



e-ISSN: 2177-8183

A EMPATIA COMO INSTRUMENTO PARA A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:  
CONCEPÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

*EMPATHY AS A TOOL FOR HUMANIZATION IN HEALTH: DEFINITION FOR  
PROFESSIONAL PRACTICE*

*LA EMPATÍA COMO HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD:  
CONCEPCIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL*

*Loraine Souza*  
losouza90@gmail.com  
Faculdade de Medicina de Botucatu

*Paula Hokama*  
hokama.paula@gmail.com  
Professora Assistente  
Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

*Newton Hokama*  
newton.hokama@gmail.com  
Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp

## RESUMO

A ausência de empatia nas relações pessoais pode comprometer a resolutividade e a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, bem como perpetuar conflitos relacionais entre os servidores. Investimentos insuficientes para a qualificação técnica, para treinamento das habilidades de trabalho em equipe e para o aumento da resiliência potencializam o desconforto e desmotivam os profissionais. Consequente à perda de vínculo entre profissional de saúde e sua missão, o atendimento ao usuário torna-se automatizado. Sendo assim, objetiva-se discutir a empatia como ferramenta a ser utilizada para o aprimoramento da comunicação interpessoal e interprofissional, em vista das diretrizes da Política Nacional de Humanização. A empatia pode ser incorporada como um instrumento capaz de melhorar o convívio entre os servidores e o relacionamento destes com os usuários, contribuindo para a eficácia, eficiência e satisfação na produção em saúde – finalidade prima da humanização. Este artigo é resultado das reflexões de uma aluna, concebidas durante um curso de especialização sobre a Humanização em Saúde.

**Palavras-chaves:**

Empatia, Vínculo, Política Nacional de Humanização, Política de Gestão.

**ABSTRACT**

The lack of empathy in personal relationships can compromise the resolution and satisfaction of health services users, as well as perpetuating relational conflicts between employees. Insufficient investments for technical qualification, for training teamwork skills and for increasing resilience increase discomfort and discourage professionals to action. As a consequence of the loss of nexus between health professionals and their mission, the service to the user becomes automated. Therefore, the objective is to discuss empathy as a tool to be used to improve interpersonal and interprofessional communication, in view of the guidelines of the National Humanization Policy. Empathy can be incorporated as an tool capable of improving the interaction between servers and their relationship with users, contributing to the effectiveness, efficiency and customer's satisfaction - the primary purpose of humanization. This article is the result of a student's reflections, conceived during a specialization course on Humanization in Health.

**Key words:** Empathy. Connection. National Humanization Policy. Health Management.

**RESUMEM**

La ausencia de empatía en las relaciones personales puede comprometer la resolución y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, así como perpetuar conflictos relacionales entre los empleados. Las inversiones insuficientes para la calificación técnica, para capacitar habilidades de trabajo en equipo y para aumentar la resiliencia aumentan la incomodidad y desaniman a los profesionales. Como consecuencia de la pérdida del vínculo entre los profesionales de la salud y su misión, el servicio al usuario se automatiza. Por lo tanto, el objetivo es discutir la empatía como una herramienta para mejorar la comunicación interpersonal e interprofesional, en vista de los lineamientos de la Política Nacional de Humanización. La empatía se puede incorporar como un instrumento capaz de mejorar la interacción entre los servidores y su relación con los usuarios, contribuyendo a la efectividad, eficiencia y satisfacción en la producción de salud, el objetivo principal de la humanización. Este artículo es el resultado de las reflexiones de un estudiante, concebido durante un curso de especialización en Humanización en Salud.

**Palabras-claves:** Empatía. Enlace. Política nacional de humanización. Política de gestión.

## INTRODUÇÃO

Este texto nasce do incômodo e das reflexões de uma das autoras. Para melhor dar vazão à experiência provocadora do trabalho, a escrita seguirá com a narrativa na primeira pessoa.

Sou funcionária pública municipal e biomédica, mas trabalhei em diversos setores de uma Secretaria de Saúde de um pequeno município do interior do estado de São Paulo, desde o atendimento direto ao público até a gestão. Toda bagagem que adquiri neste período foi essencial para o meu crescimento profissional e pessoal, e permitiu observar tanto a relação profissional de saúde/profissional de saúde quanto profissional de saúde/paciente. Porém, sempre senti um incômodo ao constatar como o ambiente nos Serviços de Saúde podem ser frios, competitivos e descompromissados, embora eu esteja cometendo injustiças ao generalizar. Porém, aquela é uma impressão que muitos compartilham comigo. Sei o quanto é impreciso falar assim, mas, ao me aprofundar no conteúdo apresentado no curso de Especialização em “Humanidades e Humanização” promovido pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, isto permitiu compreender que o motivo daquele meu desconforto está presente no relacionamento entre as pessoas, principalmente pela falta de empatia. Assim, buscarei analisar a Empatia, e como ela pode ser um instrumento para a humanização na Saúde.

Este ensaio almeja significar a empatia além do vocábulo e do senso comum, isto é, além do “se colocar no lugar do outro”. Entendemos que o outro é alguém cuja experiência é única, portanto, é necessária outra definição que possa possibilitar sua incorporação no mundo do trabalho. Pretendemos discutir

a empatia através de sua conceituação, do conhecimento das bases fisiológicas da empatia, a possibilidade de mensuração, a utilização como ferramenta nas relações profissionais (entre servidores e servidores-usuários) e pessoais no cuidado em saúde, e na Humanização em Saúde, notadamente através dos objetivos e propostas da Política Nacional de Humanização do SUS. É fundamental, neste sentido que a concepção de Empatia seja adotada pela Gestão, principalmente para promover a capacitação dos profissionais da saúde e de um ambiente de trabalho construtivo.

#### **A ORIGEM DA PALAVRA EMPATIA**

Avaliando o histórico da palavra empatia, logo se percebe o quanto, mesmo nos dias atuais, é difícil defini-la ou obter certo consenso, todavia, é evidente a sua importância na relação com pacientes, o que acabou motivando a busca pela sua etimologia (SCHWELLER, 2014, p. 21). O termo empatia foi cunhado no final do século XIX pelo filósofo alemão Robert Vischer, que buscava descrever sentimentos obtidos através da observação de uma obra de arte, principalmente quando o observador se sentia ligado a ela, passando a ser utilizado para representar sentimentos de conexão com a natureza (SCHWELLER, 2014, p. 19).

Desde esta primeira citação, muitas outras se seguiram, mas com outras significações. Apenas no século XX este termo foi utilizado no atual contexto das relações humanas. Sigmund Freud (1856-1939) a utilizou no sentido de “colocar-se na posição de outra pessoa” (SCHWELLER, 2014, p. 20). Porém, apenas em 1909, o psicólogo Edward Titchener (1867-1927), na língua inglesa, com a grafia, a utilizou com o significado dos tempos atuais, sendo o ato de entender a perspectiva do outro (SCHWELLER, 2014, p. 20).

A compreensão do conceito de empatia pode ser dividida em dois componentes, sendo um deles o cognitivo, como abordado por Rosalind Dymond em 1949, como a percepção intelectual das preocupações do outro; o segundo é o afetivo, sendo definido como uma resposta emocional às experiências emocionais percebidas do outro, como aborda Stotland (SCHWELLER, 2014, p. 21).

Mais recentemente, Daniel Goleman, em seu livro *Foco* (2014), descreve três tipos de empatia. O primeiro, a empatia cognitiva, que nos permite nos colocarmos no lugar de outra pessoa, entendendo suas emoções, mas, ao mesmo tempo, mantendo as nossas enquanto avaliamos as dela. O segundo tipo é a empatia emocional, onde buscamos nos unir à outra pessoa, e sentimos suas emoções junto com ela. Ocorre através de circuitos cerebrais espontâneos onde podemos refletir qualquer sensação que a pessoa esteja sentindo. Cita também a preocupação empática onde, além de nos preocuparmos com a pessoa, fazemos de tudo para ajudá-la (GOLEMAN, 2014, p. 99). Interessantemente, o autor define os sociopatas como pessoas que conseguem falar sobre emoções, mas não as sentem, entretanto, conseguem imitá-las perfeitamente e a utilizam como instrumento de manipulação (GOLEMAN, 2014, p. 102).

Entre todas as possíveis definições que permitem instrumentalizá-la para o benefício dos outros, optamos por definir a empatia como uma habilidade cognitiva que representa a capacidade de compreender os sinais emocionais e, assim, ampliar uma maior compreensão do outro. Como condição necessária para a empatia, precisamos estar conscientes de nossas próprias emoções e sentimentos, de forma que consigamos administrá-las quando nos conectamos com a emoção do outro, sendo uma operação do sistema mental descendente (atividade mental do neocórtex, diferente da via ascendente, que se refere ao

funcionamento da parte inferior do cérebro, segundo o autor (GOLEMAN, 2014, p102).

NOTA DE RODAPÉ: Nosso cérebro tem dois sistemas mentais. A estrutura denominada “ascendente” se refere ao funcionamento da máquina neural da parte inferior do cérebro. Tem grande capacidade computacional e trabalha constantemente, silenciosamente, atuando sem percepção consciente. A estrutura neural localiza-se principalmente na parte inferior do cérebro, no circuito subcortical, e chega à consciência ao caminhar em direção ao neocórtex, ou seja, as camadas mais altas do cérebro. Da mesma forma, “de cima para baixo”, ou “descendente”, se refere à atividade mental, principalmente no neocórtex, que pode monitorar e impor seus objetivos ao funcionamento subcortical. É a sede do autocontrole, que pode suplantar rotinas automáticas e anular impulsos com motivações emocionais. A atenção voluntária, a força de vontade e a escolha intencional envolvem operações mentais de cima para baixo. A atenção reflexiva, o impulso e os hábitos rotineiros envolvem operações mentais de baixo para cima (assim como a atenção. (Adaptação sobre “A Atenção e os Sistemas Ascendente e Descendente”, no livro Foco, de Daniel Goleman, p 31-35).

## **DIFERENCIANDO A EMPATIA DE SIMPATIA**

A empatia costuma ser confundida pelas pessoas com a simpatia, porém, seus conceitos diferem. A empatia sintoniza as pessoas, é a auto permissão para que se vivencie a experiência emocional do outro. A empatia não busca diminuir a dor, legitima-a, assegura a possibilidade de expressar a emoção integralmente, sem julgamentos. Em uma palestra sobre a Resiliência, a psicóloga Brené Brown (BROWN, 2014), define o termo Empatia: “Empatia é sentir com as

peças”. Segundo ela, a simpatia está associada ao sentimento de pena, comiseração, isto é, entendemos a emoção do outro, mas não nos envolvemos emocionalmente. O simpático tenta amenizar ou reprimir a expressão da emoção do outro, enquanto o empático a acolhe (BROWN, 2014). Há assimetria emocional na simpatia, enquanto a empatia é comum.

### **A relação empática envolvendo gestão, profissionais de saúde e pacientes**

Como descrito no livro de Kathleen Stephany intitulado “Cultivating Empathy” (STEPHANY, 2014), a empatia é à base de uma comunicação efetiva, sendo uma das habilidades mais importantes a serem desenvolvidas pelo ser humano. Para isso, os profissionais de saúde devem compreender os seus próprios sentimentos para estarem aptos a entender seus pacientes, criando laço empático. A autora (STEPHANY, 2014) cita no segundo capítulo de seu livro a necessidade da empatia na avaliação dos pacientes, como nas equipes de enfermagem que, embora possuam os devidos conhecimentos técnicos, na ausência da empatia, atuam de forma mecânica e não satisfatória, caracterizando a desumanização no atendimento. Assim também, devemos estar atentos para a necessidade de aprender a lidar com pessoas estressadas ou que enfrentam algum problema, como casos de doenças ou morte, sendo ela um paciente ou até mesmo um colega de trabalho (TEREZAM, 2016).

A falta de contato visual prejudica uma conexão emocional. Estudos com ressonância magnética demonstram que a conexão emocional provocada pelo contato visual mútuo é mediada por uma rede cerebelocerebral, e está relacionada com maior atenção compartilhada. (KOIKE, 2019) Assim, é através de pequenas atitudes, como quando o médico busca olhar diretamente nos olhos dos pacientes, que possibilita maior conexão emocional. A relação empática

entre médico e paciente aumenta a precisão diagnóstica, assim como aumenta a aderência ao tratamento e a satisfação e fidelização aos Serviços. Dedicar-se a prestar atenção nos sentimentos do paciente com relação ao adoecimento constrói vínculos emocionais poderosos (GOLEMAN, 2014, p. 103).

Takaki e Sant'Ana (2004) desenvolveram uma entrevista semi-estruturada sobre a Empatia e que foi aplicada em funcionários de uma Unidade Básica de Saúde para a coleta de dados. Observou-se, através dos relatos, que estes sabiam o que é empatia e a sua importância, mas que nem sempre era colocada em prática por conta das dificuldades diárias (TAKAKI; SANT'ANA, 2004). Provavelmente, é decorrente da alta demanda e da complexidade da Atenção Básica e dos Serviços de Urgência e Emergência, associadas à falta de recursos financeiros e humanos; os profissionais, assim, optam por um comportamento que privilegia a técnica para poder atender a demanda. A grande perda é o fato de que, provavelmente, todos que ali estão, profissionais da saúde e usuários e acompanhantes, se sentem fragilizados de alguma forma, repercutindo na qualidade do atendimento e no grau de satisfação pessoal.

Fica claro então a importância de se utilizar instrumentalizar a Empatia como estratégia de Organização da Saúde, através de uma compreensão profunda do seu significado, a capacidade de mensurar e aprimorá-la pelos gestores, como forma de capacitação e valorização profissional. (STEPHANY, 2014)

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS DA EMPATIA**

Estudos de neuroimagem identificaram que quando alguém conta uma história emocionante, o cérebro dos ouvintes se tornam intimamente unidos ao do contador da história, com atividades cerebrais idênticas (STEPHENS, 2010). Isto ocorre por conta da presença de conexões neurais que ficam localizadas embaixo da região do córtex que percebe os sentimentos dos outros. Esses

circuitos promovem sintonia entre as pessoas, uma vez que elas desencadeiam o mesmo estado emocional, permitindo uma identificação neuronal (GOLEMAN, 2014, p. 103).

A criação de circuitos neuronais da empatia emocional se inicia durante o desenvolvimento do cérebro do lactente, quando somos programados para sentir a alegria ou a dor do outros precocemente. O sistema dos chamados neurônios-espelho se manifesta plenamente aos seis meses de idade (GOLEMAN, 2014, p. 104).

A empatia exige atenção, uma vez que, para entrar em conexão com os sentimentos de outra pessoa, temos que assimilar sinais faciais, entre outras demonstrações de suas emoções. Conectamo-nos ao problema de outras pessoas através do córtex cingulado anterior, que aciona nossas amígdalas, possibilitando que sintamos em nosso corpo o que ocorre no do outro (GOLEMAN, 2014, p. 104). Foram os estudos da equipe da Dra. Tania Singer que desvendaram que utilizamos a ínsula anterior para nos solidarizarmos com a dor do outro, o mesmo local que usamos para sentir nossa própria dor, o mesmo sistema utilizado para interpretar os nossos próprios sentimentos (SINGER, 2010).

Como dito por Goleman (2014, p. 105), *“enquanto nossos neurônios-espelho e outros circuitos sociais recriam em no nosso cérebro e em nosso corpo o que está acontecendo com a outra pessoa, nossa ínsula reúne todas essas informações”*; sendo assim, a empatia exige uma autoconsciência: para que possamos compreender o outro, precisamos, em primeiro lugar, nos conectar a nós mesmos.

## **A EMPATIA PODE SER MEDIDA?**

Com a ideia que a empatia é instrumental para a melhoria das relações humanas, foram elaborados questionários com o objetivo de mensurá-la que, segundo Hemmerdinger, podem avaliá-la de três perspectivas como: médico, paciente e observador (SCHWELLER, 2014, p. 23). Esses instrumentos passaram por constante evolução, se iniciando em 1969 através de Hogan, com a Escala de Empatia. Prosseguiu com Mehrabian e Epstein com a Escala de Empatia Emocional evoluindo para a versão mais recente, BEES (Balanced Emotional Empathy Escala) (SCHWELLER, 2014, p. 24).

Como parte de um processo de seleção de estudantes de medicina na Austrália foi desenvolvido um teste que, além da avaliação cognitiva, busca avaliar o grau de empatia, utilizando testes de solução de problemas, criatividade, empatia e dilemas morais (FELETTI, 1985)).

No contexto da educação médica, um dos instrumentos mais utilizados é o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) criado por Davis. Esta ferramenta foi adaptada e validada para a língua portuguesa na realidade do Brasil. O teste foi desenvolvido para avaliar a empatia na população geral, porém passou a ser utilizada para o contexto de prática e educação médica (SCHWELLER, 2014, p. 25).

Um grupo de pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade Thomas Jefferson nos Estados Unidos dedicou-se a desenvolver um instrumento específico para o contexto do cuidado de pacientes, que resultou na Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE); inicialmente utilizada para avaliar os estudantes de medicina, foi adaptada e aplicada em médicos formados e outros profissionais de saúde (HOJAT, 2001).

Inicialmente criou uma escala com 90 itens relacionados ao tema que, após a realização da pesquisa com 100 médicos, foi reduzida a 45 itens e

aplicada a 223 estudantes de medicina da Universidade. Verificou-se a correlação entre os itens e os reduziu a 20, compondo a versão atual para estudantes de medicina (SCHWELLER, 2014, p. 26).

A JSPE é a escala em primeira pessoa mais utilizada atualmente em pesquisas com educação médica. Por ser um instrumento autoaplicável, possui a vantagem de possibilitar respostas ajustadas ao que se consideram desejável ou mais aceito. Todavia, é possível uma discrepância entre a empatia autoavaliada pelo sujeito e seu comportamento na prática, sendo que a percepção do sujeito sobre sua própria empatia é uma medida diferente do que é percebida pelo paciente, mesma que haja interação entre intenção e comportamento (SCHWELLER, 2014, p. 27).

A escala Consultation and Relational Empathy (CARE), é composta por itens que permitem ao paciente avaliar o desempenho do médico que o atendeu e tem sido utilizada em diversas situações onde médicos e pacientes enxergaram sua relevância na prática clínica (SCHWELLER, 2014, p. 28).

A Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Emphaty (JSPPPE) possui o mesmo objetivo, porém, conta com itens onde o paciente pode avaliar a empatia do médico que o atendeu. Existe também a Four Habits Coding Scheme (FHCS) que mede as habilidades de comunicação através da visão de uma terceira pessoa, entretanto seu uso em educação médica ainda é restrito (SCHWELLER, 2014, p. 28).

Assim, pelo fato da mensuração ser possível, isto permite que possa se avaliar intervenções com o objetivo de aumentar a empatia.

## **A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o propósito de aplicar os princípios do SUS na rotina dos serviços de saúde de forma a estimular a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, visando enfrentarem em conjunto as relações de poder entre outros fatores que acabam produzindo ações desumanizadoras que impedem a autonomia e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde em relação ao trabalho e aos cuidados dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Criada pelo Ministério da Saúde, a PNH é viabilizada por equipes regionais de apoiadores que se articulam junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, onde se constroem planos de ação visando à propagação de inovações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A PNH funciona através da análise de dificuldades encontradas nos serviços de saúde e busca experiências bem sucedidas de humanização, sendo testadas em todo País, incluindo trabalhadores, usuários e gestores nos processos de trabalho, assim como produção e gestão do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Como método, parte do princípio de que os trabalhadores vivenciam os conflitos nos serviços de saúde, portanto, é essencial sua inclusão no processo de gestão para que possam contribuir para a melhora de seu trabalho. Consequentemente, os usuários são os que utilizam o serviço sendo importante sua participação juntamente com os familiares neste processo que ocorre através de rodas de conversa, movimentos sociais e gestão de conflitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Utiliza como princípios:

- Transversalidade, que entende que é preciso haver interação entre as diferentes especialidades e práticas de saúde,

sem prevalecer um poder hierárquico de forma que beneficie o assistido;

- Indissociabilidade entre atenção e gestão, onde trabalhadores e usuários devem conhecer a gestão dos serviços e da rede de saúde participando do processo de tomada de decisões nas organizações de saúde, assim como nas ações de saúde coletiva, pois as decisões da gestão interferem na atenção à saúde. Todavia, a responsabilidade do cuidado não é exclusiva das equipes de saúde, mas também do usuário, assim como seu núcleo familiar, assumindo a posição de protagonista no próprio tratamento ou daqueles que se é responsável;
- Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, através do reconhecimento de papel de cada protagonista (usuário/profissional de saúde), a mudança na gestão como na atenção se torna completa quando manifesta o compartilhamento de responsabilidades entre eles. É uma forma de reconhecer cada um como cidadão de direitos valorizando sua atuação na produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diretrizes da Política Nacional de Humanização em que a Empatia pode contribuir como coadjuvante

A Política Nacional de Humanização possui diretrizes que norteiam seu trabalho, sendo elas: o Acolhimento, a Gestão Participativa e cogestão, a Ambiência, a Clínica ampliada e compartilhada, a Valorização do trabalhador e a Defesa dos direitos dos usuários.

A empatia, como já relacionada em tópicos anteriores, é uma ferramenta essencial para a comunicação entre profissionais de saúde e equipe e também

com os usuários, possibilitando uma compreensão de interesses, necessidades e experiências de um conjunto. Pode contribuir em todas as diretrizes da PNH quando falamos de gestão participativa e cogestão, clínica ampliada e compartilhada e principalmente no acolhimento e na valorização do trabalhador. Neste sentido, a concepção da empatia como instrumento e como objetivo de capacitação é uma possibilidade real e estratégia possível de gestão.

### **ACOLHIMENTO: DA DOENÇA PARA O DOENTE**

O acolhimento é uma técnica que permite reconhecer o usuário como sujeito ativo em seu processo de produção de saúde. Atua com o propósito de atender as necessidades de todos os que procuram o serviço de saúde, prestando um atendimento com responsabilidade, orientando quando preciso o paciente, assim como seus familiares, em relação a outros serviços para a continuidade do tratamento, servindo como articulador com esses serviços, de modo a garantir a resolutividade desses encaminhamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Todavia, nem sempre foi clara esta estratégia. Em alguns locais o acolhimento ainda é tratado apenas como um ambiente confortável ou como prática de classificação, seleção e até mesmo de exclusão, sendo escolhido quem deve ser atendido prioritariamente ou não, focando apenas na doença e não no sujeito e suas necessidades. Esta é a definição tradicional de acolhimento, onde se segue uma fila de espera, sem considerar prioridades como potencial de risco ou grau de sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Neste sentido, o que deveria ser receptividade torna-se, tecnicamente, uma higienização das filas.

O grande problema da desumanização é o fato que muitos profissionais

de saúde perdem o estímulo para o trabalho, o que se cria o desafio de reconstruir alianças éticas com compromisso entre profissionais e usuários com o objetivo de estimular a co-responsabilização e autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo a PNH, o acolhimento deve ser realizado respeitando a ética onde ocorre o compartilhamento de saberes, entre outras informações, resultando no protagonismo dos sujeitos envolvidos e uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, o que possibilita a intervenção de uma equipe multiprofissional que se compromete com a escuta e a resolução de problemas dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Avaliação com classificação de risco ocorre através da análise de um protocolo pré-estabelecido que avalia o grau de necessidade do paciente, onde este é atendido de acordo com o nível de complexidade, agilizando o seu atendimento. De todo modo, a criação de vínculos é essencial para o seguimento, pois quando ocorre, o profissional se sente responsável pelo paciente e, como resposta, este adere melhor o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como continuidade do processo, é feita a elaboração do projeto terapêutico individual e coletivo e, para que tudo ocorra de forma efetiva, é necessário manter uma postura de escuta com compromisso, onde se deve estar atento as diversidades culturais, raciais e étnicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Quando se avalia o grau de vulnerabilidade de uma paciente, deve se considerar tanto o estado físico quanto psíquico, pois, nem sempre o problema está exposto. Todos os profissionais de saúde fazem acolhimento, porém, às vezes é preciso que seja feito por um grupo especializado promovendo o primeiro contato entre usuário e serviço, como Pronto-Socorro, Centros de

saúde, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

## **VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE: OUVIR A QUEM TEM A ENSINAR**

O princípio da transversalidade tem o objetivo de fortalecer as redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores através da descentralização e autonomia administrativa da gestão da rede de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As instituições devem garantir espaços para produção de bens e serviços aos usuários, e também destinados à valorização do potencial inventivo dos sujeitos que nelas trabalham: gestores, trabalhadores e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Existem determinações que definem como o trabalho deve ser realizado, porém, são os imprevistos do cotidiano que convidam o trabalhador a criar e improvisar ações que definam a melhor forma de se trabalhar, tendo como objetivo atender as diversas situações que surgem. Ocorre então o momento de se organizar, definindo regras para a divisão de trabalho e cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tudo isso exige criação e, para criar é necessário experiência, construindo formas de se trabalhar em uma situação nova e inesperada que depende do esforço gasto no trabalho pelos profissionais de saúde para suprirem os pactos e acordos realizados pela gestão e equipe de modo a atender as necessidades dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Quando se trata de trabalho nos serviços de saúde, ele só tem sentido quando funciona de forma participativa, caso contrário, é desgastante e desmotivador sendo encarado como burocrático e centralizador (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2010).

Portanto, para promover saúde no ambiente profissional é necessário criar espaços para debates com o propósito de compreender as situações nas quais os trabalhadores demonstrem sua capacidade de intervir no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

É fundamental a compreensão que a PNH, como Política, isto é, como exercício de cidadania, necessita não apenas de diretrizes, mas de ações. Estas ações, não mais só técnicas, mas, sim, encontros entre seres humanos, para sua efetivação e legitimação, precisam da necessária e desejada conexão emocional, precisam da empatia; se ausente, serão palavras, intenções, desejos. Pretensão.

## CONCLUSÕES

Este ensaio buscou conceituar a empatia como uma habilidade cognitiva, emocional, inata, mensurável e possível de ser aprimorada; ela é a capacidade de compreender e acolher os sinais emocionais do outro, aprimorando a comunicação e gerando ações e processos construtivos. Assim, é antídoto para a tendência desumanizadora das instituições onde a soberania da técnica é imposta ou se sobrepõe à possibilidade de reconhecer a alteridade. Com relação à Política Nacional de Humanização principalmente quando falamos sobre as diretrizes de acolhimento e valorização dos profissionais de saúde, a empatia auxilia na tomada de decisões que atendem a coletividade, sem desconsiderar as necessidades individuais. A empatia deve, portanto, guiar a gestão para que as decisões permitam a construção da autonomia dos profissionais e usuários no cuidado em saúde.

### Nota de Rodapé

Buscamos aqui manter o texto conforme apresentado para a Banca Examinadora do Curso de Especialização. Além da linguagem narrativa, houve uma recomendação para a aluna que buscasse utilizar referências bibliográficas de amplo acesso para um eventual leitor, pois entendemos que um Curso de Especialização atinge seu objetivo quando, ao provocar a reflexão a partir da experiência pessoal, produz sínteses que serão úteis na ação cotidiana. Neste sentido, a erudição, fundamental para a formação intelectual e para a escrita sofisticada, não necessariamente contribui para a compreensão integral do texto e, principalmente para a divulgação da utilização da empatia como instrumento de humanização na atuação na saúde. Nada mais essencial para um texto que busca a conexão emocional com o leitor que a faça com simplicidade, esta foi nossa opção.

## REFERÊNCIAS

SCHWELLER, Marcelo. **O Ensino de empatia no Curso de Graduação em Medicina**. 2014. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313594/1/Schweller\\_Marcelo\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313594/1/Schweller_Marcelo_D.pdf)

GOLEMAN, Daniel. **FOCO: a atenção e seu papel fundamental para o sucesso**. 1ªEd. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014. Pg. 99-115.

BROWN, Bene. **Empathy vs Sympathy**. Twenty One Toys. Disponível em: <https://twentyonetoys.com/blogs/teaching-empathy/brene-brown-empathy-vs-sympathy>

STEPHANY, Kathleen. **Cultivating Empathy: Inspiring Health Professionals to Communicate More Effectively**. Oak Park (IL). Bentham Books, 2014. ISBN-13: 978-1681080314.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet], v. 70, n. 3, p. 697-670. Mai./jun. 2017 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf)

[KOIKE, Takahiko; SUMIYA Motofumi; NAKAGAWA, Eri; OKAZAKI, Shuntaro; SADATO, Norihiro. What makes eye contact special? Neural Substrates of On-Line Mutual Eye-Gaze: A hyperscanning fMRI Study. ENEURO. V. 6, n. 1, p. 1-18. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1523/ENEURO.0284-18.2019](https://doi.org/10.1523/ENEURO.0284-18.2019)

TAKAKI, Maria Harue; Sant´Ana, Débora de Mello Gonçalves. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9n n. 1, p. 79-83. Jan./jun. 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/1708/1416>

STEPHENS, Greg J; SILBERT, Lauren J.; HASSON, Uri. Speaker-listener neural coupling underlies successful communication. PNAS, v. 107, n. 32, p. 14.425-14.430. 2010.

SINGER, Tania; CRITCHLEY, Hugo D. ;PREUSCHOFF, Kerstin. A common role

of insula in feelings, empathy and uncertainty. Trends in Cognitive Sciences. v. 3, n. 8, p. 334-340. 2009.

FELETTI, Grahame I.; SANSON-FISHER RW, VIDLER, Margareth. Evaluating a new approach to selecting medical students. Medical Education, v. 19. N. 4, p 276-284. Julho 1985.

HOJAT, Mohammadreza; MANGIONE, Salvatore; NASCA, Thomas J: The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. Educ Psychol Meas, v. 61, p. 349–365. 2001.

MINISTERIO DA SAÚDE (BR). **Rede HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília – DF. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e Intervenção**. Brasília – DF. 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)

*Recebido: 01/04/2020*

*1ª Revisão: 07/04/2020*

*Aceite final: 04/05/2020*