita a discussão com todo grupo acerca de como melhorar o relacionamento, a partir de um *checklist* validado do Calgary-Cambridge, observando por meio de dinâmicas de *feedback* individual e coletiva, atitudes que contribuem para um maior grau de interação e de aprofundamento de vínculo entre paciente e médico.

Antes de iniciar a discussão, o tutor lança o problema através de perguntas-chave contidas nos textos. Ao final das discussões facilitadas pelo tutor, cada equipe elenca um aspecto de destaque durante a discussão. Em seguida, forma-se um consenso com os pontos mais relevantes levantados na discussão. Ao trabalhar estereótipos, por exemplo, selecionamos textos sobre diferentes formas de discriminação, homofobia e racismo. Ao final, a própria turma elenca os estereótipos mais fortes na nossa sociedade, como eles foram construídos e, em seguida, já no RPG, como isso afeta negativamente na consulta médica com o paciente.

Alguns pontos que devem ser mencionados constituem desafios para os estudantes que extrapolam os objetivos da dinâmica, como o desenvolvimento da habilidade de improvisar e de seguir um roteiro pré-estruturado de ações diante de uma plateia oculta e da câmera de vídeo. Essas obstruções surgem como efeitos colaterais da dinâmica, ajudando os estudantes a trabalhar a desinibição e a estruturação de roteiros para conversa. Observamos um maior engajamento dos alunos durante os debates teóricos do que nas práticas de gravação, o que sugere a necessidade de estudos futuros para a compreensão da avaliação dos estudantes sobre esses dois momentos distintos.

PERSPECTIVAS CRÍTICAS – UM MODELO EM CONSTANTE REVISÃO

O modelo biopsicossocial de assistência à saúde preconiza que, para que se tenha atenção integral humanizada, é fundamental que haja uma Relação Médico-Paciente adequada e de confiança, tendo na comunicação seu alicerce (BRASIL, 2001). Como atividade mista tanto do ponto de vista formativo quanto pelo seu componente prático, para além daquilo que está preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o laboratório de Comunicação almeja responder às demandas estabelecidas pela Política Nacional de Humanização (PNH)¹, compreendendo o vínculo como elemento fundamental para integração entre usuários, trabalhadores e gestores em ações contínuas de estímulo de práticas solidárias, de compartilhamento de responsabilidades e de participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

De acordo com a PNH, é pela Comunicação que se torna possível construir formas de enfrentamento de relações de poder no campo do trabalho em saúde que prejudica a horizontalidade entre equipes, refletindo nas dinâmicas relacionais dessas com os pacientes. Entre os prejuízos, estão a diminuição da autonomia e da corresponsabilidade dos profissionais de saúde em suas ações e, por sua vez, dos usuários diante do cuidado de si.

Esta perspectiva se dá acerca da necessidade de fomentar um projeto ético em torno do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a minimizar os impactos causados na população e no paciente produzidos por uma abordagem comunicacional ineficaz. Contribui também para sensibilizar

¹ Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso: 03 dez 2019.

futuros profissionais para as diretrizes e dispositivos da PNH, como aponta Oliveira (2010).

Temos assistido um incremento do campo da comunicação nas matrizes curriculares em educação em saúde. As primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001) despertaram para a necessidade de formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Dentre as habilidades específicas, destaca-se a necessidade de o aluno aprender a comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares, informando-os e trabalhando promoção e educação em saúde por meio de técnicas apropriadas. Ainda de acordo com as diretrizes de 2001 e de 2014 (a mais recente), o ensino e a aprendizagem de comunicação deve se desenvolver ao longo da graduação de forma sistematizada em diversos cenários de ensino e através de metodologias ativas.

É recomendado que o processo educacional em comunicação comece com objetivos de aprendizagem básicos, como a introdução à conversa na prática médica, observando desde o momento em que a pessoa entra no espaço da unidade de saúde até à complexidade de se comunicar em cenários de situações específicas difíceis e de conflito, como o de má notícia, por exemplo. O ambiente simulado dentro de um laboratório de práticas de Comunicação contribui para a criação de um repertório de atitudes construídas a partir da observação do aluno sobre si mesmo, identificando aspectos comunicacionais expressos de modo verbal e também não verbal.

As vivências em sala de aula no Laboratório de Comunicação pressupõem o preparo dos estudantes para a prática médica de maneira a observar a pessoa que chega à unidade de saúde a partir da complexidade e da

singularidade da história de vida que a atravessa. Por isso, há uma ênfase na narrativa que a pessoa elabora sobre si mesma e sobre sua condição, extrapolando o que poderia ser reduzido ao binômio saúde – doença. Com isso, espera-se que, desde os primeiros períodos de sua formação, o aluno compreenda quais as possibilidades existentes a partir de uma prática médica que preze, desde o primeiro encontro, pelo vínculo entre o usuário do Sistema Único de Saúde e o serviço; pelo relacionamento horizontal entre profissional e paciente; e pela autonomia da pessoa diante de escolhas que guiarão sua própria vida.

Isso exige do médico novas habilidades cujo objetivo é a melhor compreensão do paciente. É nesse contexto que trabalhamos a comunicação na formação médica como importante ferramenta para acessar as subjetividades do indivíduo doente, familiares e toda a rede de cuidado cultivada em torno do doente. A partir da recomendação acima descrita, propomos aqui um debate acerca do próprio termo empatia e dos seus diferentes entendimentos, visto que o modelo biomédico, que prioriza a doença em detrimento do doente, ainda é vigente na prática médica.

Segundo Madel Luz (2003), desde o surgimento da racionalidade médica moderna, o projeto de situar o saber e a prática médica se consolidou no interior do modelo das ciências naturais. Com isso, de acordo com a autora, a medicina optou pela naturalização de seu objeto através do processo de objetivação, ou seja, a subjetividade do doente cedeu lugar à objetividade da doença. Apresentamos, a seguir, algumas perspectivas teóricas trabalhadas nos encontros com os estudantes e que se propõem a ativar a criticidade acerca da prática médica desde os primeiros anos do curso de Medicina.

INDIVÍDUO, DOENÇA E DOENTE

De acordo com Canguilhem (2012), a medicina contemporânea estabeleceu-se na divisão entre a doença e o doente, caracterizando o doente pela doença mais do que identificando uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente. Segundo o autor, o paciente não pode ser mais tomado apenas como o local onde a doença se enraíza, mas um sujeito capaz de expressão, com um conhecimento acumulado de si mesmo. Para Canguilhem (2012, p.450) é impossível, do ponto de vista da racionalidade médica, anular a subjetividade da experiência (sintomas subjetivos) vivida pelo paciente.

Entretanto, a cisão estabelecida pela racionalidade médica fragmentou o paciente e a subjetividade do adoecimento. Segundo Madel Luz (2012), a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, em sua dimensão fenomenológica, nunca chegaram a ser objeto das ciências biomédicas, uma vez que o modelo da medicina ocidental é herdeiro da racionalidade científica moderna.

A perda da unidade do indivíduo levou ao declínio da relação médico-paciente. Esse afastamento entre o saber clínico e o cuidado resultou na deterioração da abordagem do doente. A diminuição na confiança à figura do médico por parte da sociedade deve-se ao modelo biomédico, que atribui importância somente ao aspecto científico do ser humano, cuja interpretação da doença se dá apenas pelo viés biológico. Desta forma, o médico não contempla os aspectos biopsicossociais do paciente inerentes no processo de adoecimento (PROVENZANO et al, 2014).

A tentativa de transição do modelo biomédico para o biopsicossocial vem exigindo um novo olhar na formação médica. Há a necessidade de mudanças

voltadas para a obtenção de algumas competências na formação dos médicos que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional a fim de ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática (GOULART; CHIARI, 2019, p. 258).

Ao refletir sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, Gadamer (1994) destaca os atributos da prática do médico na produção da saúde, a fim de reconhecer a necessidade de uma maior sensibilidade e atenção diante do sofrimento do paciente. Esta reflexão propõe o nascimento de uma nova imagem profissional, que seria responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico (CASSEL, 1982; GADAMER, 1994).

O entendimento acerca da saúde e como ela é produzida nas escolas médicas impactam diretamente sobre as práticas de cuidado e do papel do médico na sociedade já que tais práticas podem ser determinadas ainda na formação do estudante. Nesse contexto, as escolas médicas se constituem como um espaço de embates entre as escolhas éticas e pedagógicas, elevando a decisão dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de saúde e de formação pessoal (OLIVEIRA, KOIFMAN, 2004). O que se espera e se deseja do profissional de saúde é determinante para formar uma matriz curricular formativa.

As competências fundamentais para a comunicação médico-paciente, como compaixão e empatia, são rotineiras e sistematicamente ensinadas em muitas escolas médicas nacionais (RIOS, 2012). No cenário internacional, as competências relacionais, que envolvem habilidades comunicacionais, empatia

e construção de vínculo, têm sido amplamente estudadas por referência às suas implicações na prática médica (KURTZ et al, 2005; CERON, 2012).

EMPATIA: DISCUSSÕES TEÓRICAS

Desde a metade do século XX, a empatia médica vem sendo considerada uma competência fundamental para o médico contemporâneo. A empatia médica é determinada como uma habilidade de comunicação e afinidade, sendo uma competência multidimensional, que envolve a capacidade de identificar e perceber os pensamentos e sentimentos do doente e tomar a perspectiva do doente acerca do problema apresentado (HOJAT et al, 2004).

Considerada como um dos principais pilares na Relação Médico-Paciente, a empatia ainda engloba habilidade e capacidade de compreender os sentimentos do outro (HOJAT, 2004, 2011; SALLES, 2010; RODRIGUEZ *ET AL*, 2008). Ela é colocada como uma característica indispensável aos profissionais de saúde que, adotando um comportamento empático, favorece a autoestima de seus pacientes, melhorando o vínculo terapêutico e a adesão ao tratamento (HOJAT, 2004; COSTA&AZEVEDO, 2010).

De acordo com Hojat (2002, 2004), o emprego de empatia tem sido associado a diversos benefícios aos pacientes, tais como melhora da qualidade da comunicação de sintomas e preocupações; aumento da acurácia diagnóstica; aumento do fornecimento de informações sobre a doença; aumento da colaboração e satisfação dos pacientes; maior aderência ao tratamento.

Na educação médica, é consenso que o ensino-aprendizagem de comunicação e empatia no Brasil deve-se desenvolver ao longo da graduação de forma sistematizada em diversos cenários de ensino, e preferencialmente em pequenos grupos trabalhados com metodologias ativas (RIOS, 2012). Temos

visto que, apesar da importância da empatia comunicacional e dos resultados positivos, muitos médicos não conseguem desenvolver essa habilidade, deixando pacientes frustrados e diminuindo a eficácia da consulta médica. Essa percepção mereceria um estudo mais aprofundado.

Alguns autores apontam como possível causa dessa perda de empatia as dificuldades dos médicos de superar as ansiedades dos pacientes relacionadas ao contato com a doença e com o sofrimento, o dilema de aceitar que não sabe tudo, a consciência da vulnerabilidade e a falta de modelos profissionais com atitudes e comportamentos empáticos de excelência (HOJAT et al, 2004). A empatia facilita a comunicação entre médico e paciente, consolidando a relação entre ambos. Com isso, o paciente sente-se mais capaz para explicitar queixas e preocupações, favorecendo o aperfeiçoamento da anamnese:

Como resultante, há o desenvolvimento de diagnósticos mais precisos. Além disso, o médico se torna apto a transmitir de forma mais eficaz seus conhecimentos ao paciente, contribuindo para a compreensão deste acerca da sua doença, gerando maior adesão ao tratamento e, por conseguinte, maior sucesso terapêutico (PROVENZANO et al, 2014, p.22).

Vimos que o modelo biopsicossocial vem exigindo do profissional médico novas habilidades cujo objetivo é a melhor compreensão sobre o paciente. A capacidade de constituir uma adequada comunicação entre as partes se constitui, desta forma, o alicerce para a construção da confiança e da credibilidade. Assim sendo, a empatia torna-se componente essencial para que haja a completa conquista da competência comunicativa por parte do médico. A comunicação empática se enquadra nessa perspectiva da medicina subjetiva, descrita por Sullivan (2003) e por Canguilhem (2012), que está substituindo a postura positivista da visão objetiva da doença.

De que falamos, no entanto, quando falamos de empatia? É importante, no entanto, observarmos com cautela a própria noção de empatia, que muitas

vezes é esvaziada de seu conteúdo em favor de práticas individualistas que não buscam transformações e mudanças atitudinais somadas a uma perspectiva de atuação comunitária e coletiva. Empatia se tornou um termo empobrecido semanticamente, sendo considerado, ao largo, como uma expressão vertical de olhar e cuidado com o próximo, distante de um princípio de autonomia dos sujeitos. A seguir, propomos um debate sobre o termo.

No estudo que faz sobre a compaixão e empatia a partir de uma filosofia das emoções, Nussbaum (2003) se detém, em primeiro, a traçar uma definição sobre empatia, que envolveria uma reconstrução imaginativa da experiência do sofrimento. Comparando a operação de empatia a um processo de preparação mental de um ator para um papel, tanto no trabalho de atuação quanto no gesto empático há a consciência de que não se é, de fato, a pessoa que sofre. Ter empatia por alguém, no entanto, não pressupõe, de maneira incontestada, ser compassivo. Nussbaum dá o exemplo do torturador que, ao reconstruir mentalmente a experiência do torturado, pode despertar em si o desejo de infligir mais sofrimento. Assim como o jurado que acredita que o criminoso é culpado e responsável pelo crime - o jurado pode ser capaz de ter empatia - o entendimento da experiência do criminoso - mas não nutrir por ele compaixão.

Neste ponto, é interessante recorrermos às definições primeiras postas por Aristóteles acerca dos sentimentos para discutirmos de que ponto a noção de empatia será abordada aqui. O estagirita entende como compaixão o sentir certo pesar por um mal, por um evento destrutivo ou penoso, que atinge alguém imerecidamente. Esse sentimento irrompe mais facilmente quando esse mal parece iminente e há uma relação de identificação e de admiração com a pessoa vitimada pelo infortúnio - seja pela similaridade da situação ou por uma relação de parentesco, por exemplo (ARISTÓTELES, 2003, p. 53). Aristóteles considera

males dolorosos e destrutivos as mortes, as violências físicas, o envelhecimento, a fome, o adoecimento.

Aqui, tecemos a preocupação de cultivar a empatia como uma ação reflexiva, que se dá a partir do reconhecimento entre o sujeito e o indivíduo com quem se comunica. Empatia, pela perspectiva que propomos, está profundamente ligada à percepção da vulnerabilidade de modo recíproco, intersubjetivo e também no âmbito interpessoal. De modo complexo, agir de maneira empática pressupõe um agir compassivo limitado pela diferença entre o sujeito e aquele que é interpelado por ele e por ele é interpelado de volta. Desta forma, a empatia está alinhada aos três princípios fundamentais do SUS, que são universalidade, equidade e integralidade, observando as diferenças, sem negá-las.

A COMUNICAÇÃO NO ENSINO MÉDICO

Considerada um fenômeno de natureza complexa, a comunicação envolve aspectos de linguagem verbal e não verbal, de forma e de conteúdo. Além da interação, trata-se de um processo relacional pelo qual a informação é transmitida através de percepções, emoções e experiências dos envolvidos, podendo ser entendida sob uma perspectiva relacional entre ideias, conceitos, valores, vozes e pessoas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Alguns questionamentos se tornam basilares nas reflexões que ocupam as discussões no Laboratório de Comunicação. A primeira delas trata da percepção dos desafios e dos entraves para o estabelecimento do vínculo e do processo de Comunicação: escolhemos com quem nos vincular e nos comunicar? A partir de quê? Para responder a tais inquietações, é preciso investigar o próprio processo

de Comunicação, pensando nas atribuições de sentido que cada encontro com o paciente traz consigo. Entendemos sentido como:

Nada mais é do que uma forma complexa de consciência: não existe em si, mas sempre possui um objeto de referência. Sentido é a consciência de que existe uma relação entre as experiências, (BERGER & LUCKMANN, 2004, p. 15).

A constituição do sentido não se resume ao indivíduo de maneira isolada, mas passa pelas diversas interações e sucessões de eventos que caracterizam o agir do indivíduo dentro da sociedade. É essa cadeia que compõe de a vivência subjetiva e constituem o sentido da experiência subjetiva de uma pessoa, delineando sua identidade pessoal.

O campo da “comunicação e saúde” é, portanto, constituído por diversos elementos, dependendo do contexto. Quando se fala do lugar da comunicação, a abordagem tende a ser a da saúde como conteúdo ou objeto que permitiria avançar na compreensão dos dispositivos de comunicação da sociedade, midiáticos ou não. Quando o lugar da fala é o da saúde, temos um campo de interseção e, mais que isto, um contexto a definir a abordagem: o SUS, com seus dinamismos, contradições, movimentos sociais e políticos, estruturas e instituições.

A AÇÃO COMUNICATIVA

Segundo definição do Guia Calgary-Cambridge, a comunicação efetiva é considerada como um procedimento de interação do profissional da saúde e pacientes que promove acolhimento, diálogo e entendimento recíprocos. Estudos mostram que comunicação efetiva tem impacto significativo no cuidado e aumento da qualidade da atenção à saúde. Já a falta de habilidade de comunicação está associada à má prática e erros médicos (KURTZ et al, 2005). A competência relacional e comunicacional se fundamenta em atitudes,

conhecimentos e habilidades de comunicação e interação que requer ensino-aprendizagem e deve ser desenvolvida nas escolas médicas.

Comunicação efetiva e interação são hoje apontadas como competências clínicas essenciais ao profissionalismo em Medicina (RIOS, 2012). Essa comunicação efetiva deve compor a base das habilidades do médico não apenas para o levantamento da história básica, mas para a construção da relação com o paciente na negociação e na parceria (ROSSI; BATISTA, 2006). No contexto do cuidado, a comunicação efetiva é o procedimento médico fundamentado na intersubjetividade compreendida aqui como resultante da interação de pessoas em um espaço relacional que promove o acolhimento, o diálogo e o entendimento mútuo (RIOS, 2012).

Aqui pensamos a comunicação crítica numa perspectiva da interação a partir do encontro entre dois ou mais pares. Para tanto, o aporte teórico da ação comunicativa e da filosofia da medicina de Jürgen Habermas (2004, 2012) nos ajuda a problematizar essa questão. No que diz respeito à relação médico e paciente, os conceitos habermasianos da interação na ação comunicativa podem ser aplicados a fim de promover uma relação construída com base na confiança e na reciprocidade.

De acordo com o autor, a racionalidade científica, instrumental, deveria ceder espaço à racionalidade comunicativa. A interação social é, segundo Habermas, uma dimensão igualmente irreduzível da prática humana e simbolicamente mediada que envolve necessariamente o diálogo. Assim, podemos pensar a inclusão da ação comunicativa na formação médica como um processo de interação que contemple a subjetividade do paciente e seus impactos na promoção do cuidado.

Habermas (2012) defende em sua teoria que a subjetividade do indivíduo não é construída através de um ato solitário de autorreflexão. Ela é resultante de um processo de formação que se dá em uma complexa rede de interações. A interação social é, portanto, uma interação dialógica, comunicativa. A entrada da racionalidade instrumental no âmbito da ação humana interativa produziu um esvaziamento da ação comunicativa, gerando no homem contemporâneo formas de sentir, pensar e agir, fundadas no individualismo, na competição e no rendimento, constituindo, assim, a base dos problemas sociais. Esse esvaziamento pode ser ilustrado na fragilidade da relação do médico com seu paciente.

Como a possibilidade de transformação da sociedade na busca de solução para os problemas que assolam a medicina contemporânea no que concerne à interação com o paciente, podemos trazer para essa realidade o que Habermas visualizou acerca do resgate de uma racionalidade comunicativa em esferas de decisão no âmbito da interação social. Dito de outra forma, ao trazer o indivíduo doente para o centro das práticas médicas, através da interação comunicativa e dialógica, o médico atuará de forma ética, contemplando a subjetividade do paciente, objeto do saber médico e essência da medicina.

A ação comunicativa entre os interlocutores sociais é analisada segundo suas relações, dentro de uma perspectiva crítica, que funcionaria como uma teoria do comportamento. Ou seja, um conjunto de regras morais para a vida afirmaria a infraestrutura da linguagem humana, do conhecer, do agir e da cultura (HABERMAS, 2012). No interior dessa crítica, o conceito agir comunicativo corresponde às “ações orientadas para o entendimento mútuo”, em que o ator social, aqui entendido como o futuro médico, inicia o processo circular da comunicação e é produto dos processos de socialização que o formam, em vista da compreensão mútua e consensual, como deve ser na relação com o paciente.

Habermas (2004) ainda critica o reducionismo biologicista do conceito da saúde. Para ele, a noção de doença deve ser entendida também como uma construção social. A noção, segundo a qual a única fonte válida de conhecimento é a do médico, está atrelada a uma concepção reducionista do processo de adoecer. A noção de doença, aqui entendida num sentido estritamente biológico, ignora fatores sociais na definição da mesma. Muito já foi dito que os processos sociais e culturais do indivíduo doente estão intrinsecamente ligados aos processos de adoecimento.

A compreensão habermasiana da sociedade tanto como sistema quanto como mundo vivido pode contribuir significativamente para o exame da relação médico e paciente, especialmente no que diz respeito ao que se considera conhecimento do “expert” (médico) e do leigo (paciente). Para o autor, o “mundo da vida” [Lebenswelt] do paciente deve ser incorporado nas práticas médicas. A natureza do conhecimento leigo acerca da saúde, o fermento crítico e frequentemente negligenciado do “mundo da vida”, a diferenciação entre o “expert” e o “não expert” no campo da saúde pública, a distinção entre a perspectiva do sistema de saúde e a do mundo vivido na interação entre médico e paciente são aspectos que podem afetar essa relação, que deveria ser pautada pela boa fé e satisfação recíproca.

De acordo com Habermas (2004), os próprios concernidos² pelas normas devem ser os verdadeiros intérpretes dos seus interesses, embora essa mesma interpretação deva estar aberta a ser examinada num discurso racional no qual somente deve vigorar a força do melhor argumento. Como o “mundo da vida”

² Habermas (2004, p.142) definiu o termo concernido como “todo aquele cujos interesses serão afetados pelas prováveis consequências provocadas pela regulamentação de uma prática geral regulada pela norma”.

legítima a experiência, permitindo que o indivíduo construa o significado de suas vidas, na área da saúde o doente deve narrar e construir uma identidade coletiva sobre sua condição de doença.

No tocante à Teoria do Agir Comunicativo (HABERMAS, 2012), as comunicações que os indivíduos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, dizem respeito sempre a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. As relações com esses três mundos estão presentes, ainda que não na mesma medida, em todas as interações sociais. Em primeiro lugar, as pessoas, ao interagirem, coordenam suas ações.

Do conhecimento que elas partilham do mundo objetivo depende o sucesso ou o insucesso de suas ações conjuntas, sendo que a violação das regras técnicas conduz ao fracasso. Em segundo lugar, as pessoas interagem orientando-se segundo normas sociais que já existem previamente ou que são produzidas durante a interação. Essas normas definem expectativas recíprocas de comportamento, sobre as quais todos os participantes têm conhecimento. Esse tipo de ação não é avaliado pelo seu êxito, mas pelo reconhecimento intersubjetivo e pelo consenso valorativo, sendo que sua violação gera sanções. Em terceiro lugar, em todas as interações as pessoas revelam algo de suas vivências, intenções, necessidades, de seus temores etc., de tal modo que deixam transparecer sua interioridade. Embora as pessoas, em maior ou menor grau, possam controlar as manifestações de suas vivências subjetivas, das suas ações podem-se tirar conclusões a respeito da sua veracidade.

A interação entre esses três mundos leva os participantes ao entendimento do “Mundo da Vida”, ou seja, ao mundo da experiência. Ao mundo como é interpretado e dado sentido efetivado na configuração de suas relações

intersubjetivas. Entre essas relações, a médico-paciente norteia as diretrizes formativas dos profissionais de saúde. A relação interativa estabelecida entre o médico e o paciente durante o ato médico, e seus respectivos compromissos sociais, devem ser desenvolvidos com base no agir comunicativo:

Nesse tipo de relação não poderá ocorrer o predomínio hegemônico de quem domina a ciência (o médico) sobre o leigo (o paciente). Essa relação deve ser marcada pela ética profissional de respeito mútuo e confiança entre ambos os sujeitos, de modo que impere a racionalidade comunicativa do médico com o paciente, consideradas as limitações deste, e não somente uma fala unívoca de quem detém o conhecimento (MENEZES JUNIOR, A. S.; BRZEZINSKI, I., 2018, p. 450-451).

A proposta habermasiana para a formação médica, que deve promover a competência da ação comunicativa, repousa em alguns princípios adotados na nossa experiência, como veremos na tópica seguinte. São eles: liderança com compartilhamento de poder, permitindo o empoderamento dos atores sociais (médicos, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares); diálogo acerca da intersubjetividade entre os profissionais de saúde; promoção do entendimento no tratamento e cuidado do paciente, ao buscar um consenso que favoreça a igualdade entre profissionais e o respeito ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa é de que, pela vivência no Laboratório de Comunicação, o estudante desenvolva habilidades comunicacionais (e, interacionais) aplicáveis no exercício diário da profissão. Ao compartilhar práticas e conhecimentos através da informação, o profissional contribui para o incremento da qualidade de vida, contribuindo para a percepção da responsabilidade do paciente para com sua própria condição de saúde, conferindo-lhe maior autonomia.

Espera-se desta forma, que o profissional de saúde possa mobilizar, de maneira eficaz, o paciente para ações individuais e comunitárias de promoção

de saúde e bem-estar. Ao permitir a construção de identidades coletivas a partir de uma interação simétrica, através da qual todos os saberes são incorporados, a comunicação se torna uma ferramenta de motivação e de educação médica, podendo qualificar uma assistência mais humanizada e de consenso, que perpassa pela valorização do paciente em sua dignidade, considerando-o como um ser único com características e necessidades que lhes são inerentes. Nessa perspectiva, a comunicação se apresenta como um instrumento valioso para um cuidado genuíno, já que auxilia na compreensão da experiência vivida pelo indivíduo vulnerabilizado pelo processo de adoecimento, a partir de uma interação efetiva entre este e o profissional.

Outra questão apontada por alunos de graduação refere-se à dificuldade de ensinar “sentimento” nas relações interpessoais, considerando as questões subjetivas que se fazem presentes, tal como a sensibilidade. Como se expressar diante de situações em que se sentem mobilizados e ficam evidentes suas emoções perante usuários ou familiares? Tendo em vista que sempre escutaram a informação de que não seria adequado um profissional demonstrar seus sentimentos nestas situações. Já é bem estabelecido de que, ao reconhecermos nossas emoções, estaremos identificando também nossos limites emocionais, e usando-os de modo consciente, tornaremos as interações mais verdadeiras, o que acreditamos contribuir para o estabelecimento de vínculos mais confiáveis e terapêuticos.

O quadro teórico apresentado surge, neste trabalho, como referenciais para que os estudantes alarguem o entendimento sobre o abstrato conceito da singularidade do paciente e possa ter mais consistência crítica para trabalhar a abordagem centrada na pessoa com base na empatia.

A busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente traz para a superfície o debate sobre a importância do humanismo na prática

médica. Ao lançar luz a esse tema tão caro à medicina, pretendemos ainda fornecer subsídios para o ensino médico acerca do desenvolvimento de atitudes e habilidades na interação entre profissionais de saúde e pacientes.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **A Retórica das Paixões**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2000.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido**: a orientação do homem moderno. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo** – crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

CANGUILHEM Georges. **Escritos sobre medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.

CASSEL, Eric. **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1982.

CERON, Mariane. **Habilidades de Comunicação**: Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso: 04 dez 2019

COSTA, Fabrício; AZEVEDO, Renata. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, 06/2010.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010.

HABERMAS, J. O Futuro da Natureza Humana. A caminho de uma eugenia liberal? Trad. Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2004

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012

KURTZ S, SILVERMAN J, BENSON J, & DRAPER J .Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. **Academic Medicine**. Vol78, No 8/August, pp 802-809, 2003

KURTZ S, SILVERMAN J, AND DRAPER J. **Teaching and Learning Communication Skills in Medicine**, 2nd Ed. Oxford, UK and San Francisco: Radcliffe Publishing, 2005

HOJAT, Mohammadreza. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.*;36:522-7, 2002.

HOJAT, Mohammadreza An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**; 38: 934-941, 2004.

HOJAT, Mohammadreza Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. **JHSA Spring**: 412- 450, 2009.

MARCATTO, A.RPG como Instrumento de Ensino e Aprendizagem: Uma Abordagem Psicológica. In: **ANAIS DO I SIMPÓSIO DE RPG E EDUCAÇÃO**, 2002, São Paulo. Anais.. São Paulo: Devir. 2004. 280

LUZ, Madel. **Natural, racional e social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

MACEDO, L. de PASSOS, N.C.; PETTY, A. L. S. **Aprender com jogos e situações problema**. PortoAlegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MENEZES JUNIOR, A. S.; BRZEZINSKI, I.. A teoria do agir comunicativo e a formação médica: análise crítica das competências curriculares e da relação

médico-paciente In **EccoS – Rev. Cient.**, São Paulo, n. 47, p. 441-456, set./dez. 2018.

NUSSBAUM, Martha C. **Upheavals of thought: The intelligence of emotions.** Cambridge University Press, 2003.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: Inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2004. p.143-64.

OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **HumanizaSUS – O que é, como implementar?** Brasília, 2010. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf. Acesso: 28 abr 2020.

PROVENZANO. B.,MACHADO. A, RANGEL.M, ARANHA.R. A empatia médica e a graduação em medicina. In: **Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences**, vol 13, n.4

ROSSI, P.; BATISTA, N. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 10, n. 19, p. 93-102, June 2006 .

RIOS, I.Comunicação em medicina. In **RevMed** (São Paulo). 2012 jul.-set.;91(3):159-62.

SALLES, A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética** [online] 2010.

SILVA, LS, COTTA RMM, COSTA GD, OLIVEIRA CAMPOS AA, COTTA RM, SILVA LS, et al. Formação de profissionais críticos-reflexivos: o potencial das metodologias ativas de ensino aprendizagem e avaliação na aprendizagem significativa. **Revista del Congrès Internacional de Docència Universitària i Innovació** (CIDUI) 2014;

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa:** transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

SULLIVAN M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. **SocSci Med** 2003; 56(7):1595-604



e-ISSN: 2177-8183

Recebido: 11/03/2020

1ª Revisão: 23/03/2020

Aceite final: 11/04/2020