

Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde

Evaluation of Medical Empathy on the Perception of Physicians and Patients in Public and Private Health Settings

Patrícia de Souza Barros¹; Eliane Mary de Oliveira Falcone²; Vanessa Dordron de Pinho³

¹Psicóloga clínica e doutoranda do Programa de Pós-Graduação*; ²Professora da graduação e do programa de pós-graduação*; ³Psicóloga Clínica e mestranda do Programa de Pós-Graduação*

* Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo **Introdução:** A relação médico-paciente vem mostrando destaque como elemento fundamental no tratamento médico, auxiliando desde o processo diagnóstico à aderência ao tratamento e, conseqüentemente, o seu sucesso. A empatia mostra-se como um dos fatores essenciais para a construção desta relação de maneira eficaz, à medida que instrumenta o médico a entender a doença de seu paciente partindo da perspectiva do doente, o que gera uma série de efeitos positivos ao tratamento. Embora a empatia na relação médico-paciente seja referida na literatura como essencial para a maior adesão e melhores resultados do tratamento, estudos sugerem haver carência dessa habilidade no contexto da prática médica. **OBJETIVOS:** O estudo procurou investigar se médicos das redes pública e privada de saúde são empáticos na relação com seus pacientes, bem como se existem diferenças deste comportamento nos dois tipos de setor.

MATERIAIS E METODOLOGIA: O estudo avaliou a empatia de médicos das redes pública e privada na relação com seus pacientes, a partir das respostas concordantes das díades a um questionário elaborado para esta pesquisa, aplicado após uma consulta médica. **RESULTADOS:** Os resultados indicaram um percentual de concordância de 22,9% no setor público e de 34,3% no setor privado entre médicos e pacientes de que o médico é empático. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Neste estudo, o baixo percentual de concordância entre médicos e pacientes de que o médico é empático sugere a carência de empatia deste profissional. Esse resultado indica que a habilidade empática parece não estar recebendo a devida atenção no ensino da psicologia médica e merece, portanto, ser melhor desenvolvida durante a formação deste profissional de saúde.

Palavras-chave Empatia; Percepção; Assistência ao Paciente.

Abstract The relationship between doctor and patient has stood out as a fundamental aspect in the medical treatment, aiding from the diagnoses process to the compliance with the treatment, therefore, its success. Empathy is essential in the process of building up a relationship in an efficient way, as it provides the doctor with tools so that he can understand the patient's illness from the perspective of the latter. By doing this, the effects of the treatment tend to be positive. In spite of empathy references in the literature as being essential for a wider compliance and better results in the treatment, some research suggests that there is a lack of empathy in the medical practice. **OBJECTIVES:** This study has investigated doctors' empathy in public and private sectors while they were assisting their patients. **MATERIAL AND METHODOLOGY:** This study has evaluated the empathy between doctors and patients in either public hospitals or private clinics by verifying the answers given by doctors and their respective patients to a questionnaire designed especially for this study. **RESULTS:** In the public sector, the agreement towards the doctor's empathy achieved the percentage of 22.9%, whereas in the private sector, 34.3%. Patients from the public hospital have evaluated their doctor's empathy in a more positive perception compared to those of the private clinics. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** In this study, the low percentage of agreement between patients and doctors, in which the latter is empathic, indicates a lack of this skill in the medical practice. This result suggests that empathy does not seem to be a relevant aspect for medical education, however, it should be more emphatic throughout doctor's graduation.

Keywords Empathy; Perception; Patient Care.

1. Introdução

Desde os primórdios da prática em saúde, a relação médico-paciente parece ter sido construída sobre um modelo hierárquico do médico em relação ao seu paciente. Ao longo do tempo, o *status* do médico no Brasil modificou-se e aspectos como o tempo de consulta, a remuneração e as condições de trabalho passaram a ser mediadas por dois tipos de sistema de saúde: o público, constituído por hospitais e centros de saúde gerenciados pelo governo e também por instituições filantrópicas; e o privado, constituído em sua maioria por instituições mediadas, pelos seguros de saúde¹.

Alguns autores têm apontado que a defasagem do status financeiro do médico e as condições de atendimento tornaram-se variáveis importantes que têm exercido influência na qualidade do trabalho do médico, bem como na sua relação com o seu paciente. Observa-se que, enquanto empregado do sistema público de saúde, o médico depara-se com condições pouco favoráveis ao seu trabalho, vista a notável precariedade de verbas e de administração. Por outro lado, quando “terceirizado” pelos seguros de saúde, o profissional da medicina submete-se à baixa remuneração, o que também pode levar à baixa da qualidade de seus serviços e do seu *status*².

O segundo fator, que parece ter relação com a queda do status médico, refere-se à mudança da postura de sua clientela. Principalmente nos grandes centros, à medida que decresce o papel hierarquizado do médico, menos o paciente se conforma em seguir passivamente a conduta que lhe é traçada³. Parecem ser vários os fatores aos quais se atribui a maior exigência dos pacientes: a difusão das informações sobre saúde nos meios de comunicação, o declínio do status financeiro dos médicos, dentre outros. Não é por acaso que as medidas de qualidade dos serviços de atenção à saúde estão, preponderantemente, associadas à satisfação dos pacientes^{4,5}. Além disso, o resultado esperado de um treinamento de médicos deve ser o mais próximo das expectativas do paciente, sem que se reduza, entretanto, o desempenho técnico e ético dos primeiros⁶.

É importante destacar que a assertividade dos pacientes tende a oscilar de acordo com algumas variáveis como idade, classe social e etnia. Pacientes mais novos, com maior nível de escolaridade e mais saudáveis tendem a ser mais assertivos. Em contrapartida, a parcela da população mais idosa e minoritária racialmente costuma ser mais passiva em situações de consulta e procedimentos médicos^{7,8,9,10}. Além disso, de acordo com o setor de atendimento, modificam-se as expectativas de médicos e pacientes sobre o que é esperado de cada um deles, fazendo com que a percepção sobre o bom ou mau atendimento seja diferente³⁴.

Diante dos fatores apresentados até então se pode concluir que aqueles que se dedicam à medicina estão diante de um impasse. De um lado, a educação médica enfatiza um modelo que favorece a relação unidirecional e os sintomas da doença (mas não o paciente). De outro, as mudanças no status médico aliado ao maior esclarecimento de uma fatia da população vêm cobrando do profissional uma relação diferente com seu paciente, de forma a considerá-lo holisticamente, o que subtende que esse médico deve ser capaz de ouvir e validar os

sentimentos, opiniões e pontos de vista de seu paciente a respeito do seu estado de saúde e de suas condições de vida. Segundo White¹¹ um quarto dos benefícios derivados da prática médica não estão ligados às capacidades técnicas do médico, aos efeitos terapêuticos do medicamento ou ao efeito placebo: eles seriam os resultados da relação do médico com seu paciente. Para o autor, essa relação exerce um impacto positivo sobre uma série de sintomas ligados aos fenômenos de estresse, tais como cefaléia, cansaço, constipação, problemas gástricos, modificações de peso etc. Além disso, quando o médico colhe uma boa história de seu paciente, e isso inclui ouvi-lo com especial cuidado, o diagnóstico se mostrará mais acurado, evitando uma sobrecarga de exames, diminuindo gastos e agilizando a resolução do sofrimento do paciente¹².

Alguns estudos têm sugerido que atributos, como a sensibilidade na percepção de sentimentos do paciente, a empatia, a capacidade de ser continente para as emoções do paciente, bem como a escuta, influenciam na construção de uma relação médico-paciente favorável ao tratamento¹³. Para Larson e Yao⁴⁰, a empatia pode ser considerada o símbolo do cuidado do profissional de saúde em relação ao seu paciente. Conceitualmente, a empatia é definida como:

a capacidade de compreender de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando esse entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada (p. 323)¹⁴.

O conceito de empatia é baseado em um modelo multidimensional, sendo esta constituída de três componentes: o cognitivo, o afetivo e o comportamental^{15,16}. O componente cognitivo refere-se à capacidade de identificar e de considerar, sem julgar, a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa. O componente afetivo é identificado pela presença de sentimentos de compaixão e de preocupação genuína com o bem estar da pessoa-alvo. O componente comportamental da empatia se traduz em transmitir o reconhecimento explícito do que foi entendido, sem julgamento pessoal, dando à outra pessoa a sensação de ter sido verdadeiramente compreendida e acolhida^{38,39}.

Durante uma interação, a empatia ocorre em duas etapas. A primeira delas, a compreensão empática, envolve a atenção e o ouvir de forma especial e genuína. A segunda etapa consiste em comunicar o entendimento daquilo que foi apreendido¹⁷.

Para alguns autores a verbalização empática é a forma que gera maior impacto quando utilizada, na medida em que expressa entendimento acurado e validação dos sentimentos e perspectiva da pessoa-alvo. Essa demonstração de entendimento produz no interlocutor a sensação de ser compreendido e acolhido, aliviando a sua angústia e aumentando o vínculo com o empatizador¹⁸. Na prática da psicoterapia, por exemplo, a verbalização empática se constitui como o mais importante indicador da acuidade perceptiva do terapeuta^{17,19}.

No contexto da prática médica, a atenção e a demonstração de interesse pelos pensamentos e sentimentos do paciente facilitam

a livre expressão deste e, conseqüentemente, o aumento do número de informações que colaboram para a maior acuidade do diagnóstico. Perceber as mensagens não-verbais do cliente ainda facilita o médico a adaptar seu comportamento de acordo com as reações do paciente, de modo que não seja invasivo ou, até mesmo, iatrogênico, respeitando os limites da outra pessoa²⁰. A percepção do paciente de ser ouvido, compreendido e de ter sua perspectiva e sentimentos levados em conta, contribui para o aumento da autoestima, uma vez que este perceberá a sua fala como algo que faz sentido^{21,37}.

Apesar das evidências a favor do estabelecimento de uma relação de confiança e acolhimento entre o médico e seu paciente como ponto fundamental à eficácia do tratamento, na prática, os dados apontam para uma postura diferente dos médicos. Segundo o estudo de Caprara e Rodrigues²², 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são levados em consideração por seus médicos, bem como, em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza principal do problema. Além disso, nessa mesma amostra, 65% dos pacientes foram interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema. No estudo brasileiro de Kiyohara e seus colaboradores⁶, em 75% dos atendimentos da amostra de um Hospital Universitário, os residentes, após cumprimentarem seus pacientes, vão direto à exploração do sintoma.

Na amostra de Rashid, Forman e Jagger²³, os médicos tendiam a ter uma visão mais negativa da consulta que seus pacientes. Segundo eles, isso se deve primordialmente à dificuldade em acessar o paciente, de oferecer explicações e de permiti-los expressar seus sentimentos. Hall, Stein e Roter²⁴ corroboram com essa idéia quando comentam que os médicos têm a percepção pouco acurada sobre as respostas de seus pacientes, tornando-as mais negativas do que os pacientes realmente pretendem mostrar.

Outro estudo²⁵ apresenta resultados que mostram como os médicos têm pouca percepção da importância de seu papel na aderência e na eficácia do tratamento. Nele, 81% dos médicos concordam pelo menos parcialmente com a opinião de que o fracasso do tratamento se explica pelo fato dos pacientes não seguirem de forma adequada a prescrição.

O ensino da relação médico-paciente, que seria o responsável em suprir esse tipo de dificuldade, é questionado por Lipkin¹³. A autora relata que, em 1978, menos de 25% das Universidades Médicas nos Estados Unidos tinham programas voltados para o relacionamento com o paciente. Em 1992, mesmo uma grande parte das Escolas lecionando esse tema, só 35% tinham programas suficientes para abordar a amplitude deste aspecto. Dois estudos mais atuais, realizados com médicos residentes de uma Universidade americana, mostraram que, ao longo de três anos de residência médica, a frequência dos comportamentos empáticos tendia a diminuir, especialmente se o nível de estresse desses estudantes era considerado alto^{35,36}. Além disso, Stern, Frohna e Gruppen⁴¹ reportam ainda que até o ano de 2005 não havia nenhum tipo de avaliação sobre os comportamentos dos estudantes de medicina como fator para admissão na faculdade, nos levando a crer que este não parece um fator fundamental para a prática médica.

Apesar do panorama geral apresentado, parece existir um lento movimento de reorganização das disciplinas de Psicologia Médica no Brasil, com o objetivo de suprir as deficiências na relação dos médicos com seus pacientes, mas que estão ainda em aprimoramento^{26,27}.

Em razão dessa intenção de reorganização da psicologia médica, alguns autores têm se preocupado em identificar alguns comportamentos do médico considerados como empáticos na interação com o seu paciente a fim de desenvolver a qualidade da interação neste tipo de relação. Tais comportamentos incluem: 1) o incentivo dos médicos para que seus pacientes expressem seus sentimentos²²; 2) demonstração de interesse e atenção ao discurso do paciente por parte do médico, de modo que o paciente perceba²⁸; 3) não interrupção abrupta da fala do paciente²⁹; 4) verbalização de entendimento das razões do paciente para comportar-se de modo “não-sadio”¹³; 5) checagem do ponto de vista do paciente sobre suas queixas e sintomas ou sobre sua doença^{13,30}; compreensão destituída de julgamentos sobre o problema do paciente³⁰; e 7) checagem e negociação com o paciente acerca do tratamento proposto, quando isso for possível¹³. Torna-se um desafio, no entanto, avaliar se esses comportamentos seriam identificados pelo médico e pelo seu paciente durante uma consulta médica.

Resultados de estudos da literatura psicológica sugerem ainda que as correlações entre a empatia percebida pelo terapeuta e pelo paciente são relativamente baixas¹⁷. Além disso, os pacientes podem ser melhores julgadores da empatia terapêutica do que os próprios terapeutas e suas avaliações são mais propensas a prever a recuperação clínica em uma série de transtornos psicológicos³¹.

2. Objetivos

Com base nos dados apresentados, algumas perguntas se tornam importantes para o melhor esclarecimento da situação atual da relação médico-paciente. Será que os médicos são empáticos na relação com seus pacientes? Como os médicos percebem a própria empatia? Será que a percepção dos pacientes sobre a empatia médica difere da percepção do médico? A percepção da empatia médica difere nas redes pública e particular? Todas essas indagações motivaram a realização desse estudo, que tem como objetivos:

- a) Avaliar se os médicos, da rede pública e da rede privada, são empáticos na relação com seus pacientes.
- b) Avaliar se os médicos, da rede pública e da rede privada, são acurados na percepção de sua própria empatia.
- c) Avaliar, quando os médicos não foram acurados na percepção de sua empatia, se a percepção dos pacientes foi mais positiva ou mais negativa que a de seu médico.
- d) Avaliar se existe associação entre o setor onde o atendimento se dá e a ocorrência de concordância entre médicos e pacientes acerca da empatia do médico.

Uma vez que existem diferenças entre os setores público e privado com relação à qualidade do ambiente físico, tempo disponível para o atendimento, diferentes mediadores institucionais, salários, e tipos de pacientes, espera-se que existam também diferenças na conduta médica, assim como na

percepção dos pacientes, entre as duas redes de atendimento.

3. Métodos

3.1. Participantes

A amostra foi constituída por 20 médicos e 20 pacientes da rede pública e 20 médicos e 20 pacientes da rede particular. A amostra de pacientes foi escolhida aleatoriamente de acordo com sua disponibilidade e desejo em participar da pesquisa. A condição para participarem da pesquisa no serviço público foi de estar fazendo uso do Sistema Único de Saúde, enquanto no serviço privado de fazerem uso de seguros privados de saúde. Não houve critério específico de exclusão. No serviço público, os médicos eram profissionais, também escolhidos aleatoriamente, recém especializados em cardiologia e faziam parte do ambulatório de um hospital filantrópico do Rio de Janeiro. O tempo médio de experiência no setor público era de 6,35 anos e a média de idade de 32 anos. No serviço privado, os médicos exerciam suas atividades em seus consultórios particulares e foram escolhidos aleatoriamente através de livros de diversos seguros de saúde e convidados via telefone a participarem da pesquisa. Essa parte da amostra se dividiu em especialidades heterogêneas: 10 cardiologistas, 3 dermatologistas, 3 ginecologistas, 2 pneumologistas, 1 especialista em clínica médica e 1 endocrinologista. O tempo médio de experiência era de 19 anos e a média de idade de 45 anos. A porcentagem de médicos homens era de 70% no serviço público e de 55% no privado.

Quanto à caracterização dos pacientes, a média de idade foi de 52 anos para pacientes do serviço público e de 44 para os do serviço privado. A distribuição entre homens e mulheres foi similar nos dois tipos de serviços: 60% de homens e 40% de mulheres. A escolaridade dos pacientes no atendimento público ficou dividida da seguinte maneira: 5 eram apenas alfabetizados, 8 haviam completado o ensino básico, 4 terminaram o nível fundamental e 3 haviam alcançado o ensino médio. No serviço privado, 11 pacientes haviam completado o ensino médio e 9 terminaram o ensino superior. Os pacientes do serviço público de saúde faziam uso do Sistema Único de Saúde (SUS) conveniado ao hospital no qual foram atendidos, enquanto os pacientes do serviço privado faziam uso de seus seguros de saúde.

3.2. Instrumento

Para a avaliação do comportamento empático dos médicos, foi desenvolvido um questionário que descrevia uma série de comportamentos empáticos do médico, com base em descrições apontadas pela literatura da área: (1) o incentivo dos médicos para que seus pacientes expressem seus sentimentos; (2) demonstração de interesse e atenção ao discurso do paciente de modo que este perceba; (3) escuta sensível, sem interrupção abrupta; (4) verbalização de entendimento das razões do paciente para comportar-se de modo “não-sadio”; (5) demonstração de interesse pelo ponto de vista do paciente sobre suas queixas e sintomas ou sobre sua doença; (6) compreensão do problema do paciente sem emissão de julgamentos; (7) negociação com o paciente sobre a viabilidade

do tratamento proposto, quando isto for possível.

A avaliação da empatia do médico nesse estudo está baseada principalmente na percepção do paciente, uma vez que ele é o alvo a ser alcançado e que, de acordo com os estudos acima, a percepção do paciente parece ser mais acurada para avaliar o comportamento empático do médico. Assim, o nível de concordância entre as avaliações do médico e do paciente pode revelar o nível de acuidade sobre a empatia do médico e avaliação do paciente aponta o nível de empatia deste profissional.

Os itens do questionário foram desenvolvidos de modo adaptado para os médicos e os pacientes. Por exemplo, o item 2 foi elaborado da seguinte forma para o médico: “Você se mostrou visivelmente interessado no que o seu paciente lhe disse, de maneira que ele fosse capaz de perceber isto?”. A pergunta destinada ao paciente configurou-se, analogamente, como: “Seu médico se mostrou visivelmente interessado no que você lhe disse de maneira que você pôde perceber tal atenção?”

As respostas dos participantes ao questionário deveriam ser dadas com base na frequência com que percebiam o comportamento empático do médico acontecer durante a consulta, devendo indicar uma dentre três possibilidades de resposta: não aconteceu; às vezes; em grande parte do tempo. Destaca-se que o questionário foi testado previamente em um grupo de 10 médicos e seus respectivos pacientes a fim de se verificar sua aplicabilidade e realizar os ajustes necessários.

3.3. Procedimento

A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os médicos do serviço público foram consultados anteriormente pelo chefe do serviço de cardiologia sobre a participação na pesquisa. Os médicos do serviço privado foram consultados previamente, via telefone, sobre sua disponibilidade em colaborar com a pesquisa. Um paciente de cada médico participou da pesquisa. O pesquisador o abordava individualmente, antes da consulta médica, e o convidava a participar do estudo.

O termo de consentimento livre e esclarecido, além de esclarecimentos adicionais a respeito da pesquisa foram apresentados aos médicos e pacientes antes da aplicação do instrumento. Os pacientes responderam ao instrumento do lado de fora da sala do médico (em geral, na sala de espera), sem que houvesse qualquer tipo de influência deste último.

3.4. Análise dos dados

Uma vez que o questionário era composto por sete itens, cada díade médico-paciente apresentava sete pares de respostas. Essas respostas foram identificadas como concordantes ou discordantes. Assim, em um total de 40 díades, houve 280 pares de respostas. Esses 280 pares de respostas concordantes ou discordantes constituíram o universo de dados sobre o qual foram feitas as análises estatísticas.

As respostas foram codificadas como concordantes quando, em um mesmo item, médico e paciente assinalavam a mesma opção (por exemplo: ambos assinalavam a opção “às vezes”). As respostas eram consideradas discordantes quando, em um

mesmo item, médico e paciente assinalavam uma opção diferente (por exemplo: um médico assinalava a opção “às vezes” e a sua díade assinalava a opção “não aconteceu”). A concordância entre médicos e pacientes foi considerada, neste estudo, a medida operacional da acuidade do médico na percepção de sua empatia. Por outro lado, a discordância entre ambos foi considerada a medida operacional de falta de acuidade do médico na percepção de sua empatia.

No caso das concordâncias, as respostas foram codificadas como “concordam que o médico é empático” ou “concordam sobre a falta de empatia do médico”. No primeiro caso, o médico e o paciente deveriam ter assinalado, para o mesmo item, a opção “em grande parte do tempo”. No segundo caso, ambos deveriam ter assinalado a opção “não aconteceu” ou “às vezes”. A concordância de que o médico é empático foi considerada, neste estudo, a medida operacional de empatia médica.

No caso das discordâncias, as respostas foram codificadas como “discordam e paciente tem a visão mais positiva que o médico” ou “discordam e paciente tem a visão mais negativa que o médico”. No primeiro caso, o paciente assinalava a opção “às vezes” e o médico assinalava a opção “não aconteceu”, ou o paciente assinalava a opção “em grande parte do tempo” e o médico assinalava a opção “às vezes” ou “não aconteceu”. No segundo caso, acontecia o contrário, ou seja, o médico assinalava uma opção indicativa de maior frequência e o paciente uma opção de menor frequência.

Para a obtenção dos resultados, após a computação dos dados em uma planilha do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), foram feitas as análises descritivas dos dados e o teste do qui-quadrado (X^2), utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas.

4. Resultados

4.1. Resultados para amostra total

Dos 280 pares de respostas, houve um percentual de 36,8% de concordância entre médicos e pacientes e de 63,2% de discordância. Dentre as concordâncias, em 28,6% dos itens os médicos foram avaliados como empáticos e em 8,2% dos itens, houve concordância de que faltava empatia médica. Dentre as discordâncias, em 28,6% dos itens os pacientes tiveram uma visão mais positiva que os médicos sobre a empatia destes profissionais e, em 34,6%, os pacientes tiveram uma visão mais negativa que os médicos sobre a empatia do profissional que o atendeu. Observa-se, assim, que, do total de respostas (envolvendo ambos os setores), o médicos foram acurados em 36,8% dos casos e foram empáticos em apenas 28,6% dos casos. No geral, nota-se também que a visão dos pacientes foi mais negativa que a dos médicos (34,6%).

4.2. Resultados no serviço de atendimento público

A análise dos resultados nos dois serviços mostrou diferenças na comparação do percentual entre concordâncias e discordâncias. No setor público, o percentual de concordância entre as respostas de médicos e seus pacientes foi de 28,6%, enquanto o de discordância foi de 71,4%. Os dados sobre as

concordâncias mostram que em 22,9% dos itens, os médicos foram avaliados como empáticos, ou seja, os médicos e seus pacientes tiveram respostas iguais sobre condutas em que este profissional se mostrou empático. Em 5,7% dos itens totais, houve concordância de que faltava empatia médica. Dentre as discordâncias, em 47,1% dos itens totais os pacientes tiveram uma visão mais positiva que os médicos sobre a empatia deste profissional. Em outras palavras, isso significa dizer que em 47,1% das respostas discordantes, os pacientes avaliaram as condutas médicas como empáticas enquanto os médicos não as perceberam tão positivas. Por outro lado, em 24,3% de todas as respostas, os pacientes tiveram uma visão mais negativa que seus médicos sobre o comportamento médico durante a consulta.

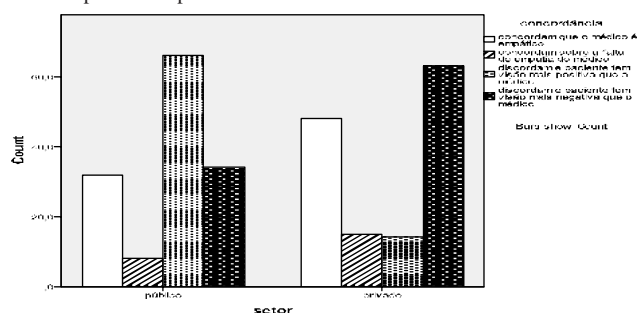
Observa-se, assim, que os médicos do setor público foram acurados em 28,6% dos casos e que em apenas 22,9% dos casos os médicos da rede pública podem ser considerados empáticos de acordo com a visão dos pacientes. Nota-se também, para o caso das discordâncias, que os pacientes tiveram uma visão mais positiva que os médicos quanto à empatia destes últimos (47,1% dos casos). Esse resultado é concordante com o de Rashid, Forman e Jagger²³ e o de Hall, Stein e Roter²⁴. Desse modo, a idéia de que os médicos são mais negativos que os pacientes quanto à avaliação de sua própria conduta ficou replicada para o setor público.

4.3. Resultados no serviço de atendimento privado

No setor privado houve 45% de concordâncias e 55% de discordâncias. Dentre as concordâncias, em 34,3% dos itens os médicos foram avaliados como empáticos e em 10,7% deles, houve concordância de que faltava empatia médica. Sobre as discordâncias, em 10% dos itens os pacientes tiveram uma visão mais positiva que os médicos sobre as condutas médicas empáticas. Em contrapartida, 45% dos pacientes tiveram uma visão mais negativa que seus próprios médicos acerca da empatia deste profissional. Observa-se, assim, que os médicos do setor privado foram acurados em 45% dos casos e que, em apenas 34,3% dos casos, os médicos da rede privada podem ser considerados empáticos.

Os resultados sobre as diferenças entre os resultados dos setores público e privado podem ser observados na figura 1.

Figura 1- Distribuição das respostas concordantes e discordantes para os setores público e privado.



4.4. Resultados sobre associação entre o setor de atendimento e a empatia médica

Para verificar a existência de associação entre o setor de aten-

dimento (se público ou privado) e a percepção da empatia médica (se acurada - concordante ou não-acurada – discordante) feita por médicos e pacientes acerca da empatia médica, foi feita o teste do Qui-quadrado. Os resultados ($X^2=8,13$; $gl=1$; $p<0,01$) indicaram que existe uma associação estatística significativa entre a acuidade médica na avaliação da própria empatia e o tipo de setor em que ocorre a interação médico-paciente. Como pode ser verificado na tabela 1, no setor público, a quantidade de respostas discordantes (100 casos) é bem superior à de respostas concordantes (40 casos), ao passo que no setor privado, essa diferença é pequena (77 versus 63 casos). O risco relativo foi calculado como uma medida do efeito. O resultado indicou que o fato de a díade ser do setor público aumenta em duas vezes a chance de discordância ($p<0,01$). Desse modo, contata-se que os médicos da rede pública, na presente amostra, são mais inaccurados que os da rede privada, de modo significativo estatisticamente.

Tabela 1 - Número de respostas concordantes e discordantes por tipo de setor.

	Respostas concordantes	Respostas discordantes	Total
Setor público	40	100	140
Setor privado	63	77	140
Total	103	177	280

5. Discussão

O presente trabalho procurou avaliar a empatia de médicos das redes de saúde pública e privada, bem como a acuidade desse profissional na percepção de sua habilidade empática. Com esse propósito, foi desenvolvido um questionário específico, o qual deveria ser preenchido pelos médicos e seus pacientes. Os médicos foram considerados acurados quando sua percepção era igual à de seus pacientes e foram considerados empáticos quando ambos concordavam que ele era empático.

A concordância entre as respostas de médicos e pacientes indicaria que o médico é acurado em relação aos seus comportamentos, uma vez que os estudos sobre empatia indicam a avaliação do paciente como o melhor critério sobre a empatia do profissional.

Os resultados deste estudo indicaram que, na maioria dos casos, médico e paciente discordaram nas avaliações que fizeram acerca do comportamento empático dos médicos em uma situação de consulta. Além disso, a concordância apresentada neste estudo pode ser considerada baixa, uma vez que a quantidade mínima aceitável encontra-se na amplitude de 66% a 79%³². Isso indica que, na maioria dos casos, os médicos desse estudo foram inaccurados na percepção de seu comportamento empático,

Além do baixo índice de acuidade de percepção, apenas em 28,6% dos casos, os médicos puderam ser considerados empáticos, o que sugere a baixa habilidade empática desse profissional de saúde. Esses resultados podem ser justificados pela pouca atenção dispensada ao ensino sobre a relação médico-paciente, sugerindo que exista a necessidade de aprimoramento nesta área. Esses dados são sustentados ao longo da história médica, como já ressaltados por Lipkin¹³, e podem servir como auxílio para justificar a atualização e o

investimento na reestruturação do sistema de ensino médico dando maior enfoque na área da psicologia médica^{26,27}.

Os resultados da presente pesquisa corroboram com a idéia de Hall, Stein e Roter²⁴ de que os médicos têm a percepção pouco acurada sobre seus comportamentos, bem como sobre as reações de seus pacientes às suas intervenções durante as consultas, não percebendo o impacto de sua conduta durante o atendimento. Rashid, Forman e Jagger²³ também apontaram a discrepância entre as visões do médico e de seu paciente sobre o comportamento do médico. De acordo com a análise deste estudo, em que os médicos mostraram uma visão mais negativa sobre sua conduta (quando comparada à visão do paciente), tal discrepância aconteceria pela dificuldade no manejo da relação com seu paciente.

Complementando esses dados, Queiroz e seus colaboradores²⁵ ressaltam que os médicos concordam pelo menos parcialmente com a opinião de que o fracasso do tratamento se explica pelo fato dos pacientes não seguirem de forma adequada a prescrição. Esses achados fazem pensar que tais profissionais não compreendem por completo a importância da prática de condutas que facilitem o estabelecimento da relação com seu paciente e, conseqüentemente, a aderência ao tratamento.

Em se tratando da comparação entre concordâncias e discordâncias, observou-se maior índice de discordâncias entre médicos e pacientes no setor público. Além disso, o percentual de comportamento empático foi maior no setor privado. Tais diferenças podem ser atribuídas às condições de trabalho no serviço público que, muitas vezes, não são condizentes com uma prática médica adequada³³. A variável da condição de trabalho pode dificultar ao médico uma visão real daquilo que faz, na medida em que, os meios disponíveis não são suficientes para garantir um atendimento ao paciente com um mínimo da qualidade. Assim, as condições de trabalho pouco favoráveis no serviço público dariam aos médicos uma percepção negativa de seu trabalho. É plausível também considerar que as condições restritas de trabalho interferem com a capacidade do profissional para prestar atenção às necessidades emocionais de seu paciente.

As diferenças do setor privado podem ser explicadas por dois fatores básicos: as condições de trabalho e a clientela. Uma vez que as condições de trabalho no serviço privado (apesar da queda oriunda da mediação dos planos de saúde) parecem ser ainda melhores que no serviço público, isso permite ao médico perceber melhor as reações de seus pacientes. É ainda importante ressaltar que os médicos na rede privada apresentam tempo de experiência maior do que o serviço público, o que permitiria concluir que o tempo de trabalho contribui para a acuidade médica. Por outro lado, a diferente clientela desse setor também surge como fator determinante para as diferenças nessa amostra. Os clientes com maior grau de instrução tenderiam a apresentar comportamentos mais assertivos, não apenas com o próprio médico, como também na avaliação do comportamento desses profissionais durante a pesquisa, demandando assim melhor qualidade no atendimento do profissional. Outros estudos^{7,8,10} vêm apontando, ao longo dos anos, a variação da assertividade dos pacientes de acordo com suas idades, classe

social e etnia. Assim, pacientes brancos, mais novos e com maior nível de escolaridade tenderiam a ser mais assertivos. Em contrapartida, a parcela da população mais idosa e minoritária racialmente costuma ser mais passiva em situações de consulta e procedimentos médicos.

A amostra do nosso estudo para pacientes do serviço público se caracteriza por baixo nível de escolaridade e são em sua maioria de raça negra ou parda. Esses dados sugerem que os pacientes do serviço privado podem estar conseguindo expressar de maneira mais assertiva suas opiniões a respeito dos comportamentos empáticos de seus médicos.

Desse modo, podemos sugerir algumas influências sobre as diferenças na expressão de empatia médica entre os serviços público e privado. As condições de trabalho e o tempo de experiência parecem dar aos médicos a percepção de estarem fazendo um melhor ou pior trabalho, enquanto o tipo de clientela (os usuários do serviço público ou privado) influencia no julgamento do comportamento empático do médico como mais ou menos satisfatório. Se os pacientes são mais exigentes e, portanto, mais atentos às condutas médicas, provavelmente, a percepção deste paciente sobre o trabalho do médico tenderá a ser mais negativa ou quem sabe, mais acurada. A revisão da literatura apresentou mais estudos com amostras dos serviços públicos e universitários. Neles^{23,24} os médicos tenderam a mostrar além da percepção pouco acurada, uma visão mais negativa de seus comportamentos durante a consulta, o que pode estar relacionado com as condições de trabalho destes médicos. Contudo, novos estudos, comparando os dois tipos de serviço, precisam ser realizados.

O teste qui-quadrado indicou que o setor público está associado significativamente à falta de acuidade médica. Com isso, algumas questões merecem ser investigadas futuramente. É relevante que a comparação entre a empatia médica nos setores público e privado sejam avaliadas a partir de outras definições operacionais para verificar se os resultados se mantêm. Além disso, investigar que variáveis explicam essa diferença, como por exemplo, será que pacientes da rede particular são mais exigentes sobre as suas necessidades emocionais durante a interação com seus médicos?

Outra proposta é que também sejam desenvolvidos estudos pareados, em que os mesmos médicos possam se avaliar quando em atendimento na rede pública e em atendimento na rede privada. As variáveis pessoais de cada médico podem influenciar na avaliação da empatia médica, mas essa possibilidade não pôde ser detectada através desse estudo, uma vez que os médicos avaliados na rede pública não foram os mesmos avaliados em atuação no setor privado.

Um dos pontos fortes deste estudo foi usar a avaliação da empatia não apenas com base na auto-percepção do médico, mas usando a avaliação do seu interlocutor (o paciente) para corroborar ou não a auto-percepção deste profissional. Com este tipo de avaliação a análise da empatia parece muito mais acurada. Entretanto, algumas limitações desta amostra indicam cautela sobre generalizações desses resultados. É possível que a ausência de equilíbrio na distribuição dos grupos de médicos da rede pública e privada quanto às especialidades tenham

gerado um viés nos resultados. Uma vez que não sabemos se existem diferenças na capacidade empática entre diferentes especialidades da medicina e que todos os profissionais da rede pública desse estudo eram cardiologistas, é possível inferir que a especialidade do profissional e não as condições de trabalho constituíram uma variável importante na comparação entre as redes pública e privada. Assim, mais estudos são necessários para responder a essas questões. Cabe ressaltar, no entanto, a necessidade de conscientização da importância da empatia na relação médico-paciente.

6. Conclusão

O baixo percentual de concordância entre médicos e pacientes acerca da empatia médica indica a carência de empatia do médico. Esse resultado sugere que a habilidade empática parece não estar recebendo a devida atenção no ensino da psicologia médica e merece, portanto, ser melhor desenvolvida durante a formação deste profissional de saúde. Entretanto, destaca-se que a empatia médica foi maior no setor privado que no setor público, o que sugere uma influência das melhores condições de trabalho sobre o empenho do comportamento empático deste profissional de saúde.

Referências bibliográficas

1. Pereira-Neto AF. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cad Saúde Pública* 1995;11(4):600-15.
2. França V. Fogo cruzado na saúde. *Época* 2004;5 Jul:88.
3. Zimerman DE. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Eienthal S, Koopman C, Stoeckle JD. The nature of patients' requests for physicians' help. *Acad Med* 1990;65(6):401-5.
5. Kravitz LR, Bell RA, Franz CE, Elliot MN, Amsterdam E, Wilis C, et al. Characterizing patient requests and physician responses in office practice. *Health Serv Res* 2002;37(1):217-38.
6. Kiyohara LY, Kayano LK, Kobayashi MLT, Alessi MU. The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. *São Paulo Med J* 2001;119 (3):97-100.
7. Kleinamn A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88(2):251-8.
8. Haug MR, Ory MG. Issues in elderly patient-providers interactions. *Res Aging* 1987;9(1):3-44.
9. Irish JT. Deciphering the physician-older patient interaction. *Int J Psychiatry Med* 1997;27(3):251-67.
10. Chambers KA, Boulet JR, Furman GE. Are interpersonal skills ratings influenced by gender in a clinical skills assessment using standardized patients? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2001;6(3):231-41.
11. White KL. *Investigaciones sobre servicios de salud: uma antologia*. Washington: OPAS; 1992.
12. Dantas F. A relação médico-paciente em clínica médica. In: Branco, editor. *A Relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 131-7.
13. Lipkin Jr M. Physician-patient interaction in reproductive counseling. *Obstet Ginecol* 1996;88(3 Supl):31S-40S.

14. Falcone EMO, Ferreira MC, Luz RCM, Fernandes CS, Faria CA, D'Augustin JF, et al. Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Aval Psicol* 2008;7(3):321-34.
15. Falcone EMO. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários (tese). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
16. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol (Campinas)* 2001;18(3):43-53.
17. Falcone EMO, Gil DB, Ferreira MC. Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estud Psicol (Campinas)* 2007;24(4):451-61.
18. Falcone EMO. Empatia. In: Abreu CN, Roso M. *Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
19. Ickes W, Marangoni C, Garcia S. Studying empathic accuracy in a clinically relevant context. In: Ickes W, editor. *Empathic accuracy*. New York: The Guilford Press; 1997, p. 282-310.
20. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I: Questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Méd Bras* 2003;49(4):445-9.
21. Caprara A, Franco A L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública* 1999;15(3):647-54.
22. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(1):139-46.
23. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patient's and doctors' satisfaction. *BMJ* 1989;299(6706):1015-6.
24. Hall JA, Stein TS, Roter DL, Rieser N. Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. *Med Care* 1999;37(11):1164-8.
25. Queiroz MS, Campos GWS, Merhy E. Rede básica de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev Saúde Públ* 1992;26(1):34-40.
26. Rocco RP. Relação estudante de medicina-estudante. In: Mello Filho J, editor. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed; 1992. p. 45-56.
27. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
28. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and this effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979;29(199):77-81.
29. Beckman HB, Frankel R M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Int Med* 1984;101 692-6.
30. Tähkä V. O relacionamento médico-paciente. Porto Alegre, Artes Médicas; 1998.
31. Burns D, Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In: Salkovskis PM, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Spring Street; 1996. p. 135-64.
32. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G, editors. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 189-217.
33. Benevides-Pereira AMT. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças: o burnout em um grupo de médicos. In: Benevides-Pereira AMT, editor. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
34. Arknoff DB, Glass CR, Shapiro S. Expectations and preferences. In: Norcross JC, organizador. *Psychotherapy relationships at work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 335-56.
35. Bellini LM, Baime M, Shea J. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002;287(23):3143-6.
36. Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med* 2005;80(2):164-7.
37. Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: an observational study using the empathy communication coding system. *Health Commun* 2005;18(2):123-40.
38. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004;3(2):71-100.
39. Decety J, Jackson PL. A social neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci* 2006;15(2):54-58.
40. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293(9):1100-6.
41. Stern DT, Frohna AZ, Gruppen LA. The prediction of professional behavior. *Med Educ* 2005;39(1):75-82.

Correspondência:

Patrícia de Souza Barros
Av. das Américas, 500, bloco II, sl. 232, Barra da Tijuca
22640-100 - Rio de Janeiro - RJ
e-mail: patriciabarros4@hotmail.com
