

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ADRIANA OLIVEIRA ANDRADE BATISTELLA

**EMPATIA E HOSPITALIDADE MÉDICA: UMA REFLEXÃO SOBRE
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA**

**LONDRINA
2022**

ADRIANA OLIVEIRA ANDRADE BATISTELLA

**EMPATIA E HOSPITALIDADE MÉDICA: UMA REFLEXÃO SOBRE
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Corradi Perini

LONDRINA

2022

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

B333e
2022

Batistella, Adriana Oliveira Andrade

Empatia e hospitalidade médica : uma reflexão sobre humanização da assistência em saúde à luz da bioética / Adriana Oliveira Andrade Batistella ; orientadora: Carla Corradi Perini. – 2022.
85 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Londrina, 2022
Bibliografia: f. 68-74

1. Bioética. 2. Acolhimento nos serviços de saúde. 3. Humanização nos serviços de saúde. 3. Empatia. 4. Medicina. I. Perini, Carla Corradi. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº03/2022

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética, Humanização e Cuidados Paliativos

Em sessão pública às quinze horas e trinta minutos do dia catorze de fevereiro do ano de dois mil e vinte e dois, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/86155053761?pwd=Rmx5NDdyelFVakxGYkxTdy9mSzJXUT09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação **EMPATIA E HOSPITALIDADE MÉDICA: UMA REFLEXÃO SOBRE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA** apresentada pela aluna Adriana Oliveira Andrade Batistella sob orientação da Professora Doutora Carla Corradi Perini como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Carla Corradi Perini
Presidente (PUCPR)

ELCIO LUIZ
BONAMIGO:17170389991
Assinado de forma digital por
ELCIO LUIZ
BONAMIGO:17170389991
Dados: 2022.02.14 17:24:40 -03'00'

Professor Doutor Waldir Souza
Membro interno (PUCPR)

Professor Doutor Elcio Luiz Bonamigo
Membro externo (UNOESC)

Ínicio: 15:30 Término 17:10

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Adriana Oliveira Andrade Batistella

Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho ao meu maior
incentivador, meu esposo Hélio, e aos
meus filhos, Victor e Leonardo, pela
compreensão e apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as minhas conquistas.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Carla Corradi Perini, a quem não tenho palavras para agradecer, tamanha é a importância na realização desta dissertação de mestrado.

Estendo meus agradecimentos ao Prof. Dr. Waldir de Souza, pelas importantes contribuições durante a avaliação do PDM, por aceitar compor a comissão examinadora.

Ao Prof. Dr. Elcio Luiz Bonamigo, por aceitar o convite de também compor a comissão examinadora e pelas observações pertinentes.

A minha família, que sempre me apoiou.

Aos amigos que me incentivaram a continuar e aos colegas de profissão, que forneceram as informações necessárias à pesquisa.

À Universidade, ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Bioética (PPGB), à direção e à administração, pelas oportunidades que me foram oferecidas.

“Mais coração nas mãos, irmãos!”

Camilo de Lellis

RESUMO

No contexto da assistência em saúde, a empatia tem sido associada a uma série de resultados benéficos, como diagnóstico e tratamento mais precisos, maior satisfação e engajamento de pacientes nos tratamentos, menos reclamações e ações judiciais, além de níveis mais baixos de esgotamento e estresse entre profissionais da medicina. No entanto, diversos estudos que analisam o nível de empatia durante a formação médica evidenciam sua diminuição no decorrer da graduação, fato este, que reflete negativamente sobre a humanização do cuidado. Assim, o objetivo geral desta dissertação foi analisar quais fatores podem influenciar o nível de empatia de profissionais da medicina e como isso pode estar relacionado à estimativa dos valores éticos da profissão. Especificamente, pretendeu-se verificar se os fatores sociodemográficos escolhidos influenciavam no nível de empatia, bem como na estimativa de valores éticos relacionados à hospitalidade de profissionais da medicina e; verificar se a empatia se relacionava à hospitalidade. Para tanto realizou-se um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Participaram 143 profissionais da medicina brasileiros, que responderam a uma pesquisa on-line contendo duas escalas, a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (escala de empatia) e a Escala Axiológica de Hospitalidade (constituída dos valores éticos relacionados à prática profissional). A análise dos dados foi realizada com o programa SPSS. Dentre os achados principais, observou-se correlação significativa entre as dimensões de Empatia e Hospitalidade, exceto pela dimensão de Qualidade, a qual se correlacionou apenas com a dimensão de Consideração empática. Quanto à influência dos fatores sociodemográficos, participantes do sexo feminino apresentaram maiores escores em todas as dimensões de empatia, exceto na Tomada de perspectiva, enquanto na escala de hospitalidade apenas a dimensão Cuidado Pessoal foi mais pontuada por mulheres. Ter vivenciado experiências estressantes no último ano e atuar na pediatria, influenciaram significativamente nas dimensões de Consideração Empática e de Angústia pessoal, respectivamente. Infere-se, portanto, que as mulheres tendem a pensar moralmente em termos de conexão com os outros (relacionamentos) e em termos de se preocupar (responsabilidade por) com quem estão conectadas (empatia); homens tendem a pensar mais em termos de princípios gerais de justiça e direitos individuais (ou autonomia individual). Além de que a experiência própria de sofrimento produz uma resposta empática frente à dor do outro. Conclui-se que a empatia se correlacionou com a hospitalidade. Fatores sociodemográficos como sexo, área de atuação, e vivência de fatores estressantes podem interferir no nível de empatia e de hospitalidade. Espera-se que esta pesquisa traga novos olhares para as questões éticas da humanização do cuidado.

Palavra-chave: Humanização da assistência; Empatia: Acolhimento; Bioética; Medicina

ABSTRACT

In the context of healthcare, empathy has been associated with a series of beneficial results, such as more precise diagnosis and treatment, higher satisfaction rates and treatment adherence, less complaints and legal actions, and lower levels of burnout and stress among physicians. Nevertheless, a significative number of studies analyzing the level of empathy during medical formation have shown a decrease on its levels, which reflects negatively on the humanization of care. This study aims to analyze which factors could influence the level of empathy amongst physicians and how it relates to the estimative of the medical professionals' ethical values. Specifically, it was intended to verify if empathy was related to hospitality, and if the chosen sociodemographic factors influenced its levels, as well as the estimative of ethical values related to the physicians' hospitality. Methods: this is an observational study, transversal, descriptive and analytic, approved by Pontifical Catholic University of Paraná Ethics Committee, involving 143 Brazilian medical professionals, that answered an on-line survey containing two scales, the Interpersonal Reactivity Index (empathy scale) and the Hospitality Axiological Scale (consisting of ethical values related to professional practice). The data analysis was conducted using the software SPSS. A significative correlation between the dimensions of Empathy and Hospitality was observed, except for the subscale of Quality, which correlated only with the subscale of Empathic concern. Regarding the sociodemographic factors' influence, female participants had higher scores on all subscales of empathy, except for Perspective taking, whereas on the hospitality scale, female participants had higher scores only on the Personal care subscale. Experiencing stressful situations on the past few years and working as a pediatrician have significatively influenced me on the subscales of Empathic concern and Personal distress, respectively. It is suggested, therefore, women are prone to think morally in terms of connecting to others (relationships) and in terms of worrying (responsibility) about who they are connected to (empathy). Men tend to think more in terms of general principles of justice and individual rights (or individual autonomy). Moreover, it is possible to infer that a painful experience generates an empathic reaction while facing others' pain. It is concluded that empathy has correlated with hospitality. Sociodemographic factors like gender, medical field, and experiencing stressful situations can influence the levels of empathy and hospitality. Hopes are that this research will promote new perspectives towards the humanization of care ethical dilemmas.

Keywords: Humanization of care; Empathy; Hospitality; Bioethics; Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Diferenças entre ética do cuidado e ética de justiça.....	29
Quadro 2 - Interpretação da estimativa dos valores éticos para prática profissional associado as dimensões de hospitalidade.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais de 143 profissionais da medicina participantes da pesquisa, Brasil, 2020.....	50
Tabela 2 - Escores de Empatia Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala de Empatia em profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	51
Tabela 3 - Correlação entre os escores de Empatia Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala de Empatia em 143 profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	51
Tabela 4 - Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre sexo feminino e masculino, a partir da aplicação da Escala de Empatia em profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	52
Tabela 5 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre profissionais da medicina com alguma ou nenhuma formação em valores, a partir da aplicação da Escala de Empatia, Brasil, 2020	52
Tabela 6 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre profissionais da medicina com alguma ou nenhuma vivência de situação dolorosa ou estressante no último ano, a partir da aplicação da Escala de Empatia, Brasil, 2020	53
Tabela 7– Escores de Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade em profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	53
Tabela 8 – Comparação dos escores de Hospitalidade Total e suas dimensões entre os sexos masculino e femininos, a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade em profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	54
Tabela 9- Correlação entre os escores de Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade aos 143 profissionais médicos, Brasil, 2020.....	54
Tabela 10 - Correlação entre os escores de Empatia Total e suas dimensões com Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação de suas escalas em 143 profissionais da medicina, Brasil, 2020.....	55

Tabela 11 – Comparaçao dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre áreas de atuaçao, a partir da aplicação da Escala de empatia em 137 profissionais mèdicos, Brasil, 2020.....	56
Tabela 12 – Comparaçao dos escores de Empatia total e suas dimensões entre profissionais da medicina (n = 137) de acordo com o campo de atuaçao, a partir da aplicação da Escala de empatia, Brasil, 2020.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Angústia Pessoal
CE	Consideração Empática
CEP	Comitê de ética em pesquisa
EAH	Escala Axiológica de Hospitalidade
EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal
F	Fantasia
IRI	Índice interpessoal Reatividade
PAI	Pronto Atendimento Infantil Municipal (PAI)
PNH	Política Nacional da Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TP	Tomada de Perspectiva

APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE PESQUISA

Graduada em medicina desde 1996 com especialização em pediatria e homeopatia, sempre trabalhei em serviço público como pediatra e nos últimos 7 anos como plantonista no pronto atendimento infantil municipal em Londrina - PR (PAI) e há 4 anos, como docente de pediatria do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), também em Londrina, contribuindo com a formação de novos profissionais da medicina.

Desde a graduação, o contraste entre atendimentos exemplares e focados no paciente, em oposição à maneira impessoal e desumanizada como o cuidado era prestado por alguns profissionais e serviços, costumava causar reflexão e impactar na minha maneira de atuar.

Atualmente, no meu cotidiano clínico, do pronto atendimento infantil, muitas vezes marcado por grandes filas de espera, reflito sobre as medidas ditas "Humanizadoras", como acolhimento na pré consulta e classificação de risco e percebo que a agilidade no atendimento parece ser a prática mais importante em resposta à demanda, porém, se por um lado esta agilidade diminui o tempo de espera, por outro contribui para um atendimento cada vez mais impessoal, centrado na doença e não no doente, o que faz com que o cuidado humanizado muitas vezes fique em segundo plano.

Envolvida com a formação de novos profissionais, impera a necessidade do olhar sobre a integralidade do cuidado para com o paciente em vez da doença, sem menosprezar todo o conhecimento agregado pelas novas tecnologias e os avanços da medicina baseada em evidências, buscando sempre o melhor para o paciente.

Frente a esse cenário, tenho buscado maior compreensão sobre os aspectos bioéticos associados ao cuidado, com olhar especial nos profissionais da medicina, para, assim, contribuir com a humanização das práticas em saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 CUIDADO, ÉTICA DAS VIRTUDES, ÉTICA DO CUIDADO E SUAS INTERFACES COM A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	19
2.2 CONCEITO DE EMPATIA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A MEDICINA	30
2.3 HOSPITALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE ..	38
2.4 EMMANUEL LÉVINAS E A ÉTICA DE ALTERIDADE	39
2.5 JACQUES DERRIDA E A ÉTICA DA HOSPITALIDADE	43
3 METODOLOGIA	46
3.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO.....	46
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	46
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4 RESULTADOS.....	50
5 DISCUSSÃO	58
5.1 ANGÚSTIA PESSOAL E CONSIDERAÇÃO EMPÁTICA (DIMENSÃO EMOCIONAL)	58
5.2 TOMADA DE PERSPECTIVA E FANTASIA (DIMENSÃO COGNITIVA).....	59
5.3 FATORES QUE INTERFEREM NA EMPATIA E HOSPITALIDADE	61
6 CONSIDERAÇOES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE	75
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXOS.....	77
ANEXO A - ESCALA DE EMPATIA	77
ANEXO B – DIMENSÕES DA ESCALA DE EMPATIA	778
ANEXO C – ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE.....	799
ANEXO D – DIMENSÕES DA ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE.....	800
ANEXO C -PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	82

1 INTRODUÇÃO

“Hoje, o mundo da saúde passa por uma profunda crise de cuidados. A indiferença perante a dor e o sofrimento do outro se faz presente em um profissionalismo asséptico (isto é, sem ternura e sem sensibilidade humana)” (PESSINI, 2014, p 283).

Pode-se afirmar que apesar dos inúmeros avanços tecnológicos aplicados à saúde, em todos os níveis de atenção, que marcaram os séculos XIX e XX, como referido por Caprara (1999), a doença continuou sendo interpretada pela concepção biomédica, isto é, como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma, considerando os fenômenos complexos como sendo constituídos por princípios simples, como a “relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais” (CAPRARA, 1999, p. 650-651).

Goulart (2010) declara que não se pode negar as importantes contribuições dos avanços tecnológicos para o campo da saúde. Mas, as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, nas relações entre o profissional da saúde e os usuários, precisam ser cada vez mais valorizadas (GOULART, 2010).

Outro aspecto importante, diz respeito à acessibilidade dos indivíduos a essas tecnologias e do seu custo para o sistema de saúde. Além do fato, de que tal progresso não elimina as demandas decorrentes da necessidade de contato direto entre pacientes e profissionais da área da saúde.

A organização e o funcionamento dos sistemas de saúde, na década de 1980, foram influenciados significativamente pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência (FORTES, 2004). A partir dos anos 1990, surgiram as noções de qualidade, equidade, satisfação, autonomia do usuário e também a preocupação com a humanização da atenção à saúde (GOULART, 2010).

Como abordado por Fortes (2004), o enfoque humanístico em saúde, envolve os fatores biológicos conjuntamente com os sociais, éticos, educacionais e psíquicos presentes nas relações humanas existentes nas ações que constituem a atenção em saúde. Como refere Zoboli (2003), o estado de saúde e o processo saúde-doença-cuidado em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto para os profissionais de saúde as situações individuais são vividas como casos, de um

pretendo ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos (FORTES, 2004).

Na humanização em saúde os temas mais debatidos são: integralidade, qualidade da assistência, trabalho em equipe e acolhimento. Tais assuntos vêm sendo aprofundados por meio de discussões e formulações de políticas no setor de saúde e seus processos de trabalho (CORRADI-PERINI, PESSINI; SOUZA, 2018). A humanização do cuidado requer atenção ética ao paciente e às famílias com base na hospitalidade.

“O termo hospitalidade deriva do latim *hostes*, que significa acolhida de hóspedes, peregrinos e tem origem religiosa: peregrinação aos santuários, centros ou lugares de acolhida dos peregrinos” (PESSINI, 2014, p. 450). Mas a hospitalidade, além de um ato de caridade, apresenta em si um “valor intrínseco” que aponta para os fins e os meios da vida humana. Para Pessini, é a partir do mundo dos valores que o mundo dos deveres ganha sentido no âmbito da ética e, portanto, afirma que a hospitalidade não é somente um valor, mas também um dever, e como tal, um compromisso moral (PESSINI, 2014, p. 448).

Dessa forma, os valores éticos relacionados à hospitalidade (ou acolhimento) representam avanços na humanização da assistência em saúde, pois, proporcionam atitudes importantes para o processo de cuidado humanizado (KELLY, 2016). Na prática clínica, a qualidade moral da relação profissional de saúde-paciente pode ser aumentada com a aplicação das premissas da ética da hospitalidade de Derrida e da ética de alteridade de Lévinas (FLORIANI; SCHARAMM; 2010). No entanto, segundo González-Serna e colaboradores (2017, p. 2), “há muito a ser esclarecido sobre a construção teórica da hospitalidade, para que esta seja conceitualmente definida em toda a sua plenitude”.

Para a Política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento é visto ao mesmo tempo como uma prática e uma postura ética não resumindo-se a um espaço. “Quem acolhe, toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão” (BRASIL, 2009). Todos os profissionais deveriam estar aptos a acolher, “diferenciando-se da triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se resume à recepção, mas, que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (BRASIL, 2009).

A ética do cuidado como abordada por Corradi-Perini e colaboradores (2018), atua como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde. Assim, o profissional de saúde pode nortear suas ações para uma assistência com foco na qualidade de vida do paciente e da família, aliando o cuidado ético à técnica, considerando a singularidade de cada pessoa foco da assistência, como destaca Oliveira e colaboradores (2011).

Entende-se que a aplicação das premissas da ética do cuidado implica em permitir uma relação de troca com o outro; envolver com empatia, compreensão, compaixão; oferecer o melhor; cuidar do próximo; ter caráter virtuoso; ser altruísta, solidário e justo com os mais vulnerados, incluindo-os na sociedade.

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais estudadas na atualidade, é a pedra angular de um comportamento ético e humanizado e, ainda, do profissionalismo médico. É considerada um valor fundamental para as estratégias de humanização (COSTA et al, 2009). Trata-se de uma qualidade pessoal necessária ao entendimento das experiências interiores e sentimentos dos pacientes, representando a essência da relação profissional de saúde-paciente, sendo importante, inclusive, para a melhoria dos resultados clínicos (HOJAT et al, 2002).

Nesse sentido, discute-se a possibilidade de se ensinar empatia. Alguns autores acreditam que a empatia representa um estado pessoal que pode diminuir ao longo da graduação médica, mas que também pode ser melhorada mediante estratégias educacionais direcionadas (HOJAT et al, 2009). Outros acreditam que seja uma característica pessoal inata e difícil de ser ensinada. Benedetto et al (2014) declaram que se a empatia pode diminuir ao longo da formação médica, logicamente, é esperado que ela possa ser desenvolvida, principalmente se relacionado com o domínio cognitivo da empatia.

A empatia e a moralidade têm um relacionamento importante, porém, muito complexo. Essa complexidade se deve em parte à natureza multifacetada da empatia e ao conhecimento insuficiente sobre a natureza da moralidade (UGAZIO; MAJDANDŽIĆ; LAMM, 2014). Teoricamente, argumenta-se que a empatia está relacionada à compaixão e hospitalidade.

A empatia como estudado por Hoffman (2000), Eisenberg e Morris (2001), e outros pesquisadores é um forte motivo para provocar comportamento pró-social, ou seja, comportamentos de ajuda ou benefício dirigido a outro indivíduo ou grupos. A motivação básica da pró-sociabilidade consiste em beneficiar o outro, de forma

voluntária, sem influências ou pressões externas ou, ainda, sem expectativas de prêmios ou recompensas materiais ou sociais. O comportamento pró-social pode manifestar-se como intenções, ações ou expressões verbais do raciocínio sobre um conflito moral, segundo Eisenberg (1982) interpretado por Koller (1997).

A partir dessa contextualização, esta dissertação busca responder ao seguinte problema: Quais os fatores que podem influenciar o tipo e nível de empatia dos médicos e como isso pode estar relacionado à sua estimativa dos valores éticos da profissão? A hipótese é de que os fatores que mais influenciam o grau de empatia e sua relação com a hospitalidade são sexo, idade, tempo de experiência clínica e área de atuação. E maiores níveis de empatia estão relacionados com maior pontuação na escala axiológica da hospitalidade.

Fundamentado na bioética, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre empatia e hospitalidade no contexto da humanização em saúde com enfoque em profissionais da medicina e suas diferentes áreas de atuação. Especificamente, pretende-se identificar quais os fatores que podem influenciar o tipo e nível de empatia desses profissionais e como isso pode estar relacionado à sua estimativa dos valores éticos da profissão.

Partindo desse conhecimento, estratégias poderiam ser desenvolvidas para contemplar a empatia e a hospitalidade/acolhimento, identificando pontos fracos e melhorando os programas de treinamento em valores profissionais, com consequentes vantagens para a dignidade do paciente e humanização do cuidado.

Em relação à estrutura, esta dissertação está dividida nas seguintes seções: Introdução, Revisão de literatura, Metodologia, Resultados, Discussão e Considerações finais. Na seção “Revisão de literatura” são apresentados importantes marcos teóricos que se debruçaram sobre a empatia e a hospitalidade no contexto da bioética e suas relações com a humanização do cuidado. Os seguintes autores, foram eleitos: Edith Stein (2004), como referência para empatia, Lévinas (2012), especificamente, suas contribuições a partir da alteridade, como abertura para hospitalidade e contribuição para o discurso ético; Derrida (2003), sua teoria da desconstrução com foco na hospitalidade. Também a ética das virtudes proposta por Pelegrino e Thomasma (2018), e a antropologia do cuidado de Torralba (2009) serão abordadas na discussão dos resultados na interface com a humanização do cuidado.

Além de revisão bibliográfica, esse estudo analisou os resultados de pesquisa empírica, realizada no período de maio a novembro de 2020 cujos critérios e metodologia são discutidos em capítulo próprio.

Destaca-se a importância de tal pesquisa e sua articulação com os marcos teóricos escolhidos, tendo por objetivo proporcionar respostas às indagações iniciais já mencionadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão da literatura foram abordados cinco temas, considerados relevantes para melhor compreensão desta pesquisa. Inicia-se com o conceito de cuidado e sua interface com a humanização da saúde, onde o cuidado em sua abordagem integral além de sua ação humanizadora, é tratado também como uma obrigação moral do profissional de saúde.

Segue-se aprofundando os conceitos de empatia e hospitalidade no contexto da bioética e suas relações com a humanização do cuidado, e finalizando como uma breve abordagem sobre a ética de alteridade de Lévinas, e aplicação da teoria de desconstrução de Derrida com enfoque na medicina.

2.1 CUIDADO, ÉTICA DAS VIRTUDES, ÉTICA DO CUIDADO E SUAS INTERFACES COM A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

A noção de cuidado tem suas raízes no pensamento antigo, estando presente em obras literárias da Antiga Roma e fontes mitológicas e filosóficas, ou seja, não é de hoje que a essência do cuidado e suas peculiaridades são motivo de interesse entre os estudiosos da vida humana. A Fábula de Higino (poeta latino, 50-139 d.C.), também conhecida como Mito do Cuidado, narra o papel do cuidado na estruturação do ser humano. A história carrega um entendimento de que o ato de cuidar é central para o ser humano. É o personagem “Cuidado”, quem dá forma à criatura, que é corpo e espírito, tornando-se responsável por ela enquanto viver, ou seja, é o “Cuidado” que humaniza dando o contorno humano (COSTACURTA; PULINO, 2017).

O cuidado é algo essencial e necessário para existência do ser humano. Do nascimento ao final da vida, as pessoas devem se ocupar de si, dos outros e das coisas, segundo Mortari (2018, p 8-9). A experiência daquilo que está sob os nossos cuidados e nossa relação com ele dará a estrutura da nossa essência, ou seja, quando cuidamos de outras pessoas, o resultado desta troca relacional com o outro passa a fazer parte de nós.

Tradicionalmente, a arte de curar tem adquirido uma notoriedade muito superior à ação de cuidar, mas é evidente que, em uma concepção holística da saúde, o cuidar, isto é, o acompanhamento adequado dos enfermos, como afirma Torralba (2009, p.

112) “é completamente necessário e justamente por isso que se impõe a tarefa de pensar essa práxis a partir de sua própria essência”. Desta forma, cuidar e curar devem ser compreendidos como processos complementares e harmônicos. “Não parecendo ser adequado dividir o processo assistencial em dois tipos de medicina, uma orientada para curar e outra orientada para cuidar” (TORRALBA, 2009, p. 118). Para Pellegrino (1985, p. 13) “embora curar e cuidar sejam partes essenciais da prática médica, o cuidado fundamenta esta prática”.

Uma definição simples e essencial do cuidado emerge da fenomenologia, onde “cuidar é tornar-se responsável por algo ou alguém, preocupar-se, empenhar-se, dedicar-se a alguma coisa” (MORTARI, 2018, p. 11). Mas, o termo cuidar é polissêmico, o que lhe confere muitos significados, e embora possa se cuidar de objetos e coisas, no âmbito da saúde a ação de cuidar se relaciona aos seres humanos. Considerando, portanto, a multidimensionalidade da pessoa a ser cuidada, Torralba declara:

Se a pessoa é singular, o cuidado deve ser singular. Se a pessoa é integridade (interioridade-exterioridade), o cuidado deve ser integral. Se a pessoa é livre, o cuidado deve contemplar a liberdade. Se a pessoa é metafísica, o cuidado não pode ser unicamente físico. Se a pessoa é um ser pluridimensional, o cuidado deve ser pluridimensional (2009, p. 120).

Na interpretação de Pellegrino (1985, p. 12-13), são pelo menos quatro os sentidos que a palavra cuidado deveria assumir para os profissionais de saúde. O primeiro sentido associa o cuidar à compaixão, ou seja, é colocar o paciente no centro das ações, e se colocar no lugar dele compartilhando sua experiência de doença ou dor. O segundo sentido, refere-se a fazer pelo paciente aquilo que ele não pode fazer por si mesmo. Desta forma, cuidar também é ajudar o paciente a ser autônomo, isto é, a realizar a sua própria vida comprometida pela doença no âmbito das necessidades pessoais, físicas, sociais e emocionais. O terceiro sentido é fazer com que o paciente confie nos profissionais da medicina ou da enfermagem responsáveis pelo cuidado, acreditando que estes últimos irão direcionar todo o conhecimento e habilidade apropriados para resolução de seu problema. O último sentido, se relaciona com o terceiro e consiste em colocar todos os procedimentos, pessoal e técnico, com detalhe e perfeição a serviço do enfermo. Sumarizando, “cuidar de alguém é buscar seu bem, é zelar pela sua saúde, por seu restabelecimento integralmente, e isso implica que todos os recursos humanos e técnicos estejam a serviço do paciente” (PESSINI, 2014).

Pellegrino conclui, que “o cuidado integral”, nos quatro sentidos referidos, é uma obrigação moral dos profissionais da saúde. Não se tratando de uma opção que pode ser exercida e interpretada conforme seu bel-prazer. A ação de cuidar é um dever fundamental do profissional de saúde. Torralba (2009, p.123) resume as ideias de Pellegrino declarando que cuidar é

comadecer-se de alguém, ajudá-lo a ser autônomo, convidar a compartilhar sua responsabilidade e sua angústia, transformando-o no verdadeiro centro da vida sanitária, enfim, exercer o dever moral que todo profissional da saúde tem enquanto profissional, a saber, velar pelo bem do paciente.

Em Mortari (2018), encontra-se que cuidar do outro, é sinônimo de agir para auxiliá-lo a buscar o seu bem. “Partindo do pressuposto aristotélico de que agir pelo bem é agir virtuosamente, isso significa que cuidar é, essencialmente, um agir virtuoso” (MORTARI, 2018, p. 126).

A ética das virtudes é atualmente uma das três principais abordagens da ética normativa, caracterizando-se por enfatizar as virtudes, ou o caráter moral, em contraste com a abordagem que enfatiza deveres ou regras (deontologia) ou que enfatiza as consequências das ações (consequencialismo) (HURSTHOUSE; GLEN, 2018).

Para Watson (1990) e Kawall (2009) citados por Hurtshouse e Glen (2018), a ética das virtudes distingue-se do consequencialismo ou da deontologia pela centralidade da virtude dentro da teoria. Os consequencialistas definem virtudes como traços que produzem boas consequências e os deontologistas as definem como traços possuídos por aqueles que cumprem seus deveres de maneira confiável, enquanto os eticistas da virtude resistem à tentativa de definir virtudes em termos de algum outro conceito considerado mais fundamental.

Por suas tradições e natureza, a medicina é um tipo especial de atividade humana que não pode ser realizada de forma eficaz sem as virtudes de humildade, honestidade, integridade intelectual, compaixão, altruísmo entre outras. “Tais características tornam os profissionais da medicina, membros de uma comunidade moral, que se dedicam a algo diferente de seu próprio interesse” (RAKEL, 2000).

Os antigos códigos de ética médica - grego, indiano e chinês - baseavam-se na virtude, considerando o caráter do médico como garantia final do bem-estar do paciente e como base dos padrões e práticas profissionais (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p. xi). Hipócrates exortava o médico a desempenhar a sua

profissão com simplicidade, honestidade e ética. A maioria destes documentos reconhecem que o cuidado da pessoa doente não pode ser ministrado exclusivamente através do cumprimento de normas deontológicas, sendo o dever e a virtude duas faces da mesma moeda (CRUZ, 2020).

Segundo Cruz (2020), os autores Pellegrino e Thomasma, considerados expoentes contemporâneos da ética das virtudes no contexto dos cuidados de saúde, acreditavam que fosse possível chegar a um consenso acerca do bem e das virtudes no contexto da ética profissional, a partir da natureza e propósito da medicina, baseada na fenomenologia do encontro clínico. A ênfase desses autores no caráter e na virtude do profissional de saúde baseia-se numa filosofia da medicina, uma vez que esta define os fins para os quais as virtudes são dirigidas e dos quais derivam sua justificativa (PELLEGRINO; THOMASMA,1993, p. xii).

Na obra de Pellegrino e Thomasma, *The Virtues in Medical Practice* (1993), identificam-se oito virtudes fundamentais associadas à implicação de ser um bom médico: fidelidade à promessa, compaixão, prudência, justiça, coragem, moderação, integridade e altruísmo. Estas foram escolhidas por surgirem do vínculo entre o cuidado, incluindo cura, e a confiança pública implícita no compromisso de cuidar do outro, uma vez que segundo os autores supracitados, a essência moral de uma profissão de saúde é a relação especial que a doença e a resposta à doença criam entre o curador e o paciente (CRUZ, 2020). Tais virtudes serão descritas a seguir:

A fidelidade à promessa, relaciona-se com o compromisso assumido pelo profissional da medicina durante o juramento médico de colocar os seus conhecimentos e competências ao serviço do bem do paciente, com base num relacionamento de confiança entre ambos. A confiança é elemento fundamental da relação médico-paciente, pois uma vez doente, o paciente sente-se fragilizado e este estado de vulnerabilidade o torna dependente da fidelidade à confiança dos profissionais da medicina e de seu desejo de proteger, em vez de explorar essa vulnerabilidade (PELLEGRINO; THOMASMA,1993, p .65). Como referido por Cruz (2020), a confiança que os pacientes colocam no profissional da medicina é construída ao longo do tempo, desde o primeiro contato e através do diálogo durante os encontros clínicos. Para os profissionais, a conquista da confiança implica em responsabilidade e respeito à autonomia do paciente (PELLEGRINO E THOMASMA,1993 p 69). A diminuição da confiança impacta negativamente na relação médico-paciente, trazendo como consequências, entre outras, o aumento da

automedicação por parte do paciente que procura tratamento por outros meios que não através de uma avaliação e orientação médica; a ocultação de detalhes clínicos que pode interferir no diagnóstico ou tratamento; e o risco de processos judiciais por insatisfação com o atendimento (CRUZ, 2020).

A compaixão é uma virtude moral da medicina e de toda cura, definida por Pellegrino e Thomasma (1993, p. 25) como a capacidade dos profissionais da medicina de sentir algo da situação única do paciente, de entrar na experiência da doença e indiretamente experienciar a ansiedade, a dor, o medo do paciente. O profissional da medicina não pode curar se, no ato da cura (ou tentativa de cura), violar algum valor ou sentimento da pessoa a ser curada ou mostrar desrespeito, falta de preocupação, indiferença ou distanciamento da forma como esta pessoa vivencia sua situação (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p. 80). Para Pellegrino e Thomasma (1993), compaixão deve ser diferenciada de misericórdia, pois, o paciente não é um ser humano inferior, mas vulnerável, a quem o médico é obrigado a ajudar moralmente pelo pacto de confiança e da empatia. A compaixão, se concentra em um aspecto específico da experiência do outro, ou seja, seu sofrimento. Também enfatizam que a virtude da compaixão deve ser equilibrada pela competência técnica e a prudência, pois, há momentos onde excesso de compaixão pode interferir de forma negativa na conduta clínica.

A prudência é uma virtude moral e intelectual, indispensável para o exercício da medicina, uma vez que, todo o ato médico envolve uma dimensão intelectual e uma dimensão ética (CRUZ, 2020). Ela influencia na integração da competência técnica e científica com a hierarquia de valores, ou seja, mesmo uma decisão medicamente correta do ponto de vista científico, poderá não ser eticamente aceitável se não levar em consideração os valores do paciente individualmente (CRUZ, 2020). A partir dos anos setenta, com o reconhecimento da autonomia do paciente e a obrigação legal de se obter um consentimento informado, o paternalismo médico, onde o profissional da medicina era o único responsável pela tomada de decisão sobre o tratamento do paciente que habitualmente aceitava de forma passiva, vem sendo abandonada assim como “mentira piedosa”, postura de ocultação da verdade, para com pacientes portadores de doenças graves e de prognóstico ruim (CRUZ, 2020).

O exercício da prudência para Pellegrino e Thomasma (1993, p. 85), enquanto “maneira correta de agir” se faz necessário na prática clínica quando se deve discernir quais meios são mais apropriados para os fins, como equilibrar os benefícios e danos

nas intervenções clínicas e como colocar as questões morais e técnicas em uma relação adequada entre si. “Portanto se a compaixão, a fidelidade à confiança, a humildade intelectual e as outras virtudes intrínsecas à cura devem ser devidamente empregadas, é necessária a prudência para guiá-los” (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p. 85).

A justiça, como virtude, é considerada um traço de caráter, podendo ser definida como o hábito de dispensar ou retribuir ao(s) outro(s) o que lhe(s) é devido. Pellegrino e Thomasma (1993, p. 92) consideram a justiça como uma das virtudes mais complexas uma vez que ao contrário de todas as outras virtudes, não tem meio. “Todos os relacionamentos humanos, pela sua própria natureza, são sempre imperfeitos e limitados, mesmo nas circunstâncias ideais, não sendo possível alguém ser demasiado justo e por outro lado perfeito em retribuir o que é devido aos indivíduos e a sociedade” (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p. 92). Esses autores, baseados na definição de justiça ampliados por São Tomas de Aquino, distinguem entre a justiça distributiva, relacionada com o bem comum, e a justiça comutativa, relaciona com o bem individual e requer que o médico tenha em conta as necessidades específicas do paciente, confundindo-se com o princípio da beneficência e a virtude da benevolência.

Curar o paciente requer atenção especial ao bem médico e ao sistema de valores do paciente no qual o bem a ser feito é negociado. Chamamos isso de “beneficência na confiança”, uma vez que mantém na confiança os valores do paciente durante a negociação sobre as ações a serem realizadas (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993, p. 94).

A virtude da justiça poderá envolver, conforme salientado por Cruz (2020) estabelecimento de prioridades nos cuidados de saúde prestados aos pacientes. Isso significa considerar os recursos disponíveis e as decisões deverão basear-se em critérios essencialmente clínicos, suportados por evidências científicas credíveis e atualizadas, nomeadamente na prescrição de medicamentos e na proposta de cirurgias e outros atos médicos.

A coragem consiste em defender aquilo que se pensa ser correto e verdadeiro e resistir àquilo que se sabe ser errado, muitas vezes contra a indiferença, o silêncio e a resignação (CRUZ, 2020). Uma característica das virtudes em geral, e em especial da coragem moral, já relatada por Aristóteles, é que se trata de uma escolha voluntária, refletida, individual e não coerciva, apesar de poder haver oposição e correndo-se o risco de eventuais retaliações. O receio de ser alvo de um processo judicial como referido por Cruz (2020) poderá levar o clínico a praticar uma medicina

defensiva, solicitando exames desnecessários, prescrevendo tratamentos dispensáveis ou evitando intervir em casos complexos ou de mau prognóstico.

Pellegrino e Thomasma (1993, p. 112), também apontam para o fato, que mais do que coragem física é necessária coragem moral frente ao risco de contrair uma doença contagiosa, como o que ocorre com a atual pandemia de Covid 19. Desta forma, a virtude fortaleza ou coragem imprime confiança de que os profissionais da saúde resistirão à tentação de diminuir o bem do paciente por meio de seus próprios medos ou pressão social e burocrática, e que usarão seu tempo e treinamento com recursos para realizar o bem em sociedade (PELLEGRINO; THOMASMA,1993, p. 114).

A moderação, poderá ser definida, em medicina, como a disposição do clínico em utilizar criteriosamente os meios disponibilizados pela tecnologia moderna, evitando o seu uso excessivo ou desproporcionado, o que alguns designam de obstinação terapêutica, ou pelo contrário, a subutilização de recursos potencialmente benéficos para o paciente (PELLEGRINO; THOMASMA,1993, p. 120). Conclui-se, então, como observado pelos autores referidos, que em uma sociedade com problemas de pobreza, falta de moradia, dificuldade de acesso à saúde e difamação dos fracos, é necessário manter vigilância constante e proteger as pessoas de subtratamento, abandono e tratamento excessivo impróprio. Isso é temperança ou moderação médica.

A integridade, deriva do vocábulo latino *integritate*, que significa o estado ou qualidade de íntegro, isto é, de um todo que tem todas as suas partes, a que nada falta. Inclui as noções de inteireza, plenitude, caráter do que se não pode ou deve quebrar ou modificar. Como virtude, abrange os conceitos de inteireza moral, honestidade, retidão, probidade e imparcialidade. Diz-se que uma pessoa é íntegra quando atua de acordo com um determinado conjunto de valores e princípios morais, nos quais acredita, e apresenta um comportamento honesto, imparcial, reto, incorruptível, justo e verdadeiro (CRUZ, 2020).

Na abordagem de Pellegrino e Thomasma (1993, p.129), integridade apresenta dois sentidos importantes para a ética médica. O primeiro sentido está associado à integridade física propriamente dita, enquanto sinônimo de saúde e em integridade dos valores prezados e defendidos pelo paciente, cabendo ao profissional da medicina a obrigação moral de remediar a desintegração psicossocial bem como física da pessoa infligida pela doença, base moral de qualquer medicina genuinamente

holística, assim como a obrigação da preservação de seus valores. Importante ressalva fazem os autores sobre o respeito à autonomia do médico frente a procedimentos moralmente discutíveis como aborto, a eutanásia, a retirada ou retenção de alimentos ou líquidos ou a inseminação artificial, entre outros.

O segundo sentido diz respeito a integridade enquanto virtude, integridade moral propriamente dita, ou seja, o profissional da medicina, sendo uma pessoa íntegra, em quem se possa confiar para respeitar as nuances e as sutilezas da reivindicação moral de autonomia, deve respeitar a autonomia do paciente não apenas como um princípio, mas também interpretando sua aplicação da maneira moralmente mais sensível. O profissional da medicina íntegro deve tomar decisões mediante seu saber e consciência, não cedendo a pressões nem a qualquer tipo de suborno. Não prescreve tratamentos ou exames desnecessários. É inaceitável que este profissional da medicina aceite qualquer espécie de pagamento, seja em bens ou em dinheiro, que vise facilitar a marcação de uma consulta, exame ou cirurgia (CRUZ, 2020).

O **altruísmo**, uma das virtudes menos populares e mais difíceis da prática médica, implica em considerar os interesses do paciente, e suas necessidades em primeiro lugar. Segundo Pellegrino e Thomasma (1993, p. 147), esta é uma noção mais elevada de beneficência do que a simples benevolência, e não maleficência, mas implica algum grau de apagamento do interesse próprio. O altruísmo quando presente no decurso da atividade médica, como referido por Cruz (2020), proporciona maior autenticidade à relação assistencial e maior independência face aos constrangimentos econômicos, familiares, profissionais, acadêmicos, político-partidários ou sindicais, que podem prejudicar o compromisso primordial do médico na sua dedicação ao paciente individual.

A observância destas e outras virtudes, segundo Pellegrino e Thomasma (1993) contribuirá significativamente para minimizar a reconhecida falta de humanização dos serviços de saúde, que constitui o problema bioético mais premente do exercício da medicina (CRUZ, 2020). A reflexão e a viabilização da humanização dos serviços de saúde em geral e da medicina em particular, como entendido por Pessini (2014) perpassa pelo reconhecimento respeitoso do valor da pessoa humana e um aprofundamento no valor do cuidado de saúde aliado à sensibilidade diante do sofrimento humano. “Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que

tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma" (FORTES, 2004).

Refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004).

Na humanização em saúde os temas mais debatidos são: integralidade, qualidade da assistência, trabalho em equipe e acolhimento, e isto tem se aprofundado por meio de discussões e formulações de políticas no setor de saúde e seus processos de trabalho (CORRADI-PERINI; PESSINI; SOUZA, 2018). A humanização do cuidado requer atenção ética ao paciente e às famílias com base na hospitalidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, traz através da lei orgânica 8080/90 (art. 7º, III, IV e V) diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (BRASIL, 1988).

Em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações integradas com o objetivo de alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público. Segundo Fortes (2004) o programa enfocava a necessidade da transformação cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado ao usuário, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas.

Em 2003 o PNHAH tornou-se a Política Nacional da Humanização (PNH), firmando-se como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do sistema único de saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão (BRASIL, 2010).

Na perspectiva da PNH, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política. Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e

sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010).

Como abordado, a humanização em saúde encontra-se intimamente associada aos processos de cuidado. Para Mortari (2018), o cuidado é uma prática movida pela intenção de buscar benefício ao outro; o princípio de beneficência identifica a matriz geradora do cuidado. O cuidado implica em responsabilidade, respeito, comprometimento, compartilhamento e coragem de tomar iniciativas.

O processo de cuidado segundo Torralba Roselló (2009, p.161) encontra desafios de natureza ética e virtuosa:

Além de uma antropologia do cuidar, existe um modo explícito ou implícito, uma ética do cuidado, cujo fim é regular eticamente a ação de cuidar, ou seja, analisar sob uma perspectiva racional e crítica, o que significa cuidar de modo virtuoso.

A ética do cuidado, para Corradi-Perini e colaboradores (2018), atua como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde. Para Leonardo Boff (2002), a ética do cuidado tem a ver com a preocupação e a responsabilidade para com o outro. Trata-se de um elemento constitutivo do ser humano, essencial nas relações que este estabelece consigo, com o próximo e com o meio em que vive (COSTACURTA; PULINO, 2017).

A ética do cuidado na abordagem de Carol Gilligan (1982), baseia-se no fato de homens e mulheres apresentarem tendências diferentes de empregar raciocínios morais, na resolução de problemas éticos. Para Gilligan (1982), autora de “Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta”, o desenvolvimento moral de meninas e mulheres prossegue e termina de maneira diferente daquele de meninos e homens, mas isso não prova nada sobre inferioridade ou superioridade: é apenas um fato de diferença. Em particular, como referido por Le Bar (2020), Gilligan afirmou que as mulheres tendem a pensar moralmente em termos de conexão com os outros (relacionamentos) e em termos de se preocupar (responsabilidade por) com quem estão conectadas; os homens, em contraste e de acordo com os estudos de Kohlberg, tendem a pensar mais em termos de princípios

gerais de justiça e de direitos individuais contra (ou autonomia individual de) outras pessoas.

Zoboli (2004) corrobora com o que foi dito apontando que o imperativo moral para as mulheres se configura na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como o dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à auto-realização.

Gilligan, chama de “ética da justiça”, a maneira de abordar os problemas éticos com base em valores hierárquicos e nas disputas impessoais de direitos contrapondo-se à “ética do cuidado”, prevalente na visão feminina. A relação das dimensões dos direitos e da responsabilidade, proporciona para as mulheres o entendimento da lógica psicológica dos relacionamentos, moderando o potencial destrutivo de uma ética autocrítica decorrente da compreensão de que todas as pessoas necessitam de cuidados e, para os homens, corrige a indiferença potencial de uma ética de não-interferência, chamando a atenção para as consequências das escolhas (ZOBOLI, 2004).

Quadro 1: Diferenças entre ética do cuidado e ética de justiça

ÉTICA DO CUIDADO	ÉTICA DA JUSTIÇA
Abordagem contextual	Abordagem abstrata
Conexão humana	Separação humana
Relacionamentos comunitários	Direitos individuais
Âmbito privado	Âmbito público
Reforça o papel das emoções	Reforça o papel da razão
Relativa ao gênero feminino	Relativa ao gênero masculino

Fonte: Zoboli, 2004.

Como referenciado por Kuhnen (2014), Gilligan não tinha intenção de contrapor a ética do cuidado e da responsabilidade com a ética dos princípios e direitos, (também chamada de ética da justiça), uma vez que acreditava na sua complementaridade. Sendo assim, na perspectiva do cuidado, sentimentos morais, como empatia, altruísmo e reconhecimento da conexão com o outro, contribuem para superar a indiferença que pode estar presente na perspectiva da justiça, baseada essencialmente na autonomia, individualização e separação.

Outro ponto importante é que, Gilligan, segundo Kuhnen (2014), não tinha como objetivo sustentar que toda mulher se caracteriza e se diferencia em sua essência, do homem por ter uma voz moral diferente, mas pretendia sim, investigar como na sociedade patriarcal vozes diferentes são formadas, valoradas,

hierarquizadas e naturalizadas. Além disso, ter conhecimento de que diferentes sujeitos possuem vozes distintas, e outras formas de perceber e lidar com problemas morais, representa um potencial transformador da sociedade (KUHNEN,2014).

Em sua obra *“The ethics of care and empathy”* (2007), Michael Slote, filósofo moral, amplia a perspectiva de abrangência da ética do cuidado, ao afirmar que esta tem potencial para adquirir status de um projeto ético abrangente em relação à moralidade privada e pública, rompendo, assim, com o estigma entre gêneros (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016). O autor também argumenta que a atitude ou motivação ética solidária na ética do cuidado deve ser orientada pela empatia, que é o principal mecanismo de cuidado, de benevolência e de compaixão (SLOTE, 2007, p. 4).

A ética do cuidado está na essência do ser humano, ela é criada nas interdependências que se dão nas relações pessoais, profissionais e sociais, permitindo se estabelecer uma relação de troca com o melhor cuidado que se possa oferecer, levando em consideração todos os aspectos que permeiam as intersubjetividades das relações humanas envolvidas (BUZIQUIA et al, 2018).

Quando o cuidado é plenamente reconhecido, permite a construção da autonomia do paciente em relação à sua própria saúde. Esse seria, portanto, um cuidado ético que procura de fato a resolutividade dos problemas que determinam e condicionam o processo de adoecimento, que vão além dos aspectos puramente biológicos (MAYERNYIK; OLIVEIRA, 2016).

2.2 CONCEITO DE EMPATIA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A MEDICINA

O conceito de empatia refere-se a uma ampla gama de capacidades psicológicas consideradas centrais na constituição de seres humanos como criaturas sociais e morais, permitindo saber o que as outras pessoas estão pensando e sentindo, para se envolver emocionalmente com elas, para compartilhar seus pensamentos e sentimentos, reconhecer suas necessidades e para cuidar de seu bem-estar. Desde o século XVIII, devido principalmente à influência dos escritos de David Hume e Adam Smith, essas capacidades estão no centro de investigações

acadêmicas sobre a base psicológica subjacente à natureza social e moral do ser humano (STUEBER, 2019).

O termo empatia vem do grego “empatheia” sendo uma composição das palavras “en” e “pathos”, que se traduz em “estar em algum tipo de sofrimento, sentimento ou emoção”. Esse termo foi incorporado à cultura ocidental pelos alemães, no início do século 20, como uma tradução do termo “Einfühlung” (ou “sentimento em”), utilizado no contexto das teorias de apreciação da arte, que passou a ser usado na psicologia por Titchener. Antes da introdução desse termo, a palavra “simpatia” era o termo comumente usado para se referir aos fenômenos relacionados à empatia (STUEBER, 2019).

Durante os anos 60 e 70, pesquisas enfatizaram o lado emocional da empatia, com a tomada de perspectiva como um precursor dessa habilidade. Como resultado, a empatia passou a ter um importante componente emocional e foi definida como um conjunto de emoções vicárias congruentes que eram orientadas para o outro e mal distinguíveis de piedade, compaixão e ternura (VILARDAGA, 2009).

Segundo Vilardaga (2009) citando Eisenberg (2000, p. 671), outros autores propuseram que quando essas emoções são orientadas para reduzir o sofrimento de outra pessoa, elas deveriam ser chamadas de simpatia, e a empatia deveria ser simplesmente definida como “uma resposta afetiva que decorre da apreensão ou compreensão do estado emocional ou condição de outra pessoa e é semelhante ao que a outra pessoa está sentindo ou seria de esperar que sentisse”. Para esses autores, a empatia pura se transforma em simpatia ou angústia pessoal após algum “processamento cognitivo” em que o indivíduo aprende a diferenciar entre seus próprios estados emocionais e os dos outros.

Davis (1983) conceitua empatia como um fenômeno multidimensional, resolvendo a disputa, integrando as dimensões cognitivas e emocionais da empatia, e argumentando que a empatia é um composto de tomada de perspectiva, fantasia, consideração empática e angústia pessoal. A tomada de perspectiva representa a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar das outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem. A fantasia expressa a tendência de se identificar com personagens fictícios. A consideração empática reflete a capacidade afetiva de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro, motivando ajudar pessoas em necessidades, perigo ou desvantagem. A angústia pessoal está associada aos sentimentos de ansiedade, apreensão e

desconforto dirigidas ao *self*, quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem em ambientes interpessoais.

Apesar de sua clara importância, uma definição precisa de empatia continua sendo objeto de debate devido à sua natureza complexa e multifacetada, com a neurociência, trazendo importantes avanços na determinação da importância dos neurônios espelhos, mapeamento de regiões cerebrais, entre outras abordagens que fogem ao objetivo deste estudo.

Os filósofos morais sempre se preocuparam com a psicologia moral e com a articulação da estrutura motivacional de um agente, a fim de explicar a importância da moralidade para a vida humana. Já os filósofos da tradição kantiana, que preferem a razão em detrimento dos sentimentos, geralmente são céticos em relação a essa proposta. Mais recentemente, a afirmação de que a empatia é central para a moralidade e uma vida humana florescente, voltou a ser tema de um intenso e controverso debate, entre os filósofos morais (STUEBER,2019).

Segundo Eisenberg (2000), é antigo o debate filosófico sobre, se as emoções podem ser morais e se contribuem para o julgamento moral e o comportamento de alto nível, uma vez que, por sua própria natureza, as emoções, expressam uma perspectiva pessoal polarizada e tendenciosa. Assim, a emoção tem sido vista como um enviesamento das avaliações e cognições de uma pessoa e como uma perturbação do pensamento moral e racional.

Em um passado recente, os filósofos argumentaram que as reações emocionais tendenciosas são justificadas, e que estas ajudam as pessoas a distinguir características morais em contextos específicos para motivar o comportamento moral e para minar o comportamento imoral. Desse modo, várias emoções, incluindo culpa, vergonha e empatia, têm sido vistas como desempenhando um papel fundamental na moralidade (EISENBERG, 2000).

Além da empatia relacionar-se à moralidade, também está associada ao comportamento pró-social. Hoffmann foi um dos teóricos que nas décadas de 1960 e 1970 argumentou que empatia ou simpatia era um importante motivador do comportamento pró-social, explorando em seu livro “Empathy and moral development: implications for caring and justice” (2000), as forças motivadoras e os mecanismos psicológicos subjacentes aos comportamentos de ajuda e seu desenvolvimento.

Embora se acredite que a empatia tenha evoluído para permitir uma resposta pró-social, segundo Krol e Bartz (2021) referindo-se a Preston e Waal, (2002), a

experiência da empatia não leva automaticamente a ajudar a pessoa necessitada. Na verdade, a empatia pode levar à angústia pessoal ou à consideração empática, dois estados motivacionais que têm consequências diferentes no comportamento pró-social.

Nos últimos 30 anos, percebe-se a existência de um suporte empírico crescente para essas afirmações. Em pesquisas com adultos, Batson e colaboradores (1991), citado por Eisenberg (2001), descobriram que os indivíduos que sentem simpatia (semelhante à consideração empática) por uma pessoa em perigo ou necessidade são mais propensos a ajudar aquela pessoa do que indivíduos que experimentam angústia pessoal.

Convém ressaltar que apesar da empatia envolver partilha do estado mental e emocional do indivíduo empatizado, teoria e pesquisas sugerem que esse compartilhamento precisa ser acompanhado por uma distinção entre o eu (*self*) e o outro. Ou seja, eles devem reconhecer que a dor emocional que estão experimentando não é a sua própria dor, mas a da outra pessoa (KROL; BARTZ, 2021).

Hoffman (2000) sustenta que a empatia e a preocupação com os outros são vitais para a sobrevivência dos seres humanos e que agregam qualidade de vida e riqueza às interações sociais. No entanto, ele também reconhece o inevitável conflito entre interesses próprios e obrigações sociais.

Embora aclamada por pesquisadores de várias disciplinas, a empatia também recebe críticas que enfatizam seu lado sombrio. Tal fato é atribuído a tendência de a empatia ser vítima dos chamados preconceitos do "aqui e agora", como o fato de tender a simpatizar mais facilmente com pessoas atraentes, pessoas próximas, entre outros fatores que influenciam a percepção do mundo social e que permitem divisões sociais. O que parece, à prima facie, ser incompatível com a postura mais imparcial exigida pela perspectiva moral (STUEBER, 2019).

A partir da década de 50, quando a empatia passa a ter um papel fundamental no sucesso terapêutico, pesquisadores começam a desenvolver métodos para avaliar o nível de empatia. Desde então, uma série de instrumentos, vem sendo desenvolvidos, dentre os quais se destacam os que envolvem a utilização de índices fisiológicos (verificação da condutibilidade e da temperatura da pele e monitoramento das frequências cardíaca e respiratória). Assim como, índices somáticos (análise das expressões faciais e dos gestos), histórias ilustradas (por fotos, figuras ou gravações

em vídeo), questionários e escalas de auto-avaliação e, neuroimagens funcionais (SAMPAIO et al, 2009).

Segundo os psicólogos, a capacidade empática pode ser diferenciada entre medidas de empatia situacional e empatia disposicional. Na avaliação da empatia situacional mensura-se reações empáticas em uma situação específica. Já a medida de empatia disposicional relaciona-se a um traço de caráter estável de uma pessoa.

Stueber (2019) refere que a empatia disposicional tem sido medida confiando na aplicação de vários questionários associados a escalas de empatia específicas. Esses questionários refletem a multiplicidade de concepções de empatia em psicologia, uma vez que cada um se entende como operacionalizando uma definição diferente desse mesmo conceito. A escala desenvolvida por Davis, em 1983, trata a empatia sob uma abordagem multidimensional, incluindo tanto os componentes cognitivos quanto componentes afetivos; como um “conjunto de construtos, relacionados no sentido de que todos dizem respeito à responsividade dos outros, mas também são claramente discrimináveis entre si” (DAVIS, 1983).

Uma outra escala utilizada para avaliação de empatia, voltada para o contexto da educação médica e do cuidado ao paciente é a escala de Jefferson. Segundo a concepção desse instrumento no contexto dos cuidados de saúde, a empatia deve ser avaliada em seu “atributo cognitivo (em oposição ao afetivo), que envolve uma compreensão das experiências e perspectivas internas do paciente, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão ao paciente” (HOJAT, 2002). Para os autores dessa escala, pesquisadores da Jefferson Medical College, a principal característica da empatia, é a compreensão ao invés do envolvimento afetivo com as experiências dos pacientes. O domínio afetivo é um componente-chave da simpatia, ao invés da empatia (HOJAT, 2002).

Para esta dissertação, foi adotada a escala de Davis (1983), traduzida e validada no Brasil por Sampaio e colaboradores (2011), com o nome de escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) por abordar o conceito multidimensional da empatia.

Na literatura médica atual, segundo Trzeciak (2019) citado por Decety (2020) a empatia é apresentada como o alicerce de uma medicina humanística que oferece muitos benefícios aos pacientes e seus profissionais, como diagnóstico e tratamento mais precisos, maior satisfação e adesão do paciente, menor incidência de

reclamações e ações judiciais e níveis mais baixos de esgotamento e estresse entre os profissionais da medicina.

Em Hojat (2002), a empatia aplicada à medicina é definida como a capacidade de compreender o sofrimento e as preocupações de um paciente combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão e a intenção de ajudar. Desta forma habilidades como tomada de perspectiva, consideração empática, e compaixão na medicina contemporânea são de suma importância para a prática clínica e mecanismos biológicos específicos explicam seus efeitos positivos nos pacientes. (DECETY, 2020).

No entanto, de acordo com Assing Hvidt et al (2019), várias pesquisas que medem a empatia no contexto da educação médica, apontam um declínio significativo na empatia entre os estudantes de medicina à medida que seu treinamento avança. Vários fatores têm sido sugeridos como contribuintes para o aumento do distanciamento emocional entre estudantes de medicina e os pacientes: aumento da pressão, muito estudo, aumento no intervalo dos encontros com pacientes e uma maior conscientização dos protocolos e tecnologias da medicina baseada em evidências, entre outros (SHAPIRO, 2009).

Da mesma forma que se observa o declínio de empatia, tem-se observado o declínio de outras virtudes ao longo da formação médica. Kamijo et al (2021) demonstram que a maioria dos estudantes afirmam ser o altruísmo como uma das principais razões para a escolha da formação em medicina, mas essa preferência pelo altruísmo declina显著mente durante o internato.

Para Howick e Rees (2017), a medicina baseada em evidências tem tentado, com sucesso variável, garantir que novas intervenções produzam mais benefícios do que danos. No entanto, o foco na medicina baseada em evidência vem acompanhado da preocupação com realização de exames, protocolos de tratamentos e metas. Tal fato, acaba fazendo com que o valor terapêutico do encontro clínico, muitas vezes, fique em segundo plano. Com isso, na falta de uma abordagem empática, os profissionais da medicina arriscam prejudicar os pacientes ao tomar decisões que podem não ser congruentes com as do paciente.

Por outro lado, estudos de neuroimagem funcional de profissionais de saúde, projetados para examinar padrões de ativação cerebral em resposta a situações de indução de empatia, segundo Decety (2020), trazem clareza teórica aos mecanismos neurocognitivos que fundamentam a sensibilidade interpessoal, empatia emocional,

empatia cognitiva e cuidado. Esses componentes são relativamente independentes, mas frequentemente interagem e estão profundamente entrelaçados na estrutura do cérebro, sugerindo que cultivar a consideração empática ou a compaixão na medicina de hoje é mais importante do que outro aspecto da empatia, como experienciar e introspeção vicariamente sobre as emoções dos pacientes (DECETY, 2020).

No âmbito da filosofia, uma importante reflexão sobre empatia nos é trazida por Edith Stein, filósofa fenomenóloga do início do século XX, em seu livro “Sobre o problema da empatia” (2004), quando afirma que a empatia é uma vivência *sui generis*, pois, diz respeito à vivência de outra pessoa e não própria:

Quando uma vivência alheia emerge diante de mim, eu estou diante dessa vivência como diante de um objeto (por exemplo a expressão que “leio” na face de alguém), mas, quando procuro as tendências implícitas nessa expressão, ou seja, quando tento colher o sentido da doação dessa vivência não é mais um objeto no sentido estrito do termo, pois a vivência me transfere para dentro dela mesma. Nesse momento, não estou mais voltado para a vivência, mas sou envolvido por ela e me volto para o seu objeto, que é o estado de ânimo alheio. Torno-me o seu sujeito; coloco-me no seu lugar. Em outras palavras, pela empatia, não vivo a experiência do outro pois esta vivência é absolutamente pessoal, intransferível, mas vivencio o objeto que ele vivencia, o objeto de sua experiência (STEIN, 2004, p. 26).

O encontro empático como concebido por Stein, consiste em um processo de três níveis e o empatizador não precisa percorrer todos eles, podendo parar em um nível inferior, dependendo da situação ou de seu interesse em aprofundar-se na vida experencial do outro (STEIN, 2004, p. 27).

No primeiro nível, “a aparição da vivência”, a experiência vivida pelo outro emerge diante do empatizador. Pode-se exemplificar este nível como a face de dor do paciente observada pelo profissional da medicina. O segundo nível corresponde, “a explicitação da vivência”, onde o empatizador colhe o objeto (sentido) da vivência. Neste nível o profissional da medicina interpreta a fisionomia do paciente e entende que está relacionada à dor. E finalmente no terceiro nível, “a objetivação compreensiva da vivência explicitada”, o profissional da medicina está apto para ajudar uma vez que compreendeu o que está acontecendo com o paciente com dor. No primeiro e o terceiro nível, a vivência apresentada é não originária, ou seja, está relacionada ao outro (STEIN, 2004, p. 27).

O terceiro nível como refere Donoso-Sabanto (2014) “é muito importante no ato médico para superar a emoção gerada pela situação e poder prestar a ajuda adequada”. É o momento de entender, tanto o aspecto físico, como emocional e

espiritual do paciente, porém, direcionando os sentimentos que emergem do encontro clínico, para consideração empática ao invés de angústia pessoal.

Stein (2004, p. 27) esclarece que o sujeito da vivência empatizada não é o mesmo sujeito que cumpre o ato empatizador. Em medicina, médico e paciente são sujeitos diferentes e a vivência do sujeito empatizador (médico) não é sua originária, ou seja, não diz respeito ao médico e sim ao paciente e, portanto, diferente de outros atos de conhecimento, como recordação, esperança e fantasia que são originários. Isto torna a empatia um tipo de ato experencial *sui generis*.

Como refere Donoso-Sabanto (2014) “se a empatia é a experiência da consciência dos outros, ela deve se desenvolver na alteridade, isto é, entre diferentes *eus*”. Portanto, cada uma das partes envolvidas no ato empático deveria ser entendida como uma unidade psicofísica complexa, corpo e alma inter-relacionados e interdependentes. Segundo Stein (1917), “não pode haver alma humana sem mim, e não pode haver self humano sem alma”. Tal compreensão proporcionaria elementos que, juntamente com o conhecimento do profissional da medicina, dariam uma visão mais completa da realidade do doente (DONOSO-SABANTO, 2014).

Na relação empática, sente-se a existência de outro ser humano, como a si mesmo. É uma apreensão de semelhança e não de identidade. “Nessa relação, reconheço que o outro é “outro como eu” e, procuro entender o que há dentro desse outro” (PERETTI, 2010, p. 202). Dessa forma, o reconhecimento da subjetividade do outro, que se dá por meio do ato empático, coloca o sujeito em condições de estar-com o outro, configurando o acolhimento como acompanhamento do estar-com que por sua vez não é somente conhecimento do outro, mas também “condivisão” da experiência vivida pelo outro, distinguindo o que é originário e não originário (PERETTI, 2010).

Para Barea (2015), a empatia, assim abordada por Stein (1917) “ganha importância enquanto ato que possibilita o entendimento da intersubjetividade, pois além de se distinguir de outros atos de conhecimento, também possibilita o entendimento de outros seres humanos em suas relações”. “As experiências de outrem têm os seus próprios conteúdos qualitativos e motivacionais densos, que exercem uma certa “atração” motivacional sobre o “eu”, nomeadamente para “explicá-los” mais a fundo, de forma a compreendê-los adequadamente” (SZANTO, 2020). Fundamental para uma boa relação médico-paciente.

Como consequência do ato empático, a relação médico-paciente pautada em uma perspectiva eminentemente técnica seria reorientada para um encontro pautado em uma ética do cuidado baseada no relacionamento, na conexão humana, na abordagem contextual. Dessa forma, o profissional da medicina trataria o paciente como um indivíduo com os mesmos direitos e deveres de todos os doentes, mas nesta igualdade, ele também seria capaz de reconhecer as diferenças de necessidades individuais de forma integral (DONOSO-SABANTO, 2014).

2.3 HOSPITALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Hospitalidade, para Guimarães e Camargo (2016) é o encontro que evolui para o acolhimento resultando de uma escolha positiva entre aceitar ou não o outro. O outro será aceito se percebido como semelhante e não como ameaçador. Será rejeitado se for percebido como estranho, estrangeiro e ameaçador. A separação entre hospitalidade e hostilidade está baseada em uma avaliação feita em processos afetivos e cognitivos, em percepção empática.

Pessini (2014) vincula o termo hospitalidade à palavra latina *hostes*, que tem origem religiosa associada aos locais que acolhiam peregrinos. Mas a hospitalidade, além de um ato de caridade, apresenta em si um “valor intrínseco” que aponta para os fins e os meios da vida humana. Para Pessini, é a partir do mundo dos valores que o mundo dos deveres ganha sentido no âmbito da ética e, portanto, afirma que a hospitalidade não é somente um valor, mas também um dever, e como tal, um compromisso moral (PESSINI, 2014, p. 448).

Segundo Diego Gracia (2010) citado por Pessini (2014, p. 450) “O valor da hospitalidade identifica-se com o valor da promoção da qualidade e da excelência no mundo da assistência em saúde”. A hospitalidade deve tornar-se sinônima de qualidade total, ou de excelência, tanto na ordem técnico-científica quanto na perspectiva humana e ética nas instituições de saúde.

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém.

Para a Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS é exatamente este sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que é buscada como

acolhimento (BRASIL, 2009). O acolhimento deve ser entendido, como diretriz ética/estética e política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Não deve ser limitado ao problema da recepção da demanda. Portanto, só ganhará sentido se for compreendido como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que é passível de ser aprendido e trabalhado em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Assim, para o programa Humaniza SUS o acolhimento não é visto como um espaço ou um local, mas sim como uma postura ética; onde não existe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente no compartilhamento de saberes, angústias e intervenções. Quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para cada caso em questão. Desse modo diferencia-se da triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento ou hospitalidade representa, em termos teóricos, um avanço significativo na humanização dos cuidados de saúde, pois, proporcionar atitudes de hospitalidade é importante para o processo de cuidado (KELLY, 2016). A aplicação na prática clínica, tanto da ética da hospitalidade de Derrida, quanto da ética de alteridade proposta por Lévinas, constitui uma possibilidade de aumentar a qualidade moral das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes (FLORIANI; SCHARAMM, 2010).

2.4 EMMANUEL LÉVINAS E A ÉTICA DE ALTERIDADE

A escolha de Emmanuel Lévinas para fundamentação teórica, se dá pelo fato da ética da alteridade, ter fundamental relevância na humanização dos cuidados em saúde.

Emmanuel Lévinas, nasceu na Lituânia em 1906, onde completou seus estudos secundários. Emigrou para a França onde realizou seus estudos filosóficos,

aprofundando-se na fenomenologia com Hurssel e Heidegger. Vivendo em um século que conheceu os horrores dos campos de concentração, é comumente referido como filósofo da ética da alteridade. “É um fenomenólogo que se propõe à tarefa de descrever a humanidade do homem e, ao fazê-lo, inaugura uma nova teoria da subjetividade que culmina no que chamamos de ética da alteridade” (CARBONARA, 2020, p. 314).

“Segundo Lévinas, quando o outro é percebido como alteridade torna-se *absolutamente outro*, incompreensível, transcendente e incontornável, fonte das grandes experiências de vida e base genuína da ética” (CARNEIRO, 2014 grifo do autor). Carneiro (2014) refere que os termos rosto, alteridade, infinito, totalidade, outro e mesmo, são chamados de categorias levinasianas e relacionam-se de forma a demonstrar as falhas da filosofia ocidental. Segundo Emmanuel Lévinas, tal filosofia desconsidera a alteridade do Outro, que desta maneira, somente é aceito se for reduzido à “minha cultura”, “minha religião”, “minha ideologia”, “minha filosofia” ao “meu mundo”.

Esta forma de pensar, que entende o mundo a partir de si mesmo, negando a alteridade do Outro, justifica a guerra e a violência, uma vez que este Outro, representa ameaça para uma compreensão de um mundo egocêntrico e reduzido. “Este pensamento que buscava totalizar todas as coisas foi chamado por Lévinas de pensamento totalizante” (CARNEIRO, 2014).

A totalidade, para Lévinas em sua obra “Totalidade e infinito”, segundo Souza (2020, p. 215), “submete os humanos a uma universalidade impessoal e desumana, e aponta o problema de se tentar criar o semelhante, gerando uma multidão de mesmos”. Em medicina, um exemplo dessa abordagem totalizante, é dado quando se nomeia pacientes, não como indivíduos e sim como doenças (a pneumonia do leito 301, pacientes da ala respiratória, entre outras) e, portanto, práticas que promovem a desumanização.

Como abordado por Carneiro (2014), para Lévinas “Se o sofrimento do Outro não me afeta, é porque ele está reduzido à Totalidade, fato que me impede de ver seu Rosto”. Sendo assim, quando o profissional da medicina se refere ao paciente como “pneumonia do leito 301”, deixa de ver o paciente com toda sua singularidade e necessidades. Mas quando este paciente, este Outro, que sempre será um estrangeiro, ainda que seja irmão, ou conhecido passa a ser visto como pessoa, esta

visão do Outro nunca antes percebida, rompe essa Totalidade. Desta maneira, o profissional da medicina deixa de ficar “*lado a lado*” para vivenciar o “*face a face*”.

Diante de uma crise que questiona o humanismo e, com isso, o sujeito, “Emmanuel Lévinas elabora uma filosofia da subjetividade que justifica o Eu, não mais em si mesmo, mas a partir da abertura ao outro” (CARBONARA, 2020, p. 314).

O Outro que está diante de mim não está incluído na totalidade do ser expresso. Ele ressurge por de trás de toda reunião do ser, como aquele para quem eu exprimo isto que exprimo. Eu me encontro diante do Outro. Ele não é nenhuma significação cultural, nem um simples dado. Ele é primordialmente sentido, pois ele o confere à própria expressão, e é por ele somente que um fenômeno como o da significação se introduz, de per si, no ser (LÉVINAS, 2012 p.50).

O livro “Humanismo do outro homem” foi composto por três ensaios, “significação e sentido”, “humanismo e anarquia” e “sem identidade”. Nesse livro Lévinas aborda o humanismo, baseando-se na compreensão do rosto do outro. A expressão de sua existência é rosto que interpela e fita, com o qual não se pode identificar plenamente sob pena de reduzir a alteridade ao “mesmo”. “Nesse sentido, em Lévinas, há uma forte teoria da subjetividade que não mais fundamenta o sujeito na sua consciência e na universalização da razão, mas, que é saída da consciência para o acolhimento a outrem” (CARBONARA, 2020, p. 314).

Segundo Carbonara (2020, p. 316), “a subjetividade em Lévinas só é possível em um eu corpóreo satisfeito que goza de vida feliz”, estando a subjetividade estruturada a partir do corpo e suas sensações ao invés da consciência.

Desejo do Outro como necessidade daquele que não tem mais necessidades, que se reconhece na necessidade de um Outro que é Outrem, que não é nem meu inimigo (como Hobbes e Hegel), nem meu “complemento”, como o é ainda na República de Platão [...]. O desejo do Outro – a socialidade – nasce num ser que não carece de nada ou, mais exatamente, nasce para além de tudo o que lhe pode faltar ou satisfazê-lo. (LÉVINAS, 2012, p. 48).

Pela sensibilidade, o Eu, egocêntrico, volta-se à exterioridade e passa a desejar o que não mais pode ser possuído e causar satisfação. “Agora o Eu está aberto para acolher o estranho, o separado, o mistério. E aqui a ética inaugura-se: o Outro, como mistério, mostra-se como Rosto e esse rosto é vestígio do Infinito” (CARBONARA, 2020, p. 320). Este acolhimento incondicional do Outro como mistério funda a ética, que nasce antes na sensibilidade e só depois toma forma na razão inaugurando-se

como “sensibilidade que se deixa afetar pelo Rosto do Outro antes de qualquer intencionalidade da consciência” (CARBONARA, 2020, p. 320). “O acolhimento é a resposta responsável ao Outro a partir de uma sensibilidade afetada.” levando segundo Carbonara (2020, p. 320) a uma ruptura com as teorias da consciência e que só é possível a partir da epifania do Rosto do Outro.

Segundo Lévinas (2012, p. 50), “a epifania do Outro comporta uma significação própria, independente da significação dada pelo mundo”. O Outro surge não apenas do contexto, mas, sem esta mediação, significa por si mesmo, e sua aparição é também rosto, e a epifania do rosto é *visitação*. Visitação que desconcerta, responsabiliza”. O Rosto do Outro que me apela, e ao qual respondo responsávelmente, instaura em mim a humanidade.

A subjetividade, tal como pensada por Lévinas, e abordada em “Humanismo do outro homem” é primeiro sensibilidade e acolhimento – como linguagem – do que razão e consciência. “Trata-se de subjetividade como passividade, possível apenas a partir do Outro. Assim, a relação que a linguagem proporciona é acontecimento inaugural do humano: daí humanismo do outro homem” (CARBONARA, 2020 p. 324).

Em sua obra “Entre nós - ensaios sobre alteridade” Lévinas (2004), aborda a responsabilidade que a visão do Rosto implica, fazendo referência à relação de desigualdade na qual o Outro se encontra e o apelo a não violência:

[...] a relação ao Rosto é, ao mesmo tempo, relação ao absolutamente fraco – ao que está absolutamente exposto, o que está nu e o que está despojado, é a relação com o despojamento e, por conseguinte, com o que está só e pode sofrer o supremo isolamento que se chama morte; por isso, há sempre no Rosto de Outrem a morte e, assim, de certa maneira incitação ao assassinato, tentação de ir até o fim, de negligenciar completamente outrem – e, ao mesmo tempo, e esta é a coisa paradoxal, o Rosto é também o “Tu não matarás”. Tu não matarás que também se pode explicar muito mais: é o fato de eu não poder deixar outrem morrer só, há como um apelo a mim; a relação com outrem não é simétrica, não é absolutamente como em Martin Buber, quando digo Tu a um Eu (Je) a um eu (moi)[...] pouco me importa o que Outrem é em relação a mim, isto é problema dele; para mim, ele é antes de tudo aquele por quem eu sou responsável” (LÉVINAS, 2004, p. 144-145).

Souza, Ribeiro e Facury (2020, p. 215) referem que “a suscetibilidade a ser ferido instaura o dever de não ferir e fundamenta a ética como relação não violenta, com destaque para a necessidade de cuidar. Desta forma um princípio se impõe à consciência como dever, e a vulnerabilidade passa a formular obrigação moral.”

Assim constituída a obrigação moral, impõe a proteção dos mais frágeis, de maneira particular e o reconhecimento de que todas as pessoas no sentido universal, são vulneráveis, implicando, além da solicitude para salvaguardar a dignidade humana, abster-se de qualquer prejuízo. “É este o sentido de cuidado presente na filosofia de Emmanuel Lévinas” (SOUZA; RIBEIRO; FACURY, 2020, p. 215).

2.5 JACQUES DERRIDA E A ÉTICA DA HOSPITALIDADE

A influência de Derrida (1930 – 2004) nos estudos de hospitalidade é inegável, sendo referenciado por diferentes autores nacionais e internacionais. Nascido em El-Biar, Argélia, antiga colônia francesa, no berço de uma família judia sefardita, cresceu em meio à guerra e aos conflitos decorrentes da colonização.

Jacques Derrida foi o criador da teoria da desconstrução, divulgada inicialmente nos anos 60 e membro fundador do Parlamento Internacional de Escritores (atual International Network of Citeis of Asylum - INCA) “integrando o primeiro congresso das cidades-refúgio (1996), cujo objetivo era a constituição de uma rede de cidades-refúgio e a elaboração de uma Carta que fundamentasse as condições de acolhimento aos escritores perseguidos” (BASTOS, 2016).

Diante da complexidade de sua obra, não se pretende esgotar o pensamento do autor nos próximos parágrafos, mas somente investigar os aspectos pertinentes à humanização, valendo-se de seu conceito de hospitalidade e desconstrução.

A desconstrução consiste em uma forma de criticar não apenas os textos literários e filosóficos, mas também as instituições políticas e sua popularidade indica a ampla influência dos pensamentos de Derrida, na filosofia, na crítica literária, na arte e, em particular, na teoria arquitetônica e na política (LAWLOR, 2021). Trata-se de uma metodologia que propõe uma análise particular dos textos, uma estratégia de leitura que possibilita uma nova apreensão do cânon filosófico, desenvolvida pelo pensador (PARIS, 2019).

Segundo Comandulli (2016, p. 66-67) a desconstrução proposta por Derrida:

[...] questiona o poder que o discurso totalizante e racional tem de ao ser enunciado já instaurar uma verdade própria e estabelecer dicotomias, como por exemplo, certo e errado, bem e mal, legítimo e ilegítimo, racional e irracional, discurso e escrita, eu e outro. Partindo do princípio de que inexiste uma verdade absoluta, Derrida acredita na necessidade de se desconstruir o discurso e se assumir uma postura ética e política.

A desconstrução, conforme concebida por Derrida, também é uma maneira de dar voz aqueles que estão à margem do discurso, ignorados dentro dos significados que os conceitos abarcam. “Nesse sentido, a chegada de um estranho, o estrangeiro, é um elemento novo que desarruma a ordem das coisas e força um novo arranjo do ambiente familiar, da cidade e do país” (COMANDULLI, 2016, p.69).

A hospitalidade implica no desafio da aceitação do desconhecido, pois acolher o outro é sempre uma surpresa. O estranho pode representar ameaça à segurança de quem o acolhe, e por outro lado, ao ser recebido, este estranho pode sofrer ameaça de ser transformado no mesmo, de não ter preservada a sua cultura, seus laços de pertencimento, sua identidade e sua diferença.

Pensada eticamente, a hospitalidade envolve questões problemáticas que tencionam a relação entre a identidade do mesmo, a diferença do outro e a alteridade. “Nesse encontro entre o mesmo e o outro, entre hóspede, quando aceito como tal, e o hospedeiro pode dar origem a um ritual de amizade e de vínculo humano ou, ao contrário, de agressão e de hostilidade” (COMANDULLI, 2016, p. 10)

Derrida, segundo Meneses (2012), argumenta que “todos somos estrangeiros, no próprio país de origem, uma vez que a residência, neste mundo, é provisória”, defendendo a hospitalidade das minorias vulneráveis, como compromisso ético. “Acolher é uma prática ética, que requer, antes de mais, o reconhecimento do Outro pela sua existência, pela sua dignidade e pelas suas necessidades, sendo marcado pela diferença” (MENESES, 2012, p. 43).

A hospitalidade incondicional corre o risco de se tornar utópica se não partir de um contexto, onde, pode acrescentar nuances de singularidade que contemple a abertura ao outro absoluto, ao diferente, ao estranho, compreendida em “uma hospitalidade inventada pela singularidade do que chega” (DERRIDA, 2003, p. 75).

Porque para ser o que ela *deve* ser, a hospitalidade não pode pagar uma dívida, nem ser exigida por um dever: grátis, ela não “deve” abrir-se ao hóspede nem “conforme o dever”, nem mesmo, para usar ainda a distinção kantiana, “por dever”. Essa lei incondicional da hospitalidade, se se pode pensar nisso, seria então uma lei sem imperativo, sem ordem e sem dever. Uma lei sem lei, em suma. Um apelo que manda sem comandar. Porque, se eu pratico a hospitalidade *por* dever [e não apenas *em conformidade com o dever*], essa hospitalidade de quitação não é mais uma hospitalidade absoluta, ela não é mais graciosamente oferecida para além da dívida e da economia, oferecida ao outro, uma hospitalidade inventada pela singularidade do que chega, do visitante inopinado.

Para Derrida (2003, p. 75) hospitalidade é acolher de forma inventiva, acrescentando algo de quem vem a sua casa, de quem vem a si, inevitavelmente,

sem convite. Dessa maneira, a hospitalidade condicional, a de direito uma vez constituída por normas ou políticas, pode ser discutida, moldada ou desestruturada, para que de fato venha a ser acolhedora.

Como brevemente abordado anteriormente, a ética da alteridade de Lévinas propõe o acolhimento irrestrito e a responsabilidade infinita ao outro. Deslocar a hospitalidade do âmbito condicional para o incondicional, segundo Comandulli (2016, p. 9) “significa transpor as barreiras legais e geográficas que o direito, os acordos, os tratados e convenções dos Estados impõem e decidir pela lei não escrita da hospitalidade, a lei da acolhida absoluta”.

A ideia de “hospitalidade incondicional” de Derrida, significa deixar os outros entrarem de qualquer maneira, sem pedir-lhes papéis, sem julgá-los, mesmo quando estão sem ser convidados. Todos devem ser tratados como amigos e não como inimigos que devem ser expulsos ou exterminados, porém, a hospitalidade incondicional é perigosa, e, sua impossibilidade requer críticas e, portanto, ser desestruturada (LAWLOR, 2021). Segundo Derrida (2003, p. 25):

A lei da hospitalidade absoluta manda romper com a hospitalidade de direito, com a lei ou a justiça como direito. A hospitalidade justa rompe com o a hospitalidade de direito; não que ela a condene ou se lhe oponha, mas pode, ao contrário, colocá-lá e mantê-lá num movimento incessante de progresso; mas também lhe é tão estranhamente heterogênea quanto a justiça é heterogênea no direito do qual, no entanto, está tão próxima (na verdade, indissociável).

A ética da alteridade de Lévinas, “como alternativa à tradição filosófica do Ocidente, fundamentada no primado da ontologia, foi um referencial para Derrida e marca a intersecção do seu pensamento com o de Lévinas” (COMANDULLI, 2016, p.70). “A hospitalidade tem implícita, em si, o ‘acolhimento’ por parte do Outro como sua ‘construção’” (MENESES, 2013). Desta forma em medicina, a hospitalidade implica para o profissional se desestruturar para acolher o paciente de forma que ele se sinta à vontade durante o atendimento, adaptando a forma de se expressar, de estabelecer contato, de examinar, realizando políticas públicas que privilegiam os excluídos.

3 METODOLOGIA

3.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter observacional, transversal, descritivo e analítico, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob parecer de número 3.271.123/2019, CAAE11017519.5.0000.0020 que envolveu 143 profissionais da medicina atuantes na assistência em saúde em diferentes especialidades e estados brasileiros que concordaram em responder o instrumento de pesquisa online encaminhado por grupos de WhatsApp.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Uma vez aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os profissionais médicos, foram convidados para participação da pesquisa através de uma mensagem distribuída nos grupos de WhatsApp das redes de contatos das pesquisadoras. A mensagem trazia uma breve explicação sobre a pesquisa com o convite para conhecer mais sobre a mesma a partir de um link do *google forms* que dava acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A cada participante foi solicitado que o convite fosse encaminhado para outro/as médico/as da rede de contatos do convidado/participante, utilizando-se o método de coleta de dados conhecido como bola de neve virtual (COSTA, 2018).

Dessa forma, a amostra é autogerada, contando com a colaboração voluntária do(s) membro(s) inicial(is) e dos subsequentes, sendo, assim, uma amostragem não probabilística, pois, mesmo que seja definida matematicamente a quantidade de pessoas a serem pesquisadas, nem todos os elementos da população-alvo têm a mesma possibilidade de serem atingidos pelas indicações (COSTA, 2018, p. 19).

Após o aceite digital do TCLE, os participantes eram encaminhados para uma janela com o instrumento de pesquisa, constituído de informações sócio demográficas e duas escalas: a escala Índice interpessoal Reatividade (IRI) de Davis (1980) (escala de empatia), traduzida e validada no Brasil por Sampaio e colaboradores (2011) com o nome de escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) e a escala axiológica de Hospitalidade (escala dos valores éticos relacionados à prática profissional) de González-Serna e colaboradores (2017).

A escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) é uma escala de fácil aplicação, composta por 26 itens que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia; todas as respostas são obtidas em uma escala Likert que varia de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente) e dividida em quatro subescalas independentes, uma para cada dimensão: Angústia Pessoal, Consideração Empática, Tomada de Perspectiva e Fantasia. A Angústia Pessoal e Consideração Empática estão relacionadas com experiências afetivas, enquanto a Tomada de Perspectiva e Fantasia referem-se a experiências cognitivas (ANEXO A e B). A subescala da dimensão Angústia Pessoal mede sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos, avaliando as sensações efetivas de desconforto, e desprazer dirigidas para o *self*, quando o indivíduo imagina o sofrimento de outrem e está composta por 6 itens. A subescala da Consideração Empática, formada por 7 itens, mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro. Esta dimensão relaciona-se aos sentimentos dirigidos aos outros e a motivação para ajudar pessoas em necessidade, perigo ou desvantagem. Já a subescala Tomada de Perspectiva que compreende o aspecto cognitivo da empatia, mede a capacidade cognitiva do indivíduo de se colocar no lugar das outras pessoas, reconhecendo e inferindo o que elas pensam e sentem, e é composta por 6 itens. Na subescala da Fantasia, com 7 itens, avalia-se a propensão da pessoa em se colocar em situações fictícias, como a tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de filmes e/ou personagens.

A característica mais marcante deste instrumento é que ele permite medir tanto o aspecto cognitivo quanto a reação emocional do indivíduo ao adotar uma atitude empática. Apesar de Davis (1980) declarar que as respostas a todos os itens não devem ser normalmente somados em uma única pontuação de empatia (empatia total), pois este fato pode obscurecer a influência que cada dimensão separada pode ter sobre comportamento empático, para as análises de correlação, foram utilizados neste estudo, os escores de empatia total.

A Escala Axiológica de Hospitalidade (GONZÁLEZ-SERNA et al, 2017) é uma escala composta por 17 itens que descrevem valores éticos para boa prática profissional, ou seja, o ideal para o bem do paciente. Todas as respostas são obtidas em uma escala Likert que varia de 0 (não é importante para uma excelente prática clínica) a 7 (totalmente importante para uma excelente prática clínica); sendo o

intervalo entre 1 a 6 (relativamente importante para excelente prática clínica com importância de 1 a 6). Os 17 itens estão divididos em quatro subescalas independentes, uma para cada dimensão (Responsabilidade, Respeito, Cuidado Transpessoal, Qualidade), vide anexo C e D.

A subescala da dimensão Responsabilidade avalia a capacidade para reconhecer e aceitar as consequências de uma ação livremente realizada, e é composto pelos valores que representam a aceitação do atendimento personalizado e próximo do usuário. A subescala da dimensão Respeito é composta de valores que representam o respeito pela vida, pela autonomia do usuário e pelo tratamento justo. Já a subescala da dimensão Cuidado transpessoal avalia o cuidado que tenta conectar e abraçar o espírito ou alma dos outros através dos processos de cuidado e de tratamento e envolve os valores que representam a capacidade de projeção pessoal em relação ao usuário, com uma motivação altruísta e um cuidado diligente. A subescala da dimensão Qualidade consiste na propriedade ou conjunto de propriedades inerentes a algo, que nos permitem julgar seu valor, sendo composta por valores que representam uma ação do profissional baseada na competência e autonomia profissional, bem como um conceito geral e amplo de qualidade que engloba outros elementos estruturais ou processuais da mesma.

Os escores de hospitalidade podem ser interpretados conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2–Interpretação da estimativa dos valores éticos para prática profissional associado as dimensões de hospitalidade

Valores éticos	Alto	Médio	Baixo
Dimensões de Hospitalidade			
Hospitalidade total	86 – 119 pontos	51 - 85 pontos	0-50 pontos
Responsabilidade	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos
Respeito	26-35 pontos	11-25 pontos	0-10 pontos
Cuidado transpessoal	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos
Qualidade	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos

Fonte: pesquisadora, 2020

Os participantes, médicos, receberam as instruções para responder ao questionário, cujo aceite foi vinculado ao TCLE, através do *google forms*. Eles também

foram assegurados da confidencialidade e anonimato dos dados obtidos, assim como da voluntariedade de sua conclusão (APÊNDICE 1).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

O programa estatístico SPSS, versão 20.0, foi utilizado para armazenamento de dados, tabulação e análise estatística. O teste de T de Student foi utilizado para testar as diferenças estatísticas entre as médias dos escores das escalas de empatia e de hospitalidade e suas comparações conforme: sexo, formação prévia em valores, vivência de situações estressantes no último ano e campo de atuação (pediatria ou adulto). O teste de Anova One-way foi realizada em associação ao teste post-hoc de Bonferroni, a fim de avaliar as diferenças estatísticas nos escores médios das escalas de empatia e de hospitalidade entre as áreas de atuação (clínica e especialidades, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia, outros). Para as correlações entre os escores das escalas de empatia e hospitalidade foi realizado o teste de Pearson bicaudal. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para o valor de p menor que 0,05.

4 RESULTADOS

Os questionários foram aplicados para 143 profissionais da medicina atuantes na assistência em diferentes áreas/especialidades e estados brasileiros. A idade média dos profissionais foi $45,2 \pm 11,73$ variando entre 24 e 73 anos com tempo de atuação de 3 meses a 47 anos, sendo a média de $18,2 \pm 11,8$. As demais características gerais dos entrevistados estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela1. Características gerais de 143 profissionais da medicina participantes da pesquisa, Brasil, 2020.

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	95	66,43
Masculino	48	33,57
AREA DE ATUAÇÃO		
Clínica Médica e Especialidades*	49	34,27
Pediatria	47	32,87
Obstetrícia e Ginecologia	21	14,68
Cirurgia	17	11,88
Radiologia e Diagnóstico por imagem	06	4,20
Outros (Ortopedia e Anestesiologia)	03	2,10
CAMPO DE ATUAÇÃO		
Adulto	96	67,13
Pediatria	47	32,87
TIPO DE VÍNCULO		
Público	30	20,98
Privado	24	16,78
Público e Privado	89	62,24

* HOMEOPATIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, ONCOLOGIA, REUMATOLOGIA

Fonte: a pesquisadora, 2020.

Na Tabela 2 estão demonstrados os escores de empatia total e suas dimensões como resultado das respostas ao questionário aplicado em 143 profissionais da medicina. Pode-se notar que o escore médio de Angústia Pessoal obteve a menor pontuação enquanto a Consideração Empática foi a dimensão que mais pontuou, além da dimensão Empatia Total que resulta da soma de todas as outras médias.

Tabela 2. Escores de Empatia Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala de Empatia em profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Empatia total	143	56	123	93,01	13,613
Angústia Pessoal	143	6	30	16,19	4,984
Consideração empática	143	16	35	28,94	4,112
Tomada de perspectiva	143	14	30	24,29	3,391
Fantasia	143	10	36	23,59	5,827

Fonte: pesquisadora, 2020.

Na correlação entre os escores de Empatia Total e suas dimensões apresentada na Tabela 3, observou-se que todas as dimensões se correlacionaram positivamente entre si com exceção das dimensões Tomada de Perspectiva e Angústia Pessoal que não se correlacionaram. A correlação foi alta entre Empatia Total e suas dimensões com exceção da Tomada de perspectiva onde a correlação foi moderada, e fraca, entre Tomada de Perspectiva e Fantasia.

Tabela 3- Correlação entre os escores de Empatia Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala de Empatia em 143 profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	Empatia total	Angústia Pessoal	Consideração empática	Tomada de perspectiva	Fantasia
Empatia total	1				
Angústia Pessoal	0,739**	1			
Consideração empática	0,800**	0,420**	1		
Tomada de perspectiva	0,484**	0,013	0,438**	1	
Fantasia	0,858**	0,566**	0,549**	0,228**	1

**Correlação de Pearson bicaudal, significante para o nível < 0,01. Fonte: pesquisadora, 2020.

Quando comparado a relação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre sexos, observou-se que a única dimensão onde não houve diferença significativa foi a Tomada de Perspectiva (Tabela 4) e que em todas as outras, o escore médio de empatia foi maior entre os profissionais do sexo feminino.

Tabela 4 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre sexo feminino e masculino, a partir da aplicação da Escala de Empatia em profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Empatia total	Feminino	95	96,17	12,847	
	Masculino	48	86,75	13,021	< 0,001**
Angústia Pessoal	Feminino	95	17,21	4,929	
	Masculino	48	14,17	4,493	< 0,001**
Consideração empática	Feminino	95	29,79	3,856	
	Masculino	48	27,27	4,129	< 0,001**
Tomada de perspectiva	Feminino	95	24,60	3,372	
	Masculino	48	23,67	3,379	0,121
Fantasia	Feminino	95	24,57	5,666	
	Masculino	48	21,65	5,707	< 0,001**

**Teste T de Student significativo para p < 0,01. Fonte: pesquisadora, 2020.

Na comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre profissionais com alguma ou nenhuma formação em valores, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre profissionais da medicina com alguma ou nenhuma formação em valores, a partir da aplicação da Escala de Empatia, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	Formação previa em valores?	n	média	desvio padrão	valor p
Empatia total	SIM	63	93,76	14,420	
	NÃO	80	92,42	13,003	0,558
Angústia Pessoal	SIM	63	16,51	4,745	
	NÃO	80	15,94	5,181	0,499
Consideração empática	SIM	63	28,98	4,542	
	NÃO	80	28,91	3,789	0,918
Tomada de perspectiva	SIM	63	24,38	3,544	
	NÃO	80	24,21	3,287	0,769
Fantasia	SIM	63	23,89	5,916	
	NÃO	80	23,35	5,781	0,585

Teste T de Student. Fonte: pesquisadora, 2020.

No quesito ter passado por alguma vivência de situação dolorosa ou estressante no último ano, de 83 profissionais de medicina que responderam sim e 60 que responderam não, foi observado diferença significativa apenas nos escores das dimensões Consideração Empática e Empatia Total. Sendo que o escore da dimensão Consideração Empática foi maior entre os profissionais da medicina que responderam sim ao quesito (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre profissionais da medicina com alguma ou nenhuma vivência de situação dolorosa ou estressante no último ano, a partir da aplicação da Escala de Empatia, Brasil, 2020.

Dimensões de empatia	Vivência de situação estressante recente?	N	Média	Desvio padrão	Valor p
Empatia total	SIM	83	95,01	13,041	0,038*
	NÃO	60	90,23	14,005	
Angústia Pessoal	SIM	83	16,60	5,132	0,245
	NÃO	60	15,62	4,755	
Consideração empática	SIM	83	29,72	3,970	0,007**
	NÃO	60	27,87	4,094	
Tomada de perspectiva	SIM	83	24,42	3,640	0,577
	NÃO	60	24,10	3,035	
Fantasia	SIM	83	24,27	5,581	0,102
	NÃO	60	22,65	6,073	

*Teste T de Student significativo para $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Fonte: pesquisadora, 2020.

Os próximos dados, referem-se aos escores de Hospitalidade Total e suas dimensões, que foram interpretados segundo o quadro 2, como valor ético alto para prática profissional em todas as suas dimensões, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7– Escores de Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade em profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de Hospitalidade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Hospitalidade total	143	83	119	108,66	8,072
Responsabilidade	143	15	28	25,52	2,605
Respeito	143	23	35	32,62	2,551
Cuidado Transpessoal	143	14	28	24,73	2,895
Qualidade	143	13	28	25,80	2,415

Fonte: pesquisadora, 2020.

Na comparação destes escores de hospitalidade entre os sexos masculino e feminino (Tabela 8), observou-se diferença significativa apenas na dimensão Cuidado Transpessoal, e com pontuação média maior entre os profissionais do sexo feminino, embora ambas as pontuações sejam consideradas altas como valor ético para prática profissional.

Tabela 8 – Comparação dos escores de Hospitalidade Total e suas dimensões entre os sexos masculino e femininos, a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade em profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de Hospitalidade	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Hospitalidade total	Feminino	95	109,34	7,710	0,162
	Masculino	48	107,33	8,675	
Responsabilidade	Feminino	95	25,80	2,341	0,068
	Masculino	48	24,98	3,010	
Respeito	Feminino	95	32,63	2,548	0,915
	Masculino	48	32,58	2,583	
Cuidado Transpessoal	Feminino	95	25,08	2,728	0,038*
	Masculino	48	24,02	3,111	
Qualidade	Feminino	95	25,82	2,445	0,907
	Masculino	48	25,77	2,381	

*Teste T de Student significativo para $p < 0,05$. Fonte: pesquisadora, 2020.

Quanto ao quesito formação explícita em valores e vivência de situação estressante ou dolorosa no último ano, não se observou diferença significativa nos escores de Hospitalidade Total e suas dimensões.

Na correlação entre os escores das dimensões de hospitalidade, percebemos que todas se correlacionaram positivamente entre si como demonstrado na Tabela 9. No entanto esta correlação é fraca entre as dimensões Qualidade e as outras três dimensões Responsabilidade, Respeito e Cuidado Transpessoal.

Tabela 9 - Correlação entre os escores de Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação da Escala Axiológica de Hospitalidade aos 143 profissionais médicos, Brasil, 2020

Dimensões de Hospitalidade	Hospitalidade total	Responsabilidade	Respeito	Cuidado Transpessoal	Qualidade
Hospitalidade total	1				
Responsabilidade	0,808**	1			
Respeito	0,781**	0,492**	1		
Cuidado Transpessoal	0,858**	0,644**	0,606**	1	
Qualidade	0,618**	0,330**	0,295**	0,322**	1

**Correlação de Pearson, bicaudal significante a nível $< 0,01$. Fonte: pesquisadora, 2020.

Na Tabela 10, demonstra-se os resultados da correlação dos escores das dimensões de empatia com os escores das dimensões de hospitalidade e nela pode-se identificar correlação significativa entre Empatia Total, com todas as dimensões de hospitalidade, exceto com a dimensão qualidade.

Tabela 10 - Correlação entre os escores de Empatia Total e suas dimensões com Hospitalidade Total e suas dimensões a partir da aplicação de suas escalas em 143 profissionais da medicina, Brasil, 2020

Dimensões de Empatia	Dimensões de Hospitalidade				
	Hospitalidade total	Responsabilidade	Respeito	Cuidado Transpessoal	Qualidade
Empatia total	0,340**	0,338**	0,241**	0,371**	0,070
Angústia pessoal	0,106	0,194*	0,023	0,142	-0,048
Consideração empática	0,455**	0,403**	0,291**	0,474**	0,212*
Tomada de perspectiva	0,299**	0,286**	0,301**	0,286**	0,031
Fantasia	0,207*	0,174*	0,163	0,245**	0,038

** Correlação de Pearson, bicaudal, significante a nível < 0,01; * nível < 0,05.

Fonte: pesquisadora, 2020.

A dimensão empática de Angústia Pessoal correlacionou-se significativamente apenas com a dimensão Responsabilidade da escala de hospitalidade. A Consideração Empática se correlacionou com todas as dimensões de hospitalidade. A dimensão fantasia se correlacionou significativamente com a dimensões de hospitalidade total, responsabilidade e Cuidado Transpessoal, já a dimensão Tomada de Perspectiva apenas não se correlacionou com a dimensão Qualidade.

Uma vez estabelecida estas relações para o contexto geral da amostra, analisamos na sequência, a comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões sob a ótica da área de atuação destes profissionais, subdividida em clínica médica, obstetrícia e ginecologia, pediatria, cirurgia e outros (ortopedia e anestesiologia), excluindo o grupo de profissionais que trabalham exclusivamente com radiologia e exames de imagem por não termos certeza do envolvimento com assistência, totalizando uma amostra de 137 profissionais. Observou-se diferença significativa a nível de 0,05 entre as áreas de pediatria e cirurgia, sendo que os pediatras apresentaram um escore mais alto na subescala de angústia pessoal do que os cirurgiões, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 – Comparação dos escores de Empatia Total e suas dimensões entre áreas de atuação, a partir da aplicação da Escala de empatia em 137 profissionais médicos, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	Área de atuação	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Empatia total	Clínica e especialidades	49	92,59	13,752	0,130
	Pediatria	47	95,60	12,936	
	Ginecologia/Obstetrícia	21	94,62	13,181	0,012
	Cirurgia	17	87,24	15,534	
	Outros ¹	3	81,67	7,371	
Angústia pessoal	Clínica e especialidades	49	15,73	4,923	
	Pediatria	47	17,83*	4,556	
	Ginecologia/Obstetrícia	21	15,95	4,566	0,342
	Cirurgia	17	13,29*	4,947	
	Outros ¹	3	13,67	1,155	
Consideração empática	Clínica e especialidades	49	29,39	3,989	
	Pediatria	47	29,13	4,057	
	Ginecologia/Obstetrícia	21	29,24	4,073	0,072
	Cirurgia	17	27,06	5,129	
	Outros ¹	3	27,67	1,155	
Tomada de perspectiva	Clínica e especialidades	49	24,65	3,551	
	Pediatria	47	24,30	2,911	
	Ginecologia/Obstetrícia	21	23,76	3,714	0,072
	Cirurgia	17	24,35	3,445	
	Outros ¹	3	23,33	6,506	
Fantasia	Clínica e especialidades	49	22,82	5,667	
	Pediatria	47	24,34	5,639	
	Ginecologia/Obstetrícia	21	25,67	6,175	0,072
	Cirurgia	17	22,53	6,135	
	Outros ¹	3	17,12	5,568	

Anova unilateral entre grupos. *Teste de Bonferroni com diferença significativa a nível < 0,05.

Outros¹: Ortopedia e Anestesiologia. Fonte: pesquisadora, 2020.

Na comparação dos escores de hospitalidade total e suas dimensões entre as diferentes áreas de atuação, não foi evidenciado diferença significativa.

Uma análise foi realizada com intuito de comparar os escores das subescalas de empatia e hospitalidade subdividindo os profissionais em pediatras e profissionais que atendem adultos. No que diz respeito aos escores de hospitalidade não foi encontrado nenhuma diferença significativa, mas, quando analisados os escores das subescalas de empatia a diferença significativa foi observada na dimensão angústia pessoal, sendo que o escore foi maior entre os pediatras do que entre os profissionais da medicina que atendem adultos (Tabela12).

Tabela 12 – Comparação dos escores de Empatia total e suas dimensões entre profissionais da medicina (n = 137) de acordo com o campo de atuação, a partir da aplicação da Escala de empatia, Brasil, 2020

Dimensões de empatia	Campo de atuação	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
Empatia total (ET)	Adulto	90	91,69	13,975	0,114
	Pediatria	47	95,60	12,936	
Angústia pessoal (AP)	Adulto	90	15,26	4,822	0,003**
	Pediatria	47	17,83	4,556	
Consideração empática (CE)	Adulto	90	28,86	4,234	0,718
	Pediatria	47	29,13	4,057	
Tomada de perspectiva (TP)	Adulto	90	24,34	3,626	0,939
	Pediatria	47	24,30	2,911	
Fantasia (F)	Adulto	90	23,23	6,021	0,298
	Pediatria	47	24,34	5,639	

**Teste T de Student significativo para p < 0,01. Fonte: pesquisadora, 2020.

Uma análise foi realizada para investigar a relação dos escores de empatia e hospitalidade com tempo de atuação, não sendo observada correlação entre tais variáveis na amostra avaliada.

5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir foram discutidos à luz do referencial teórico adotado para este estudo. O objetivo principal buscou analisar, a relação entre empatia e hospitalidade no contexto da humanização da assistência em saúde com enfoque em profissionais da medicina, suas diferentes áreas de atuação, sexo, campo de atuação e como isso pode estar relacionado à sua estimativa dos valores éticos da profissão.

Os dados sobre os escores de Empatia Total e suas dimensões, assim como suas correlações serão abordados a seguir. Por questões didáticas as dimensões de empatia emocional e de empatia cognitiva serão analisadas separadamente, e seguidas pela discussão sobre os fatores que podem influenciar na empatia e hospitalidade.

5.1 ANGÚSTIA PESSOAL E CONSIDERAÇÃO EMPÁTICA (DIMENSÃO EMOCIONAL)

A dimensão Angústia Pessoal obteve o menor escore de empatia, enquanto a dimensão Consideração Empática foi a que mais pontuou. Considerando-se que a angústia pessoal muitas vezes leva ao afastamento da situação de sofrimento vivenciada pelo outro para aliviar o próprio estado de desconforto, e que, a consideração empática está associada ao comportamento pró-social, de ajuda, orientada para o outro (HOFFMAN, 2001; BATSON et al., 1987), é desejável que entre os profissionais da medicina o escore de Angústia Pessoal seja menor que os outros escores, uma vez que esta dimensão pode interferir negativamente na motivação e no comportamento pró-social, necessário no atendimento ao paciente.

Para discutir esses dados, buscou-se na literatura, referências sobre a escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI) aplicado à população brasileira. Este estudo encontrou escores médios semelhantes ao do estudo de Formiga (2014), com exceção da dimensão Angústia Pessoal. A diferença observada, sugere que os profissionais da medicina apresentam menores escores de Angústia Pessoal do que a população brasileira no geral. Tal fato encontra apoio científico nos estudos de Decety (2020), sobre neurociência que tem demonstrado padrões diferentes de resposta neuronais a estímulo de dor quando comparado profissionais da medicina e

grupo controle. Esses estudos sugerem que a experiência adquirida e o conhecimento científico, desempenham um papel importante na maneira como os profissionais da medicina percebem a dor/sofrimento de outras pessoas, exercendo amortecimento da excitação negativa (angústia pessoal), o que teria consequências benéficas para o raciocínio clínico, e, consequentemente, na expressão da consideração empática ou compaixão, diferentemente do grupo controle onde o aumento da atividade neuro-hemodinâmica incluiu ativação de mecanismos de aversão e afastamento do perigo e da ameaça (DECETY, 2020).

Assim como em outros estudos, inclusive os estudos de Davis (1983) as dimensões de empatia se correlacionaram positivamente entre si com exceção das dimensões Angústia Pessoal e Tomada de Perspectiva que não se correlacionaram (tabela 3). Este resultado, está em conformidade com a discussão feita no parágrafo anterior onde foi abordado o fato da angústia pessoal ser um sentimento dirigido ao *self* e, portanto, não influenciar na tomada de perspectiva. Por outro lado, a Angústia Pessoal se correlacionou com a Consideração Empática o que segundo Hoffman (2000) e Batson (1987) pode ocorrer quando o sujeito não pode se distanciar da situação que lhe causa angústia impelindo-o a ajudar com intuito de diminuir esta angústia. No caso dos profissionais da medicina, esta angústia pode ser responsável pela consideração empática e consequente atitude pró-social.

5.2 TOMADA DE PERSPECTIVA E FANTASIA (DIMENSÃO COGNITIVA)

Por outro lado, mas não menos importante, temos a pontuação média dos escores de aspecto cognitivo, Tomada de Perspectiva e Fantasia, também altos. Segundo Davis (1983), alto escore na Tomada de Perspectiva, associa-se com melhor competência social, fato este desejado para profissionais da medicina e que coincidem com os achados deste estudo, os quais devem impactar positivamente na relação médico-paciente como referido por Hojat (2002).

Entende-se que a compreensão da perspectiva do paciente é um fator importante na relação médico-paciente, e que a falha dessa compreensão pode interferir na clareza da comunicação que por sua vez, além de contribuir para a insatisfação do paciente, pode levar, como referido por Beckman et al (1994), ao aumento da judicialização na medicina. Koeche e al (2013) que abordaram a questão da prevalência do erro médico no estado de Santa Catarina, encontraram que a

maioria das denúncias por negligência, foram absolvidas, o que permitiu inferir que a fragilidade da relação médico-paciente, favoreceu denúncias pouco consistentes. Esses autores alertam para a necessidade de “aprimoramento da relação médico-paciente como elemento fundamental de inibição das denúncias evitáveis e pouco consistentes para ensejar condenações” (KOECHÉ et al, 2013, p. 51).

Segundo Riess (2017), muitas vezes durante uma relação médico-paciente pode ocorrer falta de empatia afetiva devido a diferenças raciais, étnicas, religiosas entre outras, e neste aspecto a empatia cognitiva (tomada de perspectiva) se torna fundamental para coibir diferenças no atendimento causadas pelo preconceitos. “Não há lugar para discriminação ou cuidados desiguais oferecidos a pacientes que diferem da cultura majoritária ou da cultura majoritária dos profissionais de saúde” (REISS, 2017).

Para Derrida, a hospitalidade implica no desafio da aceitação do desconhecido. O estranho pode representar ameaça à segurança de quem o acolhe, e por outro lado, ao ser recebido, este estranho pode sofrer ameaça de ser transformado no mesmo, de não ter preservada a sua cultura, seus laços de pertencimento, sua identidade e sua diferença. Nesse sentido, a tomada de perspectiva é uma ferramenta que pode mediar a desconstrução de uma relação médico-paciente tornando a mais empática.

A correlação positiva entre as dimensões de Tomada de Perspectiva e Consideração Empática (Tabela 3), encontra-se justificada nos estudos de Batson (2007) e também de Hoffman (2000). Tais estudos sugerem que a tomada de perspectiva possa levar à empatia afetiva e consequentemente ao comportamento pró-social. Batson (1987), ressalva que o comportamento pró-social, tem como desencadeante a empatia afetiva ao invés da empatia cognitiva, emocionalmente neutra.

Os estudos de Hoffman (2000) propuseram uma sequência de desenvolvimento empático em crianças pequenas. Os achados apontaram que habilidades para tomada de perspectiva, associada a distinção entre o *self* e o outro, levavam à consideração empática. O que lhe permitiu afirmar que “a habilidade de diferenciar o próprio *self* do outro, e atribuir o próprio estado simulado ao alvo, é fundamental para que a empatia afetiva madura ocorra” (HOFFMAN, 1973).

Traçando um paralelo com Stein (2004), encontramos certa semelhança entre o 3º nível de empatia, definido por ela como a “a objetivação compreensiva da vivência

explicitada" (STEIN, 2004, p 27), e a empatia madura (consideração empática) descrita por Hoffman (1973).

Segundo Stein (2004, p. 89) em uma consulta médica, a avaliação dos sinais e sintomas que permitem ao profissional da medicina, o diagnóstico de determinada doença está relacionada ao conhecimento do profissional da medicina e não à empatia. A empatia está relacionada à percepção dos sentimentos que a pessoa doente manifesta. Este reconhecimento seria o primeiro nível de empatia, mas para proporcionar um melhor cuidado, seria necessário avançar dentro do processo empático e desta forma entender sentimentos, relações e assim poder ir além da doença.

A dimensão Fantasia também apresentou escore de empatia alto. A tendência de fantasiar sobre situações fictícias, segundo Stotland (1978), mostraram influenciar as reações emocionais em relação aos outros e subsequentemente no comportamento de ajuda. Tal fato nos permite inferir que escores médio elevados na dimensão Fantasia, como o encontrado nesse estudo, pode relacionar-se com maior disposição para reatividade emocional e sensibilidade para com os outros como observado por Davis (1983) e desejado em os profissionais da medicina.

5.3 FATORES QUE INTERFEREM NA EMPATIA E HOSPITALIDADE

Constatou-se diferença de gênero significativa em quase todas as dimensões de empatia, com as mulheres pontuando substancialmente mais alto do que os homens nas medidas de Angústia Pessoal e Fantasia, não havendo diferença para a dimensão Tomada de Perspectiva o que se correlaciona aos achados de Davis (1980).

Diversos estudos sugerem que existem diferenças de gênero em prestação de cuidados e atitudes empáticas. Evidências de que as mulheres pontuam significativamente mais alto na escala de empatia do que os homens, segundo Hojat (2002), sugerem que médicas podem processar um tipo diferente de cuidado, com base em uma melhor compreensão das experiências e sentimentos do paciente. Este fato reflete inclusive nas questões judiciais, como já mencionado, sendo as médicas menos processadas que os médicos (KOECHÉ, 2003, p. 47)

Outra interpretação para este fato, encontra-se fundamentada nos estudos de Carol Gilligan (1982), sobre a diferença do desenvolvimento moral de mulheres e homens. Em particular, quando afirma que as mulheres tendem a pensar moralmente

em termos de conexão com os outros (relacionamentos) e em termos de se preocupar (responsabilidade por) com aqueles com quem estão conectadas (empatia), enquanto homens, em contraste e de acordo com os estudos de Kohlberg (1984), tendem a pensar mais em termos de princípios gerais de justiça e direitos individuais contra (ou autonomia individual de) outras pessoas.

Segundo Sampaio et al (2009), essas diferenças atribuídas ao gênero podem estar relacionadas à utilização de instrumentos auto-avaliativos, que tendem a sofrer influências da expectativa social e das representações que os participantes têm a respeito dos papéis sociais atribuídos a homens e a mulheres na sociedade.

Como é amplamente conhecido, os autorrelatos podem ser influenciados por uma variedade de fatores interferentes. Eles podem não indicar como a pessoa realmente se sentiu, mas sim refletir o conhecimento de como as outras pessoas esperam que ela se sinta. Eles também podem variar de acordo com a capacidade do indivíduo de verbalizar seus pensamentos (STUEBER, 2019).

No quesito, ter passado por alguma situação dolorosa ou estressante no último ano, foi observado diferença significativa apenas na dimensão Consideração Empática e Empatia Total. Sendo que o escore de consideração empática foi maior entre os profissionais da medicina que responderam sim a este quesito. Esse, resultado vem de encontro com a concepção de Hoffman (1973), onde a empatia à luz de uma variedade de sinais de angústia de outra pessoa decorre de vários modos de excitação. Dentre esses estão a imitação, o condicionamento clássico e a associação direta - onde um simpatiza porque a situação do outro lembra uma experiência dolorosa própria - como mecanismos de "ação rápida e automática" que produzem uma resposta empática (STUEBER, 2019). Isso poderia justificar uma maior pontuação no escore de consideração empática entre os profissionais da medicina que haviam passado por situação estressante no último ano.

Também é possível perceber esta relação em diferentes relatos de profissionais da medicina que mudaram a maneira de atender seus pacientes quando eles próprios passaram pelo processo de serem os pacientes, evidenciando que a mudança de valores se baseou em experiências vividas e que leva a inferir que essas vivências influenciam na dimensão de consideração empática e comportamento pro-social.

Na avaliação dos escores de empatia entre as áreas de atuação, assim como entre médicos de pacientes pediátricos e médicos de pacientes adultos encontramos

diferença significativa nos escores da dimensão de angústia pessoal, sendo mais alto entre pediatras quando comparados com cirurgiões e médicos de pacientes adultos. Sugerindo que a empatia pode variar em nível e tipo de acordo com a especialidade médica. Baseando-se no fato de que pessoas têm níveis de empatia diferentes entre si e de que a empatia é necessária e proporcional à qualidade da relação médico-paciente, podemos inferir que, médicos em especialidades “orientadas para as pessoas” e “orientadas para a tecnologia” apresentaram níveis diferentes de empatia corroborando os resultados encontrados nos estudos de Suartz (2013) e Hojat (2002).

Hojat (2002), mostra em seus estudos que os psiquiatras obtiveram o maior escore de empatia média e que anestesiologistas, ortopedistas, neurocirurgiões e radiologistas receberem o mais baixo. Tal fato não indica necessariamente que haja uma deficiência de empatia em um grupo de baixa pontuação.

Os dados sobre valores éticos para prática profissional apresentados na Tabela 7, foram considerados altos em todas as dimensões de hospitalidade. Esses dados permitem inferir que para os profissionais da medicina estes valores éticos são considerados importantes para a prática profissional.

A avaliação sobre a diferença de hospitalidade entre os sexos masculino e feminino, foi verificado apenas na dimensão Cuidado Transpessoal com as mulheres apresentando escore significativamente maior que os homens. A dimensão Cuidado Transpessoal, avalia o cuidado que tenta abraçar a alma dos outros através dos processos de cuidado e de tratamento, envolvendo os valores que representam a capacidade de projeção pessoal em relação ao usuário, com uma motivação altruísta e um cuidado diligente. Esse dado pode ser explicado pela relação das atribuições morais relacionadas ao sexo em uma sociedade patriarcal conforme abordada por Carol Gilligan (1982), o que pode ter feito com que as profissionais do sexo feminino obtivessem uma maior pontuação nesta dimensão. Um estudo de Koeche et al (2013) demonstram que médicas têm uma melhor relação interpessoal reduzindo as chances, por exemplo, de serem processadas.

Na avaliação da correlação da Empatia Total e suas dimensões com Hospitalidade Total e suas dimensões enquanto valores éticos para prática profissional (Tabela 12), foi encontrado correlação de empatia total com todas as dimensões de hospitalidade com exceção da dimensão de qualidade, que teria características mais técnicas, como competência, conhecimento científico, autonomia profissional e que dizem respeito as qualidades dos profissionais e do serviço

relacionado e não diretamente relacionados ao paciente. Por outro lado, a dimensão Consideração Empática se correlacionou com todas as dimensões de hospitalidade inclusive com a dimensão qualidade demonstrando que para os profissionais da medicina esta dimensão é eticamente importante por estar associada a qualidade do cuidado.

Já a dimensão Angústia Pessoal, correlacionou apenas com a dimensão de Responsabilidade, caracterizada pela capacidade de reconhecer e aceitar as consequências de uma ação livremente realizada, e é composto pelos valores que representam a aceitação do atendimento personalizado e próximo do usuário. Tal dimensão pode deslocar o processo empático para o *self* ao invés de focar no paciente resultando em um nível maior de angústia pessoal, mas esta Angústia Pessoal como abordado anteriormente não implica em um afastamento, mas como descrito em Hoffman (2020) pode aumentar o comprometimento com o cuidado pelo fato, do profissional da medicina se sentir responsável pelo paciente.

Na comparação das dimensões de hospitalidades com áreas de atuação ou atendimento pediátrico e adulto, não houve diferença significativa, o que nos permite concluir que para amostra em questão tais características não influenciam a hospitalidade, e os escores em todas as dimensões, situaram-se dentro de valores éticos, considerados altos para a prática profissional.

Com base nos dados apresentados pode se concluir que a empatia está relacionada a hospitalidade e melhores práticas de humanização e cuidado. Mas como minimizar, algumas características da relação empática que podem ser moralmente incompatíveis, como o fato de se tender a simpatizar mais facilmente com pessoas atraentes, pessoas que estão próximas, entre outros fatores que influenciam a percepção do mundo social, como preconceitos e que permitem divisões sociais, o que poderia levar a desigualdade no tratamento prestado pelos profissionais da medicina?

Talvez não se possa deixar de simpatizar mais facilmente com pessoas próximas ou atraentes, mas através das virtudes e da ética de alteridade de Lévinas não permitir que este ato empático interfira na prioridade dos atendimentos médicos, na oferta de assistência, no privilégio de tratamento em detrimento de outros pacientes.

Em saúde “a responsabilidade é a resposta indeclinável pelo “outro” e um darse inexoravelmente” (MENESES, 2012, p. 46). Assim como na parábola Bíblica sobre

o Bom Samaritano, o profissional da medicina tocado pelo sofrimento do doente, deve acolher e se responsabilizar pelos seus cuidados.

O rosto do outro, do paciente, em sua vulnerabilidade intima o comprometimento e agir ético do profissional da medicina. Mas para que este paciente seja acolhido em sua alteridade e tenha um cuidado humanizado é necessário empatia. Sem empatia não se tem acolhimento.

A qualidade deste acolhimento, da hospitalidade, deveria ser pautada na teoria da desconstrução de Derrida e assim promover uma visão crítica do atendimento. Isso implica em mudanças ou implementação de políticas de saúde visando humanização dos cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo consistiu em analisar a relação entre empatia e hospitalidade no contexto da humanização da assistência em saúde com enfoque em profissionais da medicina e suas diferentes áreas de atuação. Especificamente, pretendeu-se analisar se fatores como sexo, vivenciar experiências dolorosas, área de atuação, conhecimento sobre valores, poderiam influenciar o tipo e nível de empatia e hospitalidade desses profissionais e como isso poderia estar relacionado à estimativa dos valores éticos da profissão.

Os dados obtidos para a amostra analisada permitem concluir que houve correlação entre as dimensões de empatia e os valores éticos de hospitalidade, considerados altos para prática profissional, o que se acredita que reflita em melhores práticas de acolhimento e consequentemente em cuidado mais humanizado.

Fatores como sexo, área de atuação, e vivência de fatores estressantes podem interferir no nível de empatia, enquanto apenas o fator sexo interferiu na dimensão de hospitalidade. O tempo de atuação e ter recebido formação explícita em valores, não influenciou os valores de hospitalidade e nem os de empatia da amostra analisada.

Sobre formação explícita de valores, os dados carecem de estudos mais aprofundados, uma vez que profissionais da medicina fazem parte de uma comunidade moral, e a formação de valores ocorre de forma “indireta” em diferentes momentos da vida. Soma-se a isto, o fato de haver poucos estudos sobre a relação de emoções morais e valores.

A diferença encontrada entre os sexos, com mulheres pontuando mais do que homens nas diferentes subescalas de empatia, já está bem documentado em diferentes estudos, mas cabe uma ressalva, de que os homens também obtiveram valores de empatia elevados. Esta é importante para os mecanismos de cuidado, de benevolência e de compaixão, necessários à prática da humanização dos cuidados.

O fato de situações estressantes ou dolorosas vividas pelo profissional da medicina produzir uma resposta empática frente à dor do outro, talvez seja um caminho a ser explorado na formação profissional visando melhorar a qualidade da relação empática, a hospitalidade e consequentemente a humanização dos cuidados. Assim como os dados que apontam diminuição do escore da dimensão Angústia Pessoal, durante a carreira dos profissionais da medicina, quando comparado com os valores encontrados na população geral. Tal fato que impacta positivamente à prática

médica, nos leva a inferir que, se a dimensão angústia pessoal sofreu diminuição, talvez se possa trabalhar as outras dimensões de empatia, visando um maior nível de empatia durante a formação acadêmica.

Edith Stein nos fala dos enganos atribuídos a empatia. Para evitar tais erros e enganos, é necessária uma condução permanente da empatia pela percepção externa, a constituição do indivíduo alheio está inteiramente fundamentada na constituição do corpo físico. A doação de um corpo físico de certa condição na percepção externa é, portanto, um requisito para a doação de um indivíduo psicofísico; por outro lado, não damos um passo além do corpo físico apenas pela percepção externa, mas o indivíduo como tal se constitui em sua totalidade, como vimos, em atos de empatia.

Como limitação deste estudo, consta o fato de ser desenvolvido baseado em questionários de autorrelato, que pode implicar em um viés nos escores das subescalas e que traz uma visão unilateral (apenas do profissional) da percepção de empatia. Seria importante, de forma complementar a realização de novos estudos envolvendo a percepção do paciente a respeito da empatia e da hospitalidade na relação médico-paciente.

Outra limitação está representada pelo corte transversal, que não permite avaliar se houve diferença nos níveis de empatia com o passar dos anos.

Espera-se que a análise da correlação entre as dimensões de empatia e de hospitalidade médica, venha indicar caminhos para as questões bioéticas da humanização dos cuidados, pautados em empatia, alteridade e hospitalidade.

REFERÊNCIAS

- ASSING HIDT, E. et al. Development in Danish medical students' empathy: Study protocol of a cross-sectional and longitudinal mixed-methods study. **BMC Medical Education**, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2020.
- BAREA, Rudimar. **O tema da empatia em Edith Stein**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.
- BATSON, C. Daniel. Prosocial motivation: Is it ever truly altruistic? **Advances in experimental social psychology**, v. 20, p. 65-122, 1987.
- Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. An additional antecedent of empathic concern: Valuing the welfare of the person in need. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 93, n. 1, p. 65–74, 2007.
- BECKMAN, Howard B.; SUCHMAN, Anthony; MARKAKIS, Kathryn et al. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. **Archives of internal medicine**, v. 154, n. 12, p. 1365-1370, 1994.
- BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; MORETO, Graziela; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEVITES, Marcelo; BLASCO, Pablo G. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **Revista Brasileira de Medicina**. Edição Especial Oncologia, v. 71, p. 15-24, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- BUZIQUIA, Sabrina Pontes. **Ética do cuidado e bioética de proteção como base para uma implementação da Política Nacional de Humanização**. 2017. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017.
- BUZIQUIA, Sabrina Pontes; ELERO, Yasmin; CORRADI-PERINI, Carla. Ética dos cuidados como base para a implementação de uma política pública brasileira de humanização. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 8, p. 01-14, 2018.

CAPRARÁ, Andrea; LINS, Anamélia; FRANCO, Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, n.3, p. 647-654, 1999.

CARBONARA, Vanderlei. Humanismo do outro homem: perspectivas de uma formação a partir da sensibilidade e da ética com Emmanuel Lévinas. **Educação e Filosofia**, v. 34, n. 70, p. 307-332, 2020.

CARNEIRO, Alfredo. Emmanuel Lévinas: Introdução à filosofia da alteridade. **Netmundi.org.**, 2014. Seção Filosofia. Disponível em: <http://www.netmundi.org/filosofia/2014/Lévinas-filosofia-da-alteridade>. Acesso em: 25 maio 2020.

COMANDULLI, Sandra Patricia Eder. **A ética da hospitalidade no acolhimento do outro**. 2016. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Caxias do Sul, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/1278>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CORRADI-PERINI, Carla; PESSINI, Leocir; SOUZA, Waldir.; **Bioética, Humanização e fim de vida: novos olhares**. Curitiba: CRV, 2018.

COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista interdisciplinar de gestão social**, v. 7, n. 1, p. 15–37, 2018.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, p. 261-269, 2010.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAUERICH, Diego. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 571-580, 2009.

COSTACURTA, Jaisson Rodrigo; PULINO, Lúcia Helena Cavasin Zabotto. Por uma Ética do Cuidado nas políticas públicas voltadas à superação da desigualdade social. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 1, p. 55-64, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/149102>. Acesso em: 1 ago. 2021.

CRUZ, Jorge Silva. Ética das virtudes: em busca da excelência. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 6, p. 591-600, 2020.

DAVIS, Mark H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, v. 10, p. 85, 1980.

_____. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of personality and social psychology**, v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.

DECETY, Jean. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. **The American journal of medicine**, v. 133, n. 5, p. 561-566, 2020.

DERRIDA, Jacques; DUFOURMANTELLE, Anne. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade**. Tradução de Antônio Romane. São Paulo: Escuta, 2003.

DONOSO-SABANDO, Claudia Andrea. Empatia na relação médico-paciente como manifestação de respeito à dignidade da pessoa. Uma contribuição de Edith Stein. **Persona y bioética**. Talca, p. 184-193, 2014.

EISENBERG, Nancy; MORRIS, Amanda Sheffield. The origins and social significance of empathy-related responding. A review of empathy and moral development: implications for caring and justice by ML Hoffman. **Social Justice Research**, v. 14, n. 1, p. 95-120, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Editora Nova Fronteira, p. 27, 1975.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. How might Lévinas' concept of the other's priority and Derrida's unconditional hospitality contribute to the philosophy of the modern hospice movement? **Palliative & supportive care**, v. 8, n. 2, p. 215-220, 2010.

FORMIGA, Nilton S.; ROCHA, Marseilly; SOUZA, Marcos A.; STEVAM, Ionara D.; FLEURY, Luis Felipe de O. Confiabilidade da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) no contexto brasileiro. **Revista de Psicologia-GEPU**, v. 5, n. 2, p. 32-45, 2014.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 30-35, 2004.

GILLIGAN, Carol. Uma voz diferente. **Rio de Janeiro: Rosa dos tempos**, v. 10, 1982.

GONZÁLEZ-SERNA, José María Galán. Nursing empathy and prosociality: the relationship. **Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2018.

GONZÁLEZ-SERNA, José María Galán; FERRERAS-MENCIA, Soledad; ARRIBAS-MARÍN, Juan Manuel. Desenvolvimento e validação da Escala Axiológica de Hospitalidade para a Humanização da Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2129, 2017.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 255-268, 2010.

GUIMARÃES, Gilberto de A.; CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. Influência e importância da empatia na hospitalidade: formas de avaliar e medir a hospitalidade. In: Seminário da ANPTUR, São Paulo, 2016. **Anais**. São Paulo, 2016.

HOFFMAN, Martin L. **Empathy, Role-Taking, Guilt, and Development of Altruistic Motives**. University of Michigan, 1973.

_____. **Empathy and moral development: Implications for caring and justice**. Cambridge University Press, 2000.

HOGAN, Robert. Development of an empathy scale. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 33, n. 3, p. 307-316, 1969.

HOJAT, Mohammadreza; GONELLA, Joseph S.; NASCA, Thomas J. *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical education**, v. 36, n. 6, p. 522-527, 2002.

HOJAT, Mohammadreza; VERGARE, Michael J.; MAXWELL, Kaye *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

HOWICK, Jeremy; REES, Sian. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the internet. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 9, p. 352-357, 2017.

HURSTHOUSE, Rosalind; PETTIGROVE, Glen. Virtue Ethics. *In: ZALTA, Edward N. The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2018. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue/>. Acesso em: 15 maio 2021.

HVIDT, Elisabeth Assing; HVIDT, Niels C.; SONDERGAARD, Jens *et al.* Development in Danish medical students' empathy: study protocol of a cross-sectional and longitudinal mixed-methods study. **BMC medical education**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2020.

KAMIJO, E. D. *et al.* The choice of Medicine as a profession and the students' labor perspective. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 4, p. 1-9, 2021.

KELLY, Rosalind; LOSEKOOT, Erwin; WRIGHT-STCLAIR, Valerie A. Hospitality in hospitals: The importance of caring about the patient. **Hospitality & Society**, v. 6, n. 2, p. 113-129, 2016.

KOECHE, Luciane Gabriela; CENCI, Isabel; BORTOLUZZI, Marcelo Carlos, BONAMIGO, Elcio Luiz. Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 42, n. 4, p.45=53, jul-set 2013.

KOLLER, Sílvia Helena; BERNARDES, Nara MG. Desenvolvimento moral pró-social: semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 2, p. 223-262, 1997.

KROL, Sonia A.; BARTZ, Jennifer A. The self and empathy: Lacking a clear and stable sense of self undermines empathy and helping behavior. **Emotion**, Feb 11, 2021. doi: 10.1037/emo0000943.

KUHNEN, Tânia Aparecida. A ética do cuidado como teoria feminista. *In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, 3, 2014, Londrina. **Anais**. Londrina, 2014.

LAWLOR, Leonard. Jacques Derrida. *In: ZALTA, Edward N. The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2021. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2021/entries/derrida>. Acesso em: 15 maio 2021.

LE BAR, Mark. Justice as a Virtue. *In: ZALTA, Edward N. The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2020. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/justice-virtue/>. Acesso em: 15 maio 2021

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós: Ensaios sobre alteridade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Humanismo do outro homem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MAYERNYIK, Marcelo de Almeida; OLIVEIRA, Fabio Alves Gomes de. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, p. 11-20, 2016.

MENESES, Ramiro Délia Borges de. **Da hospitalidade em Derrida ao acolhimento em saúde**. 2012. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia de Braga, Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2012.

_____. A desconstrução em Jacques Derrida: o que é e o que não é pela estratégia. **Universitas PhilosoPhica** 60, año 30, enero-jUnio, p.177-204, 2013

MORTARI, Luigina. **Filosofia do cuidado**. Coleção Mundo da vida. São Paulo: Paulus, 2018.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 363-375, 2011.

PARIS, Ester Silvino da Costa. **Empatia e Hospitalidade no contexto da Humanização da Assistência: ênfase no Enfermeiro**. 2020. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2020.

PELLEGRINO, Edmund D. **The caring ethic: The relationship of physician to patient**. Alabama: The University of Alabama Press ,1985.

PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. **The virtues in medical practice**. Oxford University Press, 1993.

PERETTI, Clélia. Pedagogia da empatia e o diálogo com as Ciências Humanas em Edith Stein. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 16, n. 2, p. 199-207, 2010.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso. **São Paulo: Centro Universitário São Camilo**, 2014.

RAKEL, Robert E. Compassion and the art of family medicine: from Osler to Oprah. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 13, n. 6, p. 440-448, 2000.

RIESS, Hellen. The Science of Empathy. **Journal of patient experience** vol. 4, n. 2, p. 74-77. (2017): doi:10.1177/2374373517699267

SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; GUIMARÃES, Pâmela Rocha Bagano; FORMIGA, Nilton Soares *et al.* Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). **Psico**, v. 42, n. 1, p. 67-76, 2011.

SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; CAMINO, Cleonice Pereira dos Santos; ROAZZI, Antonio. Review of the conceptual, theoretical and methodological aspects of empathy. **Psicologia: Ciencia e Profissao**, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009.

SANTOS, Sara Cristine Marques dos; BANDEIRA, Lívia Liberata B.; ANJOS, Ivan Lucas Picone Borges dos *et al.* A Empatia Como um dos Pilares da Humanização da Relação Médico-Paciente. Evolução de Três Anos do Projeto “Calouro Humano”. **Revista de Saúde**, v. 11, n. 1, p. 49-54, 2020.

SHAPIRO, Johanna. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. **Philosophy, ethics, and humanities in medicine**, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2008.

SKOE, Eva E. A. The relationship between empathy-related constructs and care-based moral development in young adulthood. **Journal of Moral Education**, v. 39, n. 2, p. 191-211, 2010.

SLOTE, Michael. **The ethics of care and empathy**. Abingdon: Routledge, 2007.

SOUZA, Waldir; RIBEIRO, Nilo; FACURY, Isabel Cristina Tavares. O médico e o doente: paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel Lévinas. **Revista Bioética**, v. 28, p. 212-218, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282382>. Acesso em: 15 maio 2021.

STEIN, Edith. Sobre el problema de la empatía, trad. **Caballero Bono JL** Madrid: **Trotta**, 2004.

STOTLAND, Ezra; KENNETH, Mathews E.; SHERMAN, Stanley E. *et al.* **Empathy, fantasy and helping**. Sage, 1978.

STUEBER, Karsten. Empathy. *In: ZALTA, Edward N. The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2019. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/empathy/>. Acesso em: 15 maio 2021.

SUARTZ, Caio Vinícius; QUINATANA, Maria Inês; LUCCHESE, Ana Cecília; MARCO, Mario Alfredo de. Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 320-325, 2013.

SZANTO, Thomas; DERMOT, Moran. Edith Stein. In: ZALTA, Edward N. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. 2020. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/stein/>. Acesso em: 15 maio 2021.

TORRALBA, Francesc; WALDOW, Vera Regina. **Antropologia do cuidar**. Série Enfermagem. Tradução de Guilherme Laurito Summa. Petrópolis: vozes, 2009.

UGAZIO, Giuseppe; MAJDANDŽIĆ, Jasmina; LAMM, Claus. Are empathy and morality linked? Insights from moral psychology, social and decision neuroscience, and philosophy. In: Maibom, Heidi L. **Empathy in morality**, New York: Oxford University Press, p. 155-171, 2014.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n.3, p. 599-613, 2005.

VILARDAGA, Roger. A Relational Frame Theory account of empathy. **International Journal of Behavioral Consultation and Therapy**, v. 5, n. 2, p. 178-184, 2009.

WISPÉ, Lauren. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. **Journal of personality and social psychology**, v. 50, n. 2, p. 314-321, 1986.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

_____. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo consiste no preenchimento das escalas de empatia e de hospitalidade e, na informação de alguns dados sociodemográficos, o que levará aproximadamente 10 minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, não se pode esperar benefícios diretos. Entretanto, os resultados podem indicar a necessidade de novas estratégias para melhorar a formação profissional.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo.

AUTONOMIA

Informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar (para retirar o consentimento apenas enviar uma mensagem de WhatsApp para o contato +55 41 988296445 ou para o e-mail carla.corradi@pucpr.br colocando seu nome completo - por isso solicitamos o nome na próxima etapa de identificação).

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos por meio de depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são a mestrandona em Bioética Adriana Oliveira Andrade Batistella e Carla Corradi Perini, professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com elas você poderá manter contato pelos telefones +55 43 991342310 e +55 41 988296445, respectivamente.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Você concorda em participar da pesquisa?

- Sim, concordo em participar da pesquisa. (continuar para próxima seção)
- Não, não concordo em participar da pesquisa. (Ir para seção 10)

Agradecemos sua participação.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE EMPATIA

Pedimos que você preencha a seguinte pesquisa para avaliar seu grau pessoal de empatia. As frases a seguir referem-se a seus pensamentos e sentimentos em diversas situações.

Para cada questão, indique como a frase descreve você, escolhendo a pontuação de 1 a 5:

1 = Não me descreve bem

2 = Me descreve um pouco

3 = Me descreve relativamente bem

4 = Me descreve bem

5 = Me descreve muito bem

Quando tiver escolhido sua resposta, marque a caixa correspondente. Leia cada sentença cuidadosamente antes de responder. OBRIGADO!

Afirmiação	Pontuação
01. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.	1 2 3 4 5
02. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.	1 2 3 4 5
03. Fico comovido com os problemas dos outros.	1 2 3 4 5
04. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias	1 2 3 4 5
05. Fico apreensivo em situações emergenciais	1 2 3 4 5
06. Sou neutro quando vejo filmes.	1 2 3 4 5
07. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.	1 2 3 4 5
08. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.	1 2 3 4 5
09. Tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas.	1 2 3 4 5
10. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	1 2 3 4 5
11. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas.	1 2 3 4 5
12. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.	1 2 3 4 5
13. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	1 2 3 4 5
14. Fico tenso em situações de fortes emoções.	1 2 3 4 5
15. Sinto-me indefeso numa situação emotiva.	1 2 3 4 5
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer aos outros.	1 2 3 4 5
17. Tento compreender o argumento dos outros.	1 2 3 4 5
18. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).	1 2 3 4 5
19. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme	1 2 3 4 5
20. Tendo a perder o controle durante emergências.	1 2 3 4 5
21. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.	1 2 3 4 5
22. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.	1 2 3 4 5
23. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.	1 2 3 4 5
24. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as críticas.	1 2 3 4 5
25. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.	1 2 3 4 5
26. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.	1 2 3 4 5

Fonte: Sampaio et al (2011)

ANEXO B – DIMENSÕES DA ESCALA DE EMPATIA

Empatia: [Psicologia] Identificação de um sujeito com outro; quando alguém, através de suas próprias especulações ou sensações, se coloca no lugar de outra pessoa, tentando entendê-la. (<https://www.dicio.com.br/empatia>)

Dimensões

- **Tomada de Perspectiva:** indica tentativas espontâneas do sujeito de adotar a perspectiva do outro diante de situações reais da vida cotidiana, ou seja, a capacidade de entender o ponto de vista da outra pessoa.

Afirmiação
02. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião.
07. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.
09. Tento compreender meus amigos imaginando como eles veem as coisas.
17. Tento compreender o argumento dos outros.
21. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele.
24. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.

Mínimo 6 – Máximo 30

- **Fantasia:** avalia a tendência de se identificar com os personagens do cinema e/ou da literatura, ou seja, a capacidade imaginativa do sujeito de entrar em situações ficcionais.

Afirmiação
04. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções.
06. Sou neutro quando vejo filmes.
10. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.
13. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.
19. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme
22. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.
25. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer.

Mínimo 7 – Máximo 35

- **Consideração empática:** medem sentimentos de compaixão, preocupação e afeto diante do desconforto alheio (são sentimentos "orientados a outros").

Afirmiação
01. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.
03. Fico comovido com os problemas dos outros.
08. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.
12. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer aos outros.
18. Descrevo-me como uma pessoa de "coração mole" (muito sensível).
26. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.

Mínimo 7 – Máximo 35

- **Angústia Pessoal:** são avaliados os sentimentos de ansiedade e desconforto que o sujeito manifesta ao observar as experiências negativas de outros (são sentimentos "auto-orientados").

Afirmiação
05. Fico apreensivo em situações emergenciais
11. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas.
14. Fico tenso em situações de fortes emoções.
15. Sinto-me indefeso numa situação emotiva.
20. Tendo a perder o controle durante emergências.
23. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.

Mínimo 6 – Máximo 30

ANEXO C - ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE

Para o preenchimento desta escala, na caixa “Grau de importância para atingir os objetivos da prática profissional”, pontue de 0 a 7 para cada valor ético de acordo com a importância que em sua opinião o valor tem para alcançar uma excelente prática profissional, ou seja, o ideal para obter o bem do paciente.

Resposta 0 = você acha que não é importante para uma excelente prática clínica.

Resposta 1- 6 = você acha que é relativamente importante e atribui um grau de importância de 1 a 6.

Resposta 7 = você acha que é totalmente importante para uma excelente prática clínica.

Escala Axiológica de Hospitalidade		Grau de importância que você atribui para alcançar os objetivos de sua prática profissional.							
Acolhimento	Recepção afetuosa ou hospitalidade oferecida pelo profissional ao usuário.	0	1	2	3	4	5	6	7
Altruísmo	Diligência visando o bem do paciente, mesmo à custa de seu próprio bem, mas sem anular a si mesmo.	0	1	2	3	4	5	6	7
Autonomia profissional	Condição do profissional que, para determinadas coisas, não dependente de ninguém.	0	1	2	3	4	5	6	7
Compaixão	Sentimento de solidariedade e preocupação que se tem para com aqueles que sofrem dificuldades ou infortúnios.	0	1	2	3	4	5	6	7
Competência	Perícia, aptidão, idoneidade para executar as tarefas do profissional de saúde	0	1	2	3	4	5	6	7
Conhecimento científico	Possuir os dados e o conhecimento científico adequado sobre as questões de saúde	0	1	2	3	4	5	6	7
Cuidado personalizado Integral	Assistência que proporciona cuidado integral, biopsicossocial e espiritual às necessidades particulares de cada pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7
Diligência	Destreza, agilidade, pressa, cuidado e agilidade na execução do cuidado	0	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	Identificação psicológica e afetiva de uma pessoa com o estado emocional da outra	0	1	2	3	4	5	6	7
Justiça	Dar a cada um o que lhe corresponde ou pertence	0	1	2	3	4	5	6	7
Proximidade	Proximidade afetiva, tratamento afetuoso	0	1	2	3	4	5	6	7
Prudência	Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para adotar ou evitar. Bom senso, bom julgamento clínico	0	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade científica	Importância e excelência científica. Corresponde ao que a ciência conhece	0	1	2	3	4	5	6	7
Respeito pela autonomia dos usuários	Consideração e deferência para com os desejos, valores e crenças dos usuários	0	1	2	3	4	5	6	7
Respeito pela vida	Consideração e deferência para com a vida. Sem malevolência	0	1	2	3	4	5	6	7
Simplicidade	Trabalhar com naturalidade, espontaneamente, com singeleza	0	1	2	3	4	5	6	7
Veracidade	Forma de se expressar livre de dissimulação. Dizer sempre a verdade	0	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: GONZÁLEZ-SERNA et al, 2017.

ANEXO D – DIMENSÕES DA ESCALA AXIOLÓGICA DE HOSPITALIDADE

Hospitalidade: Virtude exercida com as pessoas, acolhendo-as e fornecendo-lhes assistência adequada às suas necessidades.

Dimensões:

- **A/Responsabilidade:** A dimensão Responsabilidade avalia a capacidade para reconhecer e aceitar as consequências de uma ação livremente realizada, e é composto pelos valores que representam a aceitação do atendimento personalizado e próximo do usuário.

Valores relacionados à dimensão Responsabilidade	
1- Acolhimento	Recepção afetuosa ou hospitalidade oferecida pelo profissional ao usuário.
7- Cuidado personalizado integral	Assistência que proporciona cuidado integral, biopsicossocial e espiritual às necessidades particulares de cada pessoa.
9- Empatia	Identificação psicológica e afetiva de uma pessoa com o estado emocional da outra.
11- Proximidade	Proximidade afetiva, tratamento afetuoso.

- **B/Respeito:** olhar, consideração, deferência. Composto pelos valores que representam respeito à vida, à autonomia do usuário e ao tratamento justo.

Valores relacionados à dimensão Respeito	
10- Justiça	Dar a cada um o que lhe corresponde ou pertence.
12- Prudência	Discernir e distinguir o que é bom ou mau, para adotar ou evitar. Bom senso, bom julgamento clínico.
14- Respeito pela autonomia dos usuários	Consideração e deferência para com os desejos, valores e crenças dos usuários.
15- Respeito pela vida	Consideração e deferência para com a vida. Sem malevolência.
17- Veracidade	Forma de se expressar livre de dissimulação. Dizer sempre a verdade.

- **C/Cuidado transpessoal:** avalia o cuidado que tenta conectar e abraçar o espírito ou alma dos outros através dos processos de cuidado e de tratamento e envolve os valores que representam a capacidade de projeção pessoal em relação ao usuário, com uma motivação altruísta e um cuidado diligente.

Valores relacionados à dimensão Cuidado transpessoal	
2- Altruísmo	Diligência (presteza) visando o bem do paciente, mesmo à custa de seu próprio bem, mas sem anular a si mesmo.
4- Compaixão	Sentimento de solidariedade e preocupação que se tem para com aqueles que sofrem dificuldades ou infortúnios.
8- Diligência	Destreza, agilidade, pressa, cuidado e agilidade na execução do cuidado.
16- Simplicidade	Trabalhar com naturalidade, espontaneamente, com singeleza.

- **D/Qualidade:** consiste na propriedade ou conjunto de propriedades inerentes a algo, que nos permitem julgar seu valor, sendo composta por valores que representam o desempenho do profissional baseado na competência e autonomia profissional, bem como um conceito geral e amplo de qualidade que engloba outros elementos estruturais ou processuais da mesma.

Valores relacionados à dimensão Qualidade	
3- Autonomia profissional	Condição do profissional que, para determinadas coisas, não dependente de ninguém.
5- Competência	Perícia, aptidão, idoneidade para executar as tarefas do profissional de saúde.
6- Conhecimento científico	Possuir os dados e o conhecimento científico adequado sobre as questões de saúde.
13- Qualidade científica	Importância e excelência científica. Corresponde ao que a ciência conhece.

Quadro 2– Como interpretar a estimativa da importância dos valores éticos para prática profissional associado as dimensões de hospitalidade

Valores éticos	Alto	Médio	Baixo
Dimensões de Hospitalidade			
Hospitalidade total (HT)	86 – 119 pontos	51 - 85 pontos	0-50 pontos
Responsabilidade (HA)	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos
Respeito (HB)	26-35 pontos	11-25 pontos	0-10 pontos
Cuidado transpessoal (HC)	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos
Qualidade (HD)	21-28 pontos	9-20 pontos	0-8 pontos

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Análise da relação entre Empatia e Valores da Hospitalidade no contexto da Humanização da Assistência

Pesquisador: Carla Corradi Perini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11017519.5.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.271.123

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem o objetivo de verificar em que medida a empatia tem relação com a estimativa axiológica de hospitalidade empiricamente demonstrável. Especificamente, busca analisar em diferentes áreas os fatores que podem influenciar o tipo e nível de empatia dos profissionais e estudantes da área da saúde e como isso pode estar relacionado à sua estimativa dos valores éticos da profissão. Para tanto, será realizado um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico. Participarão da pesquisa estudantes da área da saúde de uma universidade privada e também profissionais que atuam na assistência em hospitais do município de Curitiba. Serão aplicados o Índice de Reactividade Interpessoal (IRI) e a Escala Axiológica de Hospitalidade (EAH). Uma análise fatorial confirmatória da EAH será realizada para verificar a validade da mesma no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o descrito no PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1322862.pdf, os objetivos desta pesquisa são:

Objetivo Primário: Analisar os fatores que podem influenciar o tipo e nível de empatia de profissionais e estudantes da área da saúde e como isso pode estar relacionado à sua estimativa dos valores éticos da profissão.

Objetivo Secundário: - Verificar se a empatia tem relação com a estimativa axiológica da

Endereço:	Rua Imaculada Conceição 1155	CEP:	80.215-901
Bairro:	Prado Velho	UF:	PR
Município:	CURITIBA	Telefone:	(41)3271-2103
Fax:	(41)3271-2103	E-mail:	nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 3.271.123

hospitalidade.- Analisar a influência de alguns fatores sociodemográficos no tipo e nível de empatia, bem como na estimativa de valores éticos relacionados à hospitalidade em profissionais e estudantes da área da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, os riscos e benefícios aos participantes envolvidos no projeto são:

Riscos: O preenchimento das escalas pode trazer algum constrangimento aos participantes da pesquisa, por remeter a lembranças de situações incômodas ou estressantes já vivenciadas. Entretanto, por se tratar de escala a ser preenchida pelos próprios participantes, sem identificação (nem de iniciais), caso o participante (mesmo após o aceite voluntário) não se sinta confortável em responder às escalas, ele pode entregar as mesmas incompletas ou em branco, sem resultar em qualquer prejuízo para o mesmo.

Benefícios: Não há benefício direto aos participantes. Entretanto, a partir do conhecimento de fatores que ajudam ou dificultam a conduta profissional em favor de uma atenção humanizada de qualidade, novas estratégias podem ser pensadas para melhorar a formação profissional (na graduação ou educação continuada) em termos de desenvolvimento de valores éticos com foco na dignidade do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância acadêmica e científica, com metodologia bem delimitada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE para maiores de 18 anos foi adequadamente apresentado.

TCUD foi adequadamente apresentado.

Instrumentos de pesquisa foram apresentados.

Modelo de termo de anuência/autorização das instituições envolvidas na pesquisa foi apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação ao Sistema CEP/Conep.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos

Endereço:	Rua Imaculada Conceição 1155	CEP:	80.215-901
Bairro:	Prado Velho		
UF: PR	Município: CURITIBA		
Telefone:	(41)3271-2103	Fax:	(41)3271-2103
		E-mail:	nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 3.271.123

de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1322862.pdf	03/04/2019 07:46:26		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	03/04/2019 07:45:55	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	TCUD_assinado.pdf	27/03/2019 12:01:24	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	Escaladehospitalidade.pdf	27/03/2019 11:59:45	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	Escaladeempatia.pdf	27/03/2019 11:59:23	Carla Corradi Perini	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	27/03/2019 11:58:38	Carla Corradi Perini	Aceito
Outros	modelo_de_autorizacao.doc	27/03/2019 11:58:03	Carla Corradi Perini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP_CarlaCorradiPerini.doc	27/03/2019 11:52:54	Carla Corradi Perini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/03/2019 11:44:18	Carla Corradi Perini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/
PR



Continuação do Parecer: 3.271.123

Não

CURITIBA, 17 de Abril de 2019

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br