



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG**  
**MEDICINA**

**ESCUITA ATIVA E EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO: O IMPACTO DA  
ABORDAGEM INTEGRAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

**Débora Emerick Carvalho Marinho**

**Manhuaçu / MG**

**2025**

**DÉBORA EMERICK CARVALHO MARINHO**

**ESCUITA ATIVA E EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO: O IMPACTO DA  
ABORDAGEM INTEGRAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de (nome do curso) do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de (Bacharel/Licenciado/Tecnólogo em).

Orientador: Márcio Rocha Damasceno

Coorientador (Se houver):

Manhuaçu / MG

2025

**DÉBORA EMERICK CARVALHO MARINHO**

**ESCUITA ATIVA E EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO: O IMPACTO DA  
ABORDAGEM INTEGRAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de (nome do curso) do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de (Bacharel/Licenciado/Tecnólogo em).

Orientador: Márcio Rocha Damasceno

Coorientador (Se houver):

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: DD/MM/AAAA

---

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (EMESCAM), Mestre em Psicanálise (Universidade de Léon – Espanha) e Psicólogo graduado pela UFSJ - Márcio Rocha Damasceno – UNIFACIG (Orientador)

---

Coordenadora do curso de Medicina – Rita Parreira – UNIFACIG

---

Médica especialista em Medicina da Família e Comunidade - Letícia Magali Oliveira Marques

## RESUMO

A relação médico-paciente é um dos elementos centrais da prática médica e desempenha papel determinante na qualidade do cuidado e na adesão terapêutica. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos que ampliaram as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, a dimensão humana continua sendo essencial para uma medicina verdadeiramente integral.

Nesse contexto, a escuta ativa e a empatia configuram-se como competências fundamentais, pois possibilitam ao médico compreender o paciente em sua totalidade, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores emocionais, sociais e subjetivos que influenciam sua saúde.

Este estudo tem como objetivo analisar de que forma a escuta ativa associada à empatia contribui para um atendimento médico mais humano e integral. Foram propostos como objetivos específicos: conceituar a empatia no contexto clínico, investigar os elementos e desafios da escuta ativa, avaliar os efeitos da escuta empática na qualidade da relação médico-paciente e apontar estratégias de fortalecimento da formação médica orientada ao cuidado integral.

A metodologia utilizada baseou-se em uma revisão integrativa da literatura, com a busca de artigos publicados entre 2020 e 2025 em bases de dados nacionais e internacionais. Foram selecionados trabalhos que discutem os impactos da escuta ativa e da empatia no atendimento em saúde, bem como estratégias pedagógicas e práticas clínicas relacionadas à humanização do cuidado. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e comparativa, a fim de identificar convergências e lacunas na produção científica atual.

Os resultados indicam que a escuta ativa e a empatia favorecem maior vínculo entre médico e paciente, promovem confiança, reduzem a ansiedade durante o atendimento e aumentam a adesão ao tratamento. Além disso, contribuem para a prevenção de erros clínicos, fortalecem a satisfação do paciente e ampliam a efetividade terapêutica. No campo da formação, destaca-se a importância de metodologias pedagógicas que desenvolvam competências comunicacionais, sensibilidade ética e capacidade de compreender o paciente em sua integralidade.

Conclui-se que a escuta ativa e a empatia não são apenas habilidades complementares, mas constitutivas de uma prática médica humanizada, ética e centrada na pessoa. Promover tais competências é fundamental para o fortalecimento

da medicina como ato de cuidado e para a consolidação de um modelo assistencial que valorizem tanto os avanços científicos quanto a dignidade humana.

**Palavras-chave:** Empatia. Escuta ativa. Abordagem integral. Relação médico-paciente.

## SUMÁRIO

Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. A EMPATIA COMO COMPETÊNCIA CLÍNICA MULTIDIMENSIONAL .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. ESCUTA ATIVA: A FERRAMENTA PARA UMA CONEXÃO GENUÍNA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3. IMPACTOS DA ABORDAGEM EMPÁTICA NOS DESFECHOS EM SAÚDE.....</b>	<b>12</b>
<b>3.4. NÍVEL RELACIONAL E ADESÃO TERAPÊUTICA.....</b>	<b>13</b>
<b>3.5. NÍVEL CLÍNICO E FISIOLÓGICO.....</b>	<b>13</b>
<b>3.6. NÍVEL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÕES DE ERROS.....</b>	<b>13</b>
<b>3.7. FORMAÇÃO MÉDICA: DECLÍNIO DA EMPATIA E A NECESSIDADE DE MUDANÇA CURRICULAR.....</b>	<b>14</b>
<b>3.8. LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.9. SÍNTESE PROPOSITIVA: UM MODELO PARA A PRÁTICA E O ENSINO.....</b>	<b>15</b>
<b>3.10. LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA E PERSPECTIVAS FUTURAS.....</b>	<b>17</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente constitui um dos pilares fundamentais da prática médica, sendo determinante para a qualidade do cuidado e para a adesão ao tratamento. Apesar dos significativos avanços tecnológicos e científicos que ampliaram as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, a dimensão humana do atendimento revela-se essencial para garantir uma assistência verdadeiramente integral. Nesse cenário, a escuta ativa e a empatia assumem papéis centrais, permitindo ao médico compreender o paciente em sua totalidade, considerando não apenas os sintomas, mas também os aspectos emocionais, sociais e subjetivos que permeiam sua experiência.

A escuta ativa, conceito amplamente desenvolvido a partir da Abordagem Centrada na Pessoa, por Carls Jung *et al.*, (2009) implica em dedicar atenção plena à narrativa do paciente, valorizando suas percepções e validando seus sentimentos. Já a empatia, no contexto clínico, possibilita ao profissional compreender a perspectiva do outro de forma ética e compassiva, sem perder a objetividade necessária ao cuidado. A integração dessas competências fortalece o vínculo terapêutico, promove a confiança mútua e proporciona uma abordagem humanizada, que respeita a singularidade de cada indivíduo.

Corroborando essa perspectiva, um robusto corpo de evidências científicas tem destacado que a prática da escuta empática não apenas melhora a satisfação do paciente, mas também contribui para a redução de erros diagnósticos, maior adesão terapêutica e resultados clínicos mais eficazes (Riess *et al.*, 2021). Nesse sentido, emerge no âmbito da formação médica a necessidade de investir em competências comunicacionais e humanísticas que sustentem uma prática efetivamente centrada na pessoa, e não apenas na doença.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo central analisar de que forma a escuta ativa, associada à empatia, contribui para um atendimento médico mais humano e integral. Para tanto, por meio de uma revisão integrativa da literatura, buscar-se-á conceituar a empatia no contexto clínico, investigar os elementos e desafios da escuta ativa, avaliar os efeitos da abordagem empática na qualidade da relação médico-paciente e, por fim, apontar estratégias concretas para o fortalecimento de uma formação médica orientada ao cuidado integral.

## **2. METODOLOGIA**

O presente trabalho constitui-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter qualitativo e exploratório. A seleção do material bibliográfico incluiu artigos científicos, livros e documentos acadêmicos que abordam os temas de empatia, escuta ativa, comunicação médica e humanização da saúde, com data de publicação compreendida no período entre 2020 e 2025.

A busca pelas publicações foi realizada nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), U.S. National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave, de forma combinada e isolada: “escuta ativa”, “empatia médica”, “relação médico-paciente”, “comunicação em saúde” e “humanização do atendimento”.

Durante a etapa de levantamento bibliográfico, foram encontrados aproximadamente 169.000 resultados para o descritor “escuta ativa”, 87.600 para “empatia médica”, 556.000 para “relação médico-paciente”, 1.840.000 para “comunicação em saúde” e 168.000 para “humanização do atendimento”, totalizando cerca de 2.820.600 resultados nas buscas iniciais.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram: publicações nos idiomas português, inglês e espanhol; trabalhos com relevância para a prática médica que apresentassem discussões sobre o impacto da escuta ativa e da empatia no vínculo terapêutico. Como critérios de exclusão, foram descartados os trabalhos que não possuíam relação direta com a temática ou que se limitavam a contextos puramente administrativos e não clínicos.

Após a seleção final do material, os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo descritiva e comparativa. As informações foram organizadas e sintetizadas de acordo com os objetivos específicos do estudo, buscando identificar os principais conceitos, os efeitos da abordagem empática, os desafios associados e as estratégias de formação na área.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise da literatura contemporânea revela um consenso crescente sobre o papel da empatia e da escuta ativa como pilares da relação médico-paciente.

Essas competências transcendem a dimensão puramente técnica da prática clínica, alcançando aspectos humanos que influenciam diretamente a adesão ao tratamento, a satisfação do paciente e, de forma significativa, os desfechos clínicos objetivos.

### **3.1. A EMPATIA COMO COMPETÊNCIA CLÍNICA MULTIDIMENSIONAL**

A empatia, no contexto médico, é definida por Hojat, *et al.*, (2022) como uma competência relacional complexa, que envolve a capacidade de compreender a perspectiva e os sentimentos do paciente e de comunicar essa compreensão de volta. Longe de ser um traço de personalidade imutável, é uma habilidade que pode ser ensinada, avaliada e continuamente aprimorada. A robustez desse conceito é reforçada por achados neurobiológicos, como os de Preston e De Waal, *et al.*, (2021), que demonstram que a interação empática ativa circuitos neurais associados à confiança e ao vínculo, como os sistemas dopaminérgico e oxitocinérgico, conferindo uma base científica para sua eficácia terapêutica.

Em sua obra sobre o tema, Hojat (2022) define a empatia no contexto da saúde como uma competência multidimensional que se manifesta em três componentes interligados. O componente Cognitivo refere-se à capacidade intelectual de compreender a perspectiva e os sentimentos do paciente, assumindo a perspectiva do outro ('calçar os sapatos'). O Componente Afetivo envolve a capacidade de sentir ou ser tocado pelo estado emocional do outro, sem se fundir a ele, o que distingue a empatia da simpatia e do contágio emocional. Por fim, o Componente Comportamental é a capacidade de comunicar essa compreensão de volta ao paciente, por meio de sinais verbais e não verbais. A empatia só se torna efetivamente clínica quando é percebida pelo paciente (Hojat *et al.*, 2022).

A base científica dessa competência é robusta, integrando a psicologia com as ciências biológicas. Em um estudo seminal sobre a base evolutiva e neural da empatia, Preston e De Waal (2021) demonstram que a intervenção empática não é apenas um ato interpessoal, mas um mecanismo biológico. A interação ativa circuitos neurais no cérebro ligados à confiança e ao vínculo, liberando neurotransmissores como a oxitocina (associada à formação de laços sociais) e a dopamina (ligada à recompensa e segurança psicológica). Essa constatação

confere uma base científica à eficácia terapêutica da empatia (Preston e De Waal *et al.*, 2021).

Aspecto	Descrição
<b>Definição</b>	Segundo Hojat (2022), a empatia no contexto da saúde é uma competência multidimensional, ensinável, avaliável e aprimorável.
<b>Natureza</b>	Atitude interna e cognitiva que envolve compreender e compartilhar a experiência emocional do paciente.
<b>Componentes</b>	Cognitivo: compreender sentimentos e perspectivas do outro. Afetivo: sentir-se tocado pela emoção do outro. Comportamental: comunicar compreensão verbal e não verbal.
<b>Base Científica</b>	Hojat e Preston & De Waal (2021) mostram que a empatia ativa circuitos neurais e libera oxitocina e dopamina, promovendo confiança e vínculo.
<b>Importância Clínica</b>	Transforma o cuidado em prática humanizada e fortalece a adesão ao tratamento.
<b>Síntese</b>	A empatia é o elemento central da relação médico-paciente, integrando ciência, emoção e ética.

Fonte: próprio autor.

### 3.2. ESCUTA ATIVA: A FERRAMENTA PARA UMA CONEXÃO GENUÍNA

Complementar à empatia, a escuta ativa é a sua manifestação prática mais fundamental. Conceito central da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers, *et al.*, (2009), a escuta ativa vai além do ato de ouvir. Ela se baseia na capacidade do profissional de dedicar atenção plena à narrativa do paciente, suspendendo julgamentos, validando sentimentos e refletindo o que foi compreendido para assegurar uma comunicação genuína. É por meio dessa

escuta qualificada que o paciente se sente seguro e respeitado, condição essencial para a construção de uma aliança terapêutica sólida.

A essência da escuta ativa se manifesta em três atitudes práticas:

**Suspensão do julgamento:** A interrupção prematura da fala do paciente ou a formulação rápida de um diagnóstico antes do término da narrativa são barreiras à escuta. O profissional deve se abster do julgamento inicial para acolher a totalidade da história.

**Validação dos sentimentos:** O reconhecimento e a legitimação das emoções expressas pelo paciente ('Eu percebo que o senhor está muito ansioso em relação a isso') é crucial para a segurança psicológica e para encorajar o paciente a revelar informações sensíveis.

**Reflexão:** Devolver ao paciente o que foi compreendido. Este ato não apenas demonstra atenção, mas serve como uma ferramenta de checagem de dados (checking the loop), prevenindo erros de interpretação e confirmando a compreensão mútua.

Portanto, a empatia e a escuta ativa são inseparáveis: a empatia fornece a motivação e a compreensão, e a escuta ativa fornece a técnica e a ferramenta para transformar essa motivação em um ato clínico mensurável e percebido pelo paciente.

Aspecto	Descrição
<b>Definição</b>	De acordo com Carl Rogers (2009), é a manifestação prática da empatia — ouvir com atenção plena e sem julgamentos.
<b>Natureza</b>	Habilidade comunicacional e comportamental que expressa a empatia na interação clínica.
<b>Elementos Essenciais</b>	Suspensão do Julgamento: ouvir sem interromper. Validação dos Sentimentos: reconhecer e legitimar emoções. Reflexão: devolver ao paciente o que foi compreendido.
<b>Base Teórica</b>	Fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa, que valoriza autenticidade, aceitação e compreensão empática.
<b>Importância Clínica</b>	A escuta ativa aprimora o diagnóstico, reduz erros de comunicação e aumenta a satisfação do paciente.
<b>Síntese</b>	Se a empatia é o sentir e compreender, a escuta ativa é o agir e demonstrar — transformando empatia em comunicação terapêutica.

Fonte: próprio autor.

### 3.3. IMPACTOS DA ABORDAGEM EMPÁTICA NOS DESFECHOS EM SAÚDE

A literatura é farta em evidências que correlacionam a comunicação empática a melhores resultados em saúde. Estudos multicêntricos, como os de Zachariae *et al.*, (2023), demonstram que a qualidade da escuta está associada à redução de sintomas depressivos, maior controle da dor e melhoria da qualidade de vida em pacientes oncológicos. Além disso, ensaios clínicos randomizados, como o de Riess *et al.*, (2021), comprovaram que intervenções médicas baseadas em empatia resultaram em menor percepção de dor durante procedimentos invasivos. Os efeitos positivos extrapolam os limites do consultório, conforme apontado por Bambini, DeRoo e Johnston *et al.*, (2022), promovendo maior adesão ao tratamento, menor evasão em programas de acompanhamento e, conseqüentemente, um potencial redução de custos para o sistema de saúde.

### **3.4. NÍVEL RELACIONAL E ADESÃO TERAPÊUTICA**

A percepção de ser ouvido e compreendido pelo médico fortalece o vínculo de confiança, um fator que, segundo os pesquisadores Ronald M. Epstein e Richard L. Street (2021), é o maior preditor de adesão ao tratamento. Em seus estudos sobre o valor do cuidado centrado no paciente, Epstein e Street *et al.*, 2021, afirmam que o paciente que confia plenamente em seu médico tem maior probabilidade de seguir a prescrição, comparecer a exames e adotar mudanças no estilo de vida.

O custo-benefício dessa abordagem é evidente: o tempo investido em uma escuta de qualidade é compensado no médio e longo prazo pela redução da necessidade de retornos por má adesão, o que gera economia de tempo e recursos para o sistema de saúde. A escuta atua como um mecanismo de engajamento do paciente, transformando-o em um agente ativo e corresponsável pelo seu próprio cuidado.

### **3.5. NÍVEL CLÍNICO E FISIOLÓGICO**

O impacto da empatia se estende aos desfechos clínicos objetivos, confirmando que a relação terapêutica é um fator de cura.

Em uma ampla revisão sistemática e metanálise sobre a eficácia de intervenções focadas na empatia em pacientes oncológicos, Zachariae *et al.*, (2023) demonstram que a qualidade da escuta e a comunicação empática estão correlacionadas com a melhoria do controle da dor e a redução de sintomas depressivos. A intervenção empática, neste contexto, atua como um ‘analgésico relacional’.

Corroborando essa visão, Helen Riess e colaboradores (2021) realizaram um ensaio clínico randomizado (ECR) que comprovou que intervenções médicas baseadas em empatia resultaram em menor percepção de dor durante procedimentos invasivos. Tais achados validam a perspectiva de que a relação terapêutica é, em si, um poderoso fator de cura ou, pelo menos, de melhora da qualidade de vida (Riess *et al.*, 2021).

### **3.6. NÍVEL DE SEGURANÇA DO PACIENTE E PREVENÇÕES DE ERROS**

A falha de comunicação é uma das principais causas de erros clínicos e de litígios. A empatia e a escuta ativa atuam como ferramentas fundamentais de segurança, mitigando esses riscos por dois mecanismos interligados:

**Aumento da Informação (Data Gathering):** O ambiente de confiança permite que o paciente revele detalhes de sua história, uso de medicamentos alternativos, ou sintomas sutis que poderiam ser retidos por medo ou por vergonha. Esses detalhes, acessados somente pela escuta qualificada, são cruciais para o diagnóstico diferencial e para segurança do paciente.

**Fechamento do Ciclo de Comunicação (Closing the Loop):** O médico que pratica a escuta ativa sempre verifica a compreensão do paciente sobre o diagnóstico e o plano terapêutico, prevenindo a não adesão e os mal-entendidos que levam a complicações. Em resumo, a escuta ativa é um requisito ético, humano e, fundamentalmente, técnico para a segurança do paciente.

### **3.7. FORMAÇÃO MÉDICA: DECLÍNIO DA EMPATIA E A NECESSIDADE DE MUDANÇA CURRICULAR**

Apesar da robusta evidência sobre o valor da escuta e da empatia, a literatura aponta um paradoxo na formação médica. Em uma revisão sistemática que sintetizou as pesquisas com estudantes e residentes, Neumann *et al.*, (2020) revelam o fenômeno do Declínio da Empatia. Essa habilidade, que costuma ser alta no início da graduação, tende a cair significativamente durante o internato e a residência.

Este declínio não é uma falha moral individual, mas uma resposta adaptativa ao sistema. A sobrecarga de trabalho, o estresse crônico, a falta de suporte institucional e a exposição constante ao sofrimento, sem ferramentas de coping, forçam o profissional em formação a criar uma 'barreira protetora', comprometendo a capacidade empática (NEUMANN *et al.*, 2020).

Portanto, o desafio reside na lacuna da formação estruturada. Não basta ter disciplinas de ética; é preciso implementar um currículo que ensine a praticar a escuta e a gerenciar as emoções.

As estratégias pedagógicas que se mostram mais eficazes na literatura foram tema de uma revisão sistemática realizada por Derksen, Bensing e Lagro-Janssen (2021) sobre o treinamento em empatia na prática geral. Os autores evidenciam que programas baseados em role-playing, simulação com pacientes

padronizados e feedback estruturado são eficazes para desenvolver as habilidades relacionais. Contudo, é crucial a avaliação longitudinal, pois, como alertam Epstein e Street *et al.*, (2021), a empatia pode sofrer um declínio durante o internato e a residência, se não for continuamente reforçada e protegida pelo ambiente institucional.

### **3.8. LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS**

É imperativo reconhecer as limitações da produção científica atual. Muitos estudos sobre o tema possuem um delineamento transversal, o que dificulta o estabelecimento de uma clara relação de causalidade entre a empatia e os desfechos (Hojat, *et al.*, 2022). Outro ponto crítico é a subjetividade na mensuração da empatia. Instrumentos validados, como a Jefferson Scale of Physician Empathy — principal ferramenta psicométrica utilizada, na qual os próprios profissionais respondem a um questionário sobre suas perspectivas e atitudes empáticas —, baseiam-se justamente nesse autorrelato, que pode sofrer viés social. Adicionalmente, há uma notável escassez de ensaios clínicos randomizados em países de baixa e média renda, como o Brasil, o que restringe a generalização dos resultados (Neumann *et al.*, 2020). Pesquisas futuras devem, portanto, investir em métodos mistos, que associem medidas psicométricas, indicadores clínicos objetivos e até mesmo biomarcadores neurofisiológicos (Riess *et al.*, 2021).

### **3.9. SÍNTESE PROPOSITIVA: UM MODELO PARA A PRÁTICA E O ENSINO**

A superação dos desafios identificados exige um modelo propositivo que integre a empatia e a escuta ativa de forma sistêmica. Isso envolve investimento institucional, pois, embora pareça uma virtude "sem custos", treinamentos estruturados demandam recursos, tempo curricular e preparo docente (Neumann *et al.*, 2020). Contudo, esses custos são compensados pelas economias indiretas geradas pela redução de reinternações e de litígios. Nesse sentido, propõe-se um tripé para a ação:

#### **Pilar 1: Formação Longitudinal**

A comunicação Clínica não pode ser uma disciplina isolada no ciclo básico. Ela deve ser ensinada de forma longitudinal, acompanhando o estudante em todos os

anos da graduação e se aprofundando no internato. Isso sinaliza sua importância contínua e a impede de ser sobreposta pelo estresse da prática clínica. O ensino longitudinal garante a internalização dessas habilidades como parte da identidade profissional.

#### Pilar 2: Prática Supervisionada e Avaliação Rígida

É imperativo que as habilidades relacionais (escuta, empatia, comunicação de más notícias) sejam avaliadas formalmente. O TCC defende que a nota final do estudante deve ser composta não apenas pela técnica, mas pela capacidade de estabelecer o vínculo terapêutico. Se a habilidade não é avaliada com o devido rigor, o estudante tende a não a priorizar, dedicando seu tempo a áreas que garantem a aprovação.

#### Pilar 3: Institucionalização e Cultura Organizacional

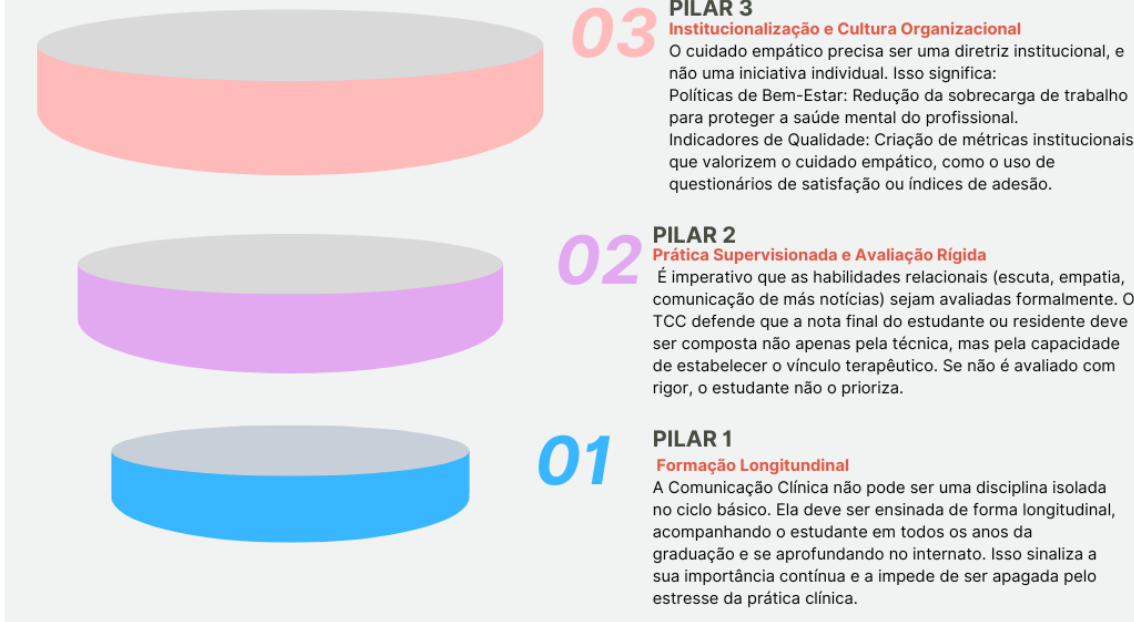
O cuidado empático precisa ser uma diretriz institucional, e não uma iniciativa individual. Isso implica em:

Políticas de Bem-Estar: A redução da sobrecarga de trabalho e o suporte à saúde mental são essenciais para proteger a capacidade empática do profissional. A escola e o hospital devem mitigar o estresse que leva ao 'mecanismo de defesa' da desconexão.

Indicadores de Qualidade: Criação de métricas institucionais que valorizem o cuidado empático, como o uso de questionários de satisfação ou índices de adesão. A institucionalização da empatia garante que o sistema de saúde seja resiliente e promova a formação de profissionais mais completos e humanizados.

Em síntese, a análise da literatura converge para a necessidade de se considerar a empatia e a escuta ativa não como habilidades periféricas, mas como competências centrais da prática médica. A evidência sugere que a adoção sistemática de tais práticas impacta positivamente não apenas a saúde do paciente, mas também a sustentabilidade do sistema de saúde e o bem-estar do próprio profissional.

## O TRIPÉ PARA A AÇÃO



Fonte: próprio autor.

### 3.10. LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA E PERSPECTIVAS FUTURAS

É crucial encerrar o estudo com uma visão crítica sobre as limitações da literatura atual.

A principal limitação é a subjetividade na mensuração da empatia. Instrumentos amplamente utilizados, como a Jefferson Scale of Physician Empathy (desenvolvida por Hojat *et al.*, 2020), dependem do autorrelato, o que é susceptível ao viés social (Neumann *et al.*, 2020). O profissional tende a relatar uma atitude mais empática do que a que realmente praticada, gerando resultados que podem não refletir a prática clínica real.

Outra lacuna é a escassez de Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) em países de baixa e média renda. A maioria dos ECRs com alto rigor metodológico é internacional, o que restringe a generalização das conclusões para a realidade da saúde pública brasileira.

O futuro da pesquisa, portanto, aponta para a necessidade de métodos mistos mais rigorosos, capazes de superar o viés de autorrelato e avançar na objetivação da empatia:

Integração de Indicadores Objetivos: Combinar os dados psicométricos (autorrelato) com indicadores objetivos, como o tempo de fala do paciente na consulta, o índice de satisfação do paciente e a adesão ao tratamento.

Biomarcadores Neurofisiológicos: Avançar na pesquisa com biomarcadores (como a análise de ativação cerebral e a resposta cardíaca do paciente) para objetivar, de fato, a percepção e o efeito da interação empática.

A superação dessas lacunas garantirá que a empatia seja vista cada vez mais como uma ciência e menos como uma arte, fornecendo as bases para um novo paradigma de cuidado

#### **4. CONCLUSÃO**

A análise realizada evidencia que a empatia e a escuta ativa representam competências indispensáveis para a consolidação de uma prática médica centrada na pessoa, que valoriza a integralidade do cuidado e reconhece a singularidade de cada paciente. Para além de atributos subjetivos, essas habilidades se configuram como estratégias clínicas fundamentais, fundamentadas em evidências científicas robustas, associando-se à melhora da adesão terapêutica, à redução de sintomas ansiosos e depressivos, à maior satisfação do paciente e à prevenção de erros clínicos.

A literatura demonstra que tais competências podem e devem ser ensinadas e treinadas durante a formação médica e ao longo da prática profissional, mediante metodologias ativas, simulação clínica, feedback estruturado e currículos longitudinais. Ainda que existam custos associados à sua implementação, estes se mostram inferiores quando comparados aos benefícios gerados, tanto no campo individual quanto no coletivo, traduzindo-se em desfechos clínicos melhores e em maior eficiência dos sistemas de saúde.

Contudo, permanecem lacunas importantes nas evidências, sobretudo em relação à mensuração objetiva da empatia e à escassez de estudos em países de baixa e média renda. Tais fragilidades apontam para a necessidade de novas pesquisas, capazes de integrar indicadores clínicos, psicométricos e até biomarcadores fisiológicos, a fim de ampliar a compreensão da efetividade da empatia no cuidado médico.

Diante disso, conclui-se que a empatia e a escuta ativa não são meros complementos da prática clínica, mas sim elementos constitutivos de um modelo assistencial ético, humano e eficaz. Incorporar tais competências à formação médica, à prática supervisionada e às políticas institucionais configura-se como um imperativo para o fortalecimento de uma medicina que seja simultaneamente técnica e humana, capaz de unir os avanços científicos à valorização da dignidade humana.

## 5. REFERÊNCIAS

BAMBINI, Deborah; DEROO, Tara; JOHNSTON, Catherine. **Innovative strategies for teaching empathy in medical education: impacts and outcomes.** *Medical Education Review*, Oxford, v. 56, n. 4, p. 567–575, Apr. 2022.

DERKSEN, Floris; BENSING, Jozien; LAGRO-JANSSEN, Antoine. **Effectiveness of empathy training in general practice: a systematic review.** *British Journal of General Practice*, London, v. 71, n. 705, p. e606–e614, Aug. 2021.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET, Richard L. **The values and value of patient-centered care.** *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 19, n. 3, p. 216–222, May/June 2021.

HOJAT, Mohammadreza. **Empathy in health professions education and patient care.** *Springer*, New York, 2. ed., 2022.

NEUMANN, Melanie et al. **Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents.** *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 95, n. 6, p. 872–884, June 2020.

PRESTON, Stephanie D.; DE WAAL, Frans B. M. **Empathy: its ultimate and proximate bases.** *Behavioral and Brain Sciences*, Cambridge, v. 44, e24, p. 1–36, July 2021.

RIESS, Helen et al. **Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum.** *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 36, n. 7, p. 1905–1912, July 2021.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa.** São Paulo: Martins Fontes, 2009

ZACHARIAE, Robert et al. **Patient–clinician communication and health outcomes: a systematic review.** *Patient Education and Counseling*, Amsterdam, v. 106, n. 2, p. 322–335, Feb. 2023.