

**UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO–UNIFENAS**

**Camila Bernardes Mendes de Oliveira**

**AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO E DA EMPATIA DOS  
ESTUDANTES NAS TELECONSULTAS E NO  
ATENDIMENTO PRESENCIAL EM UM CURSO DE  
MEDICINA**

**Belo Horizonte**

**2023**

**Camila Bernardes Mendes de Oliveira**

**AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO E DA EMPATIA DOS  
ESTUDANTES NAS TELECONSULTAS E NO  
ATENDIMENTO PRESENCIAL EM UM CURSO DE  
MEDICINA**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Professor Antonio Velano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Linha de Pesquisa: Avaliação do Processo ensino-aprendizagem.**

**Orientador: Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior  
Coorientador: Prof. Dr. José Maria Peixoto**

**Belo Horizonte**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Oliveira, Camila Bernardes Mendes de

Avaliação da motivação e da empatia dos estudantes nas teleconsultas e no atendimento presencial em um curso de medicina. [Manuscrito] / Camila Bernardes Mendes de Oliveira. – Belo Horizonte, 2023. 86 f.

Orientador: Dr. Aloisio Cardoso Júnior.

Coorientador: Dr. José Maria Peixoto.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2023.

1. Motivação. 2. Serviços de atendimento por telefone. 3. Educação médica. 4. Empatia. I. Oliveira, Camila Bernardes Mendes de. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404

# Certificado de Aprovação

**AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO E DA EMPATIA DOS ESTUDANTES NAS TELECONSULTAS E  
NO ATENDIMENTO PRESENCIAL EM UM CURSO DE MEDICINA**

**AUTOR:** Camila Bernardes Mendes de Oliveira

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.



---

Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior



---

Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



---

Profa. Dra. Daniela Almeida Freitas

Belo Horizonte, 18 de agosto de 2023.



**Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior**  
Coordenador do Mestrado Profissional  
Em Ensino em Saúde  
UNIFENAS



**Reitora**

Profª Maria do Rosário Araújo Velano

**Pró-Reitora Administrativo-Financeira**

Dra. Larissa Araújo Velano

**Vice-Reitora e Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Dra. Viviane Araújo Velano Cassis

**Pró-Reitor Acadêmico**

Prof. Dr. Dannel Ferreira Coelho

**Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação**

Profª Dra. Laura Helena Órfão

**Supervisora do Câmpus de Belo Horizonte:**

Profª Dra. Maria Cristina Costa Resck

**Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Prof. Dr. Aloisio Cardoso Junior

*“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria  
produção ou a sua construção”*

*Paulo Freire*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por guiar meus caminhos com sabedoria em todos os passos da minha vida.

Aos meus pequenos filhos Beatriz e Rafael, os quais me impulsionam a ser uma pessoa cada vez mais determinada.

Ao Daniel, que após tantos anos ao meu lado, foi o meu maior incentivador neste projeto. Sua compreensão e seu amor foram fundamentais em todos os momentos.

Aos meus pais Álvaro e Evelin, os quais souberam ensinar que perseverança e humildade são essenciais na vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Aloísio Cardoso Júnior que, com sabedoria, paciência e experiência, compartilhou seus conhecimentos tão essenciais à conclusão desta etapa.

## RESUMO

**Introdução:** A telemedicina é definida como o uso de informações eletrônicas e tecnologias de telecomunicação para manter e promover cuidados em saúde. Atualmente, essa modalidade de atendimento tem sido usada como estratégia de ensino e treinamento de habilidades médicas. Logo, conhecer a motivação e a empatia manifestadas pelos estudantes, tanto na telemedicina, quanto nas consultas presenciais, é importante para o planejamento dos currículos e das estratégias de aprendizagem nos cursos de medicina. **Objetivo:** Avaliar a motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina nas consultas presenciais e nas teleconsultas. **Materiais e métodos:** Alunos do 8º período (n=63), do Curso de Medicina da UNI-BH, alocados pelo curso, para atendimento de teleconsultas (n=28) e para atendimento presencial (n=35), foram selecionados por conveniência, para participar do estudo. A avaliação da motivação foi realizada através da aplicação da versão brasileira do questionário *Instructional Materials Motivation Survey* (IMMS-BRV), na décima terceira semana de atendimento. Para avaliar o comportamento da empatia ao longo do semestre, foi utilizada a escala de Jefferson (JSPE-vs), aplicada na terceira semana e, depois, na décima terceira semana de atendimento. **Resultados:** A motivação foi elevada, em ambos os grupos, em todas as dimensões e na motivação global do IMMS-BRV (escores médios  $\geq 4,4/5,0$  – 88% do total possível). Os estudantes do gênero feminino apresentaram médias superiores com tamanho do efeito grande na dimensão da empatia “*cuidado compassivo*”, e os do gênero masculino apresentaram médias superiores com tamanho de efeito moderado na dimensão da empatia “*capacidade de se colocar no lugar do paciente*”. Quando analisados os resultados do escore global da empatia, observou-se que, antes da exposição prolongada ao AP (atendimento presencial) e ao TA (teleatendimento), no início do estudo (terceira semana), os grupos eram iguais. No entanto, após tal exposição (décima terceira semana), o grupo AP apresentou resultados significativamente superiores aos observados no grupo TA, com tamanho de efeito grande (D de Cohen = 0,86). Fato semelhante ocorreu na dimensão *Tomada de perspectiva*. Houve várias correlações positivas entre motivação e empatia, especialmente, no grupo AP. **Conclusão:** O conjunto das evidências permite afirmar que, no escopo desta pesquisa, as consultas presenciais estiveram associadas a maior desenvolvimento da empatia, ambas as formas de atendimento foram motivadoras e o aumento da motivação está associado ao aumento da empatia dos estudantes no atendimento clínico.

Palavras-chave: Motivação; Teleatendimento; Metodologia ativa; Atendimento presencial; Educação médica; Empatia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Telemedicine is defined as the use of electronic information and telecommunication technologies to maintain and promote health care. Currently, this modality of care has been used as a strategy for teaching and training medical skills. Thus, knowing the motivation and empathy manifested by students, both in telemedicine and during in person consultations, is important for planning curricula and learning strategies in medical courses.

**Objective:** To evaluate the motivation and empathy manifested by medical students during in person consultations and teleconsultations.

**Materials and methods:** 8th period students (n=63), from UNI-BH Medical School, allocated by the course to teleconsultations (n=28) and to in person consultations (n=35), were selected by convenience to participate in the study. Motivation was evaluated by conducting the Brazilian version of the Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV), in the thirteenth week of care. To assess the empathic behavior throughout the semester, the Jefferson scale (JSPE-vs) was used, applied in the third week and then in the thirteenth week of care.

**Results:** Motivation was high in both groups in all dimensions and in the overall motivation of the IMMS-BRV (mean scores  $\geq 4,4/5,0$  – 88% of the possible total). Female students had higher mean scores with large effect size on the empathy dimension "compassionate caring" and male students had higher mean scores with moderate effect size on the empathy dimension "ability to put oneself in the place of the patient". When analyzing the results of the global empathy score, it was observed that before the prolonged exposure to IPC (in person consultation) and TC (teleconsultation) at the beginning of the study (third week), the groups were equal. However, after such exposure (thirteenth week), the IPC group showed significantly higher results than the TC group, with a large effect size (Cohen's  $D = 0.86$ ). A similar fact occurred in the Perspective Taking dimension. There were several positive correlations between motivation and empathy, especially in the IPC group.

**Conclusion:** The set of evidences allow us to state that, within the scope of this research, in person consultations were associated with greater development of empathy, that both forms of care were motivating, and that increased motivation is associated with increased empathy in clinical care.

**Keywords:** Motivation; Telemedicine; Active methodology; In person care; Medical education; Empathy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Elaboração do instrumento de categorização e do instrumento de categorização da empatia demonstrada pelos estudantes.....	<b>30</b>
----------	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas de acordo com o formato da consulta .....	35
Tabela 2	- Avaliação da influência da intervenção nos resultados das dimensões da empatia .....	38
Tabela 3	- Avaliação da influência da intervenção nos resultados das dimensões da motivação .....	39
Tabela 4	- Avaliação da relação entre dimensões da empatia e dimensões da motivação no grupo das consultas por teleatendimento .....	40
Tabela 5	- Avaliação da relação entre dimensões da empatia e dimensões da motivação no grupo do atendimento presencial.....	40
Tabela 6	- Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da empatia .....	42
Tabela 7	- Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da motivação .....	44
Tabela 8	- Avaliação da influência da exposição nos resultados da dimensão “Capacidade de se colocar no lugar do paciente”, considerando-se o sexo.....	47
Tabela 9	- Avaliação da influência da intervenção nos resultados do escore global de empatia, considerando-se a renda familiar.....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS**

d.p.	Desvio padrão
Graf	Gráfico
OBS	Observação
PBL	Aprendizagem baseada em problemas
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TE	Teleducação
TM	Telemedicina
TS	Telessaúde
UNIFENAS	Universidade Edson do Rosário Vellano
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	A Telemedicina no Brasil.....	10
1.2	A Telemedicina na Educação Médica.....	11
1.3	A motivação para aprendizagem.....	14
1.4	A empatia dos estudantes no atendimento ambulatorial.....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo geral.....	23
3.2	Objetivos específicos.....	23
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
4.1	Desenho do estudo.....	24
4.2	Local do estudo.....	24
4.2.1	<i>Atendimento presencial.....</i>	25
4.2.2	<i>Teleconsultas.....</i>	25
4.3	População.....	25
4.4	Critérios de inclusão.....	26
4.5	Critérios de exclusão.....	26
4.6	Amostra, amostragem, recrutamento.....	26
4.7	Coleta de dados.....	27
4.7.1	<i>Instrumentos usados para coletas de dados.....</i>	27
4.8	Etapas do estudo.....	29
4.8.1	<i>Aplicação piloto.....</i>	29
4.8.2	<i>Aplicação dos instrumentos.....</i>	29
4.9	Aspectos Éticos.....	31
4.10	Análise estatística.....	31
4.10.1	<i>Estatísticas descritivas.....</i>	31
4.10.2	<i>Teste t de Student para amostras independentes.....</i>	32
4.10.3	<i>Análise de variância com 1 fator (ONEWAY).....</i>	32
4.10.4	<i>Teste t de Student para amostras pareadas.....</i>	32
4.10.5	<i>Análise de correlação de Pearson.....</i>	32
4.10.6	<i>Tamanho de efeito – d de Cohen.....</i>	32
4.10.7	<i>Probabilidade de significância (p).....</i>	33
5	RESULTADOS.....	34
6	DISCUSSÃO.....	48

<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>APLICABILIDADE.....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As metodologias de ensino-aprendizagem, nos cursos de medicina, estão passando por mudanças significativas, particularmente acentuadas, com o advento das tecnologias digitais de informação e comunicação. Nesse sentido, em revisão crítica da literatura a respeito dos diversos recursos tecnológicos e estratégias de aprendizagem da anatomia humana, Estai e Bunt ressaltaram que não se encontrou um modelo único capaz de alcançar todas as necessidades do currículo. (ESTAI; BUNT, 2016). Dessa forma, a combinação de várias ferramentas instrucionais, mutuamente complementares, pode possibilitar a adoção dos métodos mais convenientes a cada contexto curricular, considerando-se as particularidades de cada curso e levando-se em conta tanto aspectos econômicos quanto sociais. (CARDOSO JUNIOR, 2021).

Assim, melhorias nas tecnologias de comunicação e na internet de banda larga, associadas ao aumento da eficácia e da facilidade no uso de videochamadas, realçou o interesse em sua utilização, bem como levou à expansão dessa ferramenta nos cursos de graduação e pós-graduação. De acordo com a legislação brasileira, a educação a distância é uma modalidade de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados e veiculados pelos diversos meios de comunicação (SPINARDI *et al.*, 2009).

Recentemente, a eclosão da pandemia de Covid-19, verificada no início de 2020, levou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a reconhecer a eticidade da utilização da telemedicina (TM) para orientação e monitoramento de pacientes, bem como para troca de informações entre profissionais, fornecendo auxílio no diagnóstico e na terapêutica, de forma remota (BRASIL, 2020).

Por sua vez, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas nos diagnósticos, prevenção, tratamento de doenças e na contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações.

Portanto, sendo a telemedicina um novo cenário de assistência e, conseqüentemente, de ensino-aprendizagem, a motivação dos estudantes e sua empatia diante das teleconsultas necessitam de maior estudo. Nesse sentido, o presente estudo pretende avaliar a motivação e a empatia de estudantes de medicina expostos ao atendimento ambulatorial presencial e ao teleatendimento, no cenário curricular do Curso de Medicina da UNI-BH, que já adota a forma remota de atendimento.

### **1.1 A Telemedicina no Brasil**

As diretrizes para a telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS, foram estabelecidas pelo Decreto número 9.795, de 17 maio de 2019, editado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Digital. Por sua vez, a Lei Federal número 13.989, de 15 abril de 2020, autorizou o uso da telemedicina durante a pandemia ocasionada pelo coronavírus (SARS-COV-2) com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública. Nesse escopo, em maio de 2022, o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a telemedicina, no Brasil, pela Resolução CFM número 2.314/2022. Nessa esteira, foi publicada no Diário Oficial da União, em 27 de dezembro de 2022, a Lei 14.510 para regulamentar a prática da telessaúde no território nacional. Além dessas normas, a prática de telemedicina deve estar vinculada à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 3.709/2018). Dessa forma, informações pessoais colhidas durante a consulta devem ser protegidas para evitar acesso não autorizado e armazenamento em banco de dados inseguro.

A partir de tais diplomas legais, a telessaúde foi definida como a prestação de serviços por profissionais da área, quando a distância é um fator crítico, usando tecnologias de informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças, para a pesquisa e avaliação e para a educação continuada dos profissionais de saúde, com o interesse de promover a saúde dos indivíduos e suas comunidades. (BRASIL, 2022)

Assim, os campos de atuação, no Brasil, foram assim definidos:

- Teleconsultoria: visa esclarecer dúvidas de profissionais da atenção primária à saúde com base nas melhores evidências científicas;
- Telediagnóstico: permite a avaliação remota de exames utilizando-se de tecnologias de informação e comunicação, visando a redução do tempo diagnóstico;

- Telemonitoramento: permite o monitoramento remoto de pacientes, com coleta de dados clínicos e transmissão de exames, utilizando-se de tecnologias de informação e comunicação;
- Teleducação: disponibiliza conteúdo sobre assuntos de saúde, por meio de ensino a distância, visando a aprendizagem no trabalho.

Nesse contexto, a telemedicina vem sendo vista como uma ferramenta importante para minimizar problemas apresentados pelo sistema de saúde em relação ao acesso, equidade, qualidade e custo. O uso de tecnologias de informação e de comunicação no setor da saúde, para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e para educação continuada de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações, está sendo incorporado ao cenário da educação e assistência médica de forma progressiva e contínua. (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

## 1.2 A Telemedicina na Educação Médica

O modelo de educação médica sofreu várias mudanças após a publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, em 1910, também conhecido como o Relatório Flexner. As alterações consolidadas foram as seguintes: escolas médicas integradas a universidades, associadas a hospitais-escola e ensino das ciências básicas e da prática clínica como protagonistas do curso.

Posteriormente, a evolução do ensino médico chegou a um novo formato curricular visando a competência, a contextualização e a interdisciplinaridade, em detrimento do currículo baseado em conteúdo. Esse novo currículo, baseado em competência, amplia os domínios técnicos da colaboração, liderança, profissionalismo e prioriza as necessidades e qualificações dos estudantes. A competência reúne o conhecimento, o ser e o fazer, habilidades que devem ser treinadas, avaliadas e qualificadas para a formação médica. (COOK; BECKMAN; THOMAS, 2014).

Na esteira da evolução da comunicação digital e da complexidade de incorporar as estratégias pedagógicas às metodologias ativas em saúde, os estudantes da educação médica são estimulados para que respondam rapidamente às ações a fim de desenvolver habilidades necessárias ao mercado de trabalho, de forma individual e coletiva. Nesse contexto, é necessário incorporar a integralidade e a interdisciplinaridade do atendimento médico e

desenvolver estratégias necessárias à aplicabilidade da telemedicina na graduação, incluindo as teleconsultas, permitindo que os alunos estabeleçam e criem habilidades médicas e competências próprias da telessaúde (ARANTES *et al.*, 2013).

Logo, um ponto importante para o amadurecimento da telemedicina brasileira foi a aplicação e otimização da educação a distância, com a expansão dos grupos de pesquisa nas instituições universitárias e a estruturação da telemedicina como disciplina em algumas faculdades, como na Universidade de São Paulo (USP).

Dessa forma, a rede Universitária de Telemedicina (RUTE) é um projeto sob a coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e integrado ao programa Telessaúde Redes, uma iniciativa do Ministério da Saúde, que busca melhorar o atendimento na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e saúde. Nessa parceria, a RUTE vem implantando a infraestrutura de comunicação nos hospitais universitários e de ensino, já fazendo parte da rotina de determinados serviços. A seu modo, o Estado de Minas Gerais priorizou a implantação do serviço de eletrocardiograma devido ao perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares na região. No Rio de Janeiro, foi dada ênfase à avaliação de exames radiológicos, denominado TeleRx. Na região Sul do país, adotou-se o telediagnóstico para doenças respiratórias crônicas e a transmissão de exames de imagem para serem laudados por especialistas, residentes em São Paulo. Destacam-se, ainda, na teleducação, iniciativas como o Projeto Homem Virtual, o Projeto Jovem Doutor e o Projeto Sala de Aula Interativa do Futuro. (MESSINA; RIEIRO FILHO; LOPES, 2013).

O panorama da implantação da telemedicina na educação médica do Brasil envolveu nomes como Chao Lung Wen e Gyorgy Miklós Bogm, com a origem da disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP, executando projetos que envolvem tecnologias distintas na teleducação. Segundo Wen, a telemedicina, no contexto americano, é a tecnologia utilizada para viabilizar a medicina a distância. Já no Brasil, trabalha-se com o conceito da telemedicina como cadeia produtiva de saúde, usando a tecnologia para promover o bem-estar da sociedade. (WEN, 2016)

Diante da formação médica, estudiosos defendem a incorporação da telessaúde, visando uma assistência em saúde de qualidade, segura e individualizada, reduzindo os custos assistenciais, não substituindo, entretanto, a prática clínica presencial. Como exemplo, no Hospital Militar

de Área de Manaus (HMAM), foi implantado o projeto telemedicina em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF) e o Hospital Central de Exército (HCE), para beneficiar a família militar que vive em locais remotos. Nessa efetivação, utiliza-se a tecnologia de imagens holográficas, em tempo real, procedimento intermediado por um Consultório de Saúde Virtual (CSV), situado numa região longínqua, conectado a um Centro da Saúde Holográfico (CSH). Essa iniciativa possibilita o acompanhamento de pacientes geograficamente distantes, com presteza no atendimento ambulatorial e diminuição dos custos de locomoção. O projeto possibilita que o médico generalista atue sob supervisão de um médico especialista, tudo em tempo real e com imagens em três dimensões, favorecendo a interação entre paciente, médico assistente e o especialista. (FONSECA *et al.*,2017)

No mesmo sentido, estudo realizado em 2013 descreveu a experiência do uso da telemedicina no processo de ensino-aprendizagem em pediatria, com protagonismo dos estudantes da Universidade Federal do Ceará. Foram descritos e observados aprimoramentos na anamnese, indicação de exames complementares, formulações de diagnósticos e descrições consideradas importantes para o cuidado em Pediatria. (ALMINO *et al.*,2014)

A prática, no contexto educacional da Telessaúde, ocorre em sessões interativas, sob supervisão de um facilitador, consistindo no *debriefing*, que leva à reflexão sobre as ações executadas naquele cenário, representando um verdadeiro encontro colaborativo entre o tutor e seus alunos. A evolução do aluno diante do processo de amadurecimento e desenvolvimento da empatia, bem como sua motivação para a atividade, estão associadas ao êxito do processo (ARANTES *et al.*, 2013).

Nesse sentido, de acordo com Spinardi (2017), um bom facilitador deve:

- acolher os alunos e garantir o engajamento de todos;
- oferecer eventuais explicações acerca da tecnologia aplicada;
- rever os processos e a sequência de ações executadas, esclarecendo dúvidas e estimulando o debate entre os estudantes;
- corrigir condutas que impactaram negativamente a evolução clínica;
- controlar a duração da discussão;
- mostrar-se acessível para possíveis questionamentos futuros.

Essas técnicas devem ser estimuladas e introduzidas no acompanhamento dos alunos visando despertar a motivação e a empatia, da mesma forma como se criam estratégias no ambiente presencial (SPINARDI, 2017).

### **1.3 A motivação para aprendizagem**

A palavra motivação, derivada do latim “movere” (mover-se), é um sentimento que acarreta a busca de interesses para a aprendizagem do adulto, impulsionando o indivíduo para satisfazer uma necessidade ou atingir um objetivo. Em seu componente intrínseco, a motivação está baseada nas características pessoais como esforço, experiência prévia e objetivo do aluno. No componente extrínseco, envolve estímulos externos do ambiente, da comunidade e da instituição de ensino, que pode contribuir com metodologias adequadas a cada contexto de aprendizagem. (LEBLANC; MCCONNELL; MONTEIRO, 2015).

Dessa forma, a motivação para aprendizagem é um fator relevante que se traduz no esforço dos estudantes na busca para aquisição de novos conhecimentos. Relaciona-se diretamente aos esforços alcançados por determinada pessoa na obtenção de uma aprendizagem específica ou no desenvolvimento e ampliação de uma habilidade. Ou seja, está diretamente relacionada ao esforço que os estudantes decidem imprimir para aprender, ao tempo que dispensam para realização de tarefas e ao seu envolvimento com as atividades instrucionais. Os indivíduos são diferentes em relação às suas bagagens e às experiências vivenciadas ao longo das suas diferentes fases da vida, sendo comum que cada um proponha uma maneira diferente para agir em busca de suas motivações. (BERGAMINI, 1990).

Assim, várias teorias foram desenvolvidas para explicar os componentes que interferem na motivação para a aprendizagem devido à complexidade desse conceito e dos aspectos que incorporam a motivação.

Em 1943, Abraham Maslow propôs uma teoria com base nas necessidades humanas. Nela, o indivíduo só sente o desejo de alcançar o próximo estágio se a necessidade do nível anterior foi solucionada, afirmando que a motivação para realizar tal necessidade ocorre de forma gradativa. Aprimorando seus estudos, ele propôs a pirâmide de hierarquia das necessidades, podendo ser chamada de pirâmide de Maslow, publicada em seu artigo “A teoria da motivação humana” (MASLOW, 1943; GOBBI, 2021).

Essa pirâmide está estratificada em 5 categorias: fisiológica; segurança; afeto; estima e autorrealização. A base da pirâmide é composta pelas necessidades mais básicas relacionadas com a sobrevivência, como a fome e a sede, seguida da segurança, do amor/afeto e da estima. O ápice da pirâmide é a realização pessoal, em que o indivíduo se sente realizado com o que promoveu e tem promovido ao longo da vida. Ou seja, realiza suas ações de forma hierárquica, cujo ponto mais alto são os sentimentos principais da motivação que acarretam o crescimento e a evolução do ser humano, vislumbrando-se aí correlação com a própria empatia (GOBBI, 2021).

No campo educacional, há bastante interesse pelos aspectos motivacionais da aprendizagem porque os estudos evidenciam que a motivação pode provocar efeito no desempenho e na aprendizagem, assim como a aprendizagem pode influenciar a motivação (LEAL; MIRANDA; CARMO, 2013).

Na década de 1970, surgiu a Teoria da Autodeterminação (TAD), a qual afirma que as pessoas, além de serem guiadas por suas necessidades de autonomia e determinar seu próprio comportamento, também procuram maneiras de adquirir competências e relacionamentos positivos nas relações sociais (APPEL-SILVA; WENDT; ARGIMON, 2010). Um importante aspecto da TAD é a separação de duas diferentes questões motivacionais: porque versus para que. Nessa teoria, o estudante reflete qual o objetivo da atividade e por que desempenhar esse objetivo, sopesando quais os motivos que o levam ao esforço para atingi-lo. Assim, o professor influencia a motivação dos alunos, observando que são seres diferentes, com propósitos diferentes sobre a aprendizagem, não respondendo de igual maneira. (RYAN; DECI, 2000)

Nos parâmetros do processo da aprendizagem, a motivação é um dos principais aspectos que determinará o rendimento individual, pois um estudante motivado apresenta maior chance de atingir um maior desempenho acadêmico, já que a motivação é considerada um componente intrínseco e profundo da natureza humana. (BERGAMINI, 1990).

Outros pesquisadores avaliam que o componente do esforço é gerado pelo grau de importância que o aluno atribui à tarefa, afirmando que os alunos não devem apenas dominar o conteúdo, mas sentir confiança na sua capacidade de executá-lo. (HAUZE; MARSHALL,

2020)

Os autores Ryan e Deci (2000) observaram que as motivações individuais são diferentes, conduzidas por contextos que acarretaram manifestações próprias. Sugerem que estudantes altamente motivados se envolvem ativamente nos estudos sem se preocupar com recompensas externas (motivação intrínseca), ou seja, estão envolvidos em suas competências, autonomia e habilidades, buscando atingir o seu contentamento. Porém, se pouco motivados, podem ter as habilidades necessárias ao aprendizado comprometidas, não alcançarem a competência esperada naquela atividade e dependerem de recompensas externas (motivação extrínseca), como o sucesso nas avaliações. (CARDOSO JUNIOR, 2021). Ao avaliar as condições associadas socioambientais, quando o indivíduo reage a uma atividade pelo interesse de ser recompensado de forma material, social ou por reconhecimento de suas competências e habilidades, percebe-se que elas estão correlacionadas à motivação extrínseca, contrastando com a motivação intrínseca já que se trata de algo autônomo. (PAIVA, BORUCHOVITCH, 2010)

No ambiente acadêmico, a motivação tem uma relação diretamente proporcional com o rendimento individual e seu comportamento, com implicações para os múltiplos desfechos de aprendizagem. O estudante precisa estar motivado para aproveitar as experiências proporcionadas naquela atividade, possibilitando o crescimento e melhor desempenho acadêmico (TYNG *et al.*, 2017).

Um estudo realizado na *University Medical Center Utrecht*, por Kusrkar *et al.* (2009), com estudantes de medicina do sexto ano, observou-se correlação positiva entre a motivação intrínseca, no desempenho acadêmico, com estratégias de estudo e horas de autoestudo e correlação negativa com exaustão. Outros pesquisadores, como Hayat *et al.*, concluíram a relação proporcional entre motivação, aprendizado e ambiente educacional. Por sua vez, Lozano *et al.* (2009) afirmam que alunos motivados por atividades educativas concluem essas atividades para sua própria satisfação, sendo responsáveis pelo seu progresso e evolução. (LOZANO, 2009; CADETE FILHO; PEIXOTO; MOURA, 2020)

Segundo a Teoria Expectativa-Valor, formulada por John William Atkinson, há elementos cognitivos na motivação, portanto, sendo considerada uma teoria cognitivista (ATKINSON; BIRCH, 1978). Baseada nos elementos que promovem as expectativas sobre a realização de uma meta e o valor atribuído a ela, a motivação é o resultado da interação de 3 componentes:

- motivo (necessidade de realização);
- probabilidade de sucesso (expectativas);
- valor de incentivo da tarefa.

Baseado nesses 3 constructos, os motivos são traços estáveis do indivíduo que o estimulam a se esforçar para resolver uma tarefa com êxito e sentir orgulho dela ou para reduzir e evitar o mau desempenho. As expectativas são percepções que uma pessoa tem para cumprir e finalizar um objetivo. O valor de incentivo é o valor atribuído para alcançar um objetivo, podendo ser positivo ou negativo. Logo, o valor de incentivo e as expectativas são variáveis entre as pessoas, constituindo componentes essenciais no alcance da compreensão dos comportamentos de sucesso e dos resultados atingidos. (ECCLES; WIGFIELD, 2002).

Baseando-se na teoria expectativa-valor, teoria da Autoderminação e demais teorias e conceitos motivacionais, Keller (1987) propôs o modelo ARCS (*Attention, Relevance, Confidence and Satisfaction*) de design motivacional. A atenção se refere às estratégias usadas para despertar e sustentar a curiosidade e interesse dos alunos durante as atividades. Estratégias de relevância auxiliam a relacionar seus conhecimentos prévios com o novo conhecimento apresentado. A confiança auxilia os estudantes a desenvolver expectativas positivas de sucesso, no desempenho da tarefa. A satisfação relaciona-se ao fim da atividade proposta e fornece reforço, extrínseco e intrínseco, ao esforço durante o conhecimento adquirido. O aluno precisa ter curiosidade para iniciar a tarefa, despertando sua atenção, identificar a relevância do assunto, avaliar se terá sucesso na atividade proposta e sentir-se confiante ou não no seu desempenho. Essa inter-relação entre os quatro componentes do modelo ACRS permite estabelecer metas necessárias para o processo de aprendizagem. (SMALL, 2000)

O modelo ACRS de design motivacional fundamenta o constructo do instrumento *Instructional Materials Motivation Survey* (IMMS), utilizado para mensurar a motivação de estudantes expostos a materiais de ensino ou estratégias instrucionais. (KELLER, 2009). Assim, o *Instructional Materials Motivation Survey* (IMMS) é um questionário utilizado em vários países difundindo-se em áreas tecnológicas de ensino-aprendizagem, o qual estima o quanto estudantes estão motivados para uma determinada atividade. Tal instrumento foi traduzido, adaptado, transculturalmente, e validado no Brasil, gerando sua versão brasileira (IMMS-BRV), utilizado nesta pesquisa e descrito na metodologia do presente estudo

(CARDOSO JUNIOR; FARIA, 2021).

Como se depreende do estudo das teorias motivacionais, conhecer a motivação dos estudantes para atividades ambulatoriais, sejam elas presenciais ou através da telemedicina, utilizando-se de instrumento de medida com parâmetros adequados de confiabilidade e validade, como o IMMS-BRV, pode orientar na adoção de medidas que contribuam para a efetividade da aprendizagem nos cursos médicos.

#### **1.4 A empatia dos estudantes no atendimento ambulatorial**

A empatia deriva do grego *empathéia*, ou seja, consideração pelos sentimentos do outro. Portanto, é considerada como a habilidade de perceber, entender o sentimento e a perspectiva alheia.

Rogers (1977) ressaltou que a empatia é importante para o crescimento pessoal do outro. Por sua vez, Hogan (1969) e Wispé (1986) apontaram a importância do aspecto cognitivo da empatia, ou seja, da capacidade de tomar a perspectiva do outro e aprender a condição e estado de espírito dele. Já Clark *et al.* (1996) definiram sua dimensão afetiva, baseada na capacidade de sentir a experiência, os desejos e os anseios do outro como se fossem seus. Hojat *et al.* (2001) aproximam-se da definição proposta por Rogers (1977), traduzindo a empatia como atributo cognitivo relacionado à compreensão das experiências do outro, afastando-se do conceito de simpatia, que se trata de uma partilha afetiva. (HOJAT *et al.*, 2001)

Portanto, a empatia é uma habilidade relacionada ao que se chama de inteligência emocional, que abrange componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, sendo fundamental para os profissionais da saúde no atendimento de seus pacientes. Vários estudos sobre inteligência emocional descrevem que a empatia abrange três componentes: o afetivo, o cognitivo e um regulador das emoções (FALCONE, 2003; EKMAN, 2003; DECETY; COWELL, 2014).

O componente afetivo baseia-se no entendimento de estados emocionais dos outros, atendendo às necessidades, sendo considerado um mecanismo espontâneo. Reflete a capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros. Entretanto, não acarreta necessariamente vivenciar os mesmos sentimentos da outra pessoa, mas, sim,

vivenciar um entendimento que é sentido por ela ou de vivenciar um afeto que está mais voltado para a situação do outro do que para a própria situação (FALCONE *et al.*, 2008; HOFFMAN, 1992).

O componente cognitivo refere-se à capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas. A tomada de perspectiva, de se colocar no lugar do outro, envolve neutralidade e imparcialidade, e o componente regulador das emoções é responsável por gerenciar e explicitar a resposta empática. Esse processo associa a competência ao raciocínio social. Colocar-se no lugar do outro e relatar o que ele está pensando ou sentindo pode ser considerado um componente vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O componente comportamental é fundamental para que a outra pessoa se sinta verdadeiramente compreendida. A preocupação empática refere-se à sensibilidade para consolar o outro indivíduo, sendo imprescindível para que a outra pessoa se sinta verdadeiramente compreendida. Após entender a percepção do outro, pode ocorrer a motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis e definir as ações a serem realizadas para solucionar os problemas encontrados (PEIXOTO; MOURA, 2020). Percebe-se, nesse ponto, congruência entre empatia e motivação, no contexto do cuidado, da relação aluno-paciente, estabelecida nas consultas, sejam elas presenciais ou teleconsultas, gerando um ciclo virtuoso de retroalimentação.

Recentemente, Fuchs (2017) descreveu a empatia com dois níveis distintos em relação à forma de manifestação. A empatia primária, classificada como nível 1, representa a forma implícita na qual as emoções observadas nas outras pessoas são sentidas e experimentadas pelo observador, denominando de ressonância corporal. Já o nível 2 representa a empatia estendida, forma explícita em que o observador imagina como seria estar no lugar do outro, refletindo e fazendo interferências, chamada de transposição imaginária, uma forma que proporciona a possibilidade de uma compreensão social de nível superior.

Na área médica, a definição de empatia consiste em identificar e compreender os sentimentos do doente, promovendo aumento da confiança, da lealdade e do respeito entre médico e paciente, baseando-se na tomada de perspectiva, na autoconsciência, na consciência do outro e na reavaliação da emoção, além da expressão verbal e não verbal do entendimento.

Dessa forma, a empatia é um fator importante na relação estabelecida com os pacientes e tem efeitos benéficos sobre a prática médica, na adesão ao tratamento e na satisfação com o médico, refletindo na qualidade de vida e bem-estar do paciente (HOJAT,2007; TANY.; ONG; TAN L., 2021).

Por vários anos, os estudantes de medicina foram orientados a terem neutralidade na relação médico-paciente, para não serem influenciados pelas emoções e serem capazes de tomar a melhor conduta frente ao paciente, chamada por alguns autores de “preocupação desapegada”. Entretanto, esse pensamento é oposto àquele dos defensores do comportamento empático, valorizando o bom relacionamento médico-paciente. Nos últimos anos, o estudo da empatia, considerada uma habilidade cognitiva, vem ganhando espaço, por acreditarem que ela pode ser aprimorada ou desenvolvida através do ensino (BATT-RAWDEN, 2013). O desenvolvimento do sentimento empático é fundamental em estratégias de humanização e cuidado, atreladas a cuidados em saúde e formação médica técnica, socialmente responsáveis, e como tal, vem sendo reconhecido, gerando grande interesse pelo estudo e promoção dessa habilidade no meio acadêmico (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Nesse contexto, vários estudos mostram que o comportamento empático dos médicos gera resultados expressivos em relação à acurácia terapêutica, adesão pelo paciente ao tratamento e satisfação dele pela consulta, gerando uma relação de confiança. (VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018; RIESS; KRAFT-TODD, 2014; PREUSCHE; LAMM, 2014). A consulta clínica, que promove o bem-estar do paciente, é um dos principais pilares que embasam as habilidades empáticas como ponto-chave, relacionadas à escuta para promover as relações interpessoais e a sensação de bem-estar (NATIVIDADE; SUCUPIRA,2022).

No entanto, estudos americanos vêm demonstrando a queda da empatia desde o início da graduação até o final da formação médica, sendo notado que os pacientes perdem a sua individualização e passam a serem abordados pelo diagnóstico. Observa-se, ademais, em alguns estudos, que o sexo feminino e especialidades clínicas estão mais associadas a uma habilidade empática maior, baseada na escuta e na consulta centrada no paciente (VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018; HAN; PAPPAS,2018).

Considerando a importância dessa habilidade e a necessidade de mensurar se em algum momento do ciclo de atendimentos observa-se ganho ou erosão da empatia, foi desenvolvida a

Escala Jefferson de Empatia Médica – versão para estudantes (JSPE-vs). Esse instrumento, adequado ao contexto médico, foi validado em 25 idiomas para aferição de empatia em contextos clínicos, mensurando a percepção do estudante em relação ao seu comportamento empático, nos cuidados com o paciente e no comportamento da relação médico-paciente. Além de avaliar o domínio cognitivo da empatia, aborda alguns aspectos afetivos, baseando-se na tomada de perspectiva, no cuidado compassivo e na capacidade do médico/estudante se colocarem no lugar do paciente (COSTA; AZEVEDO, 2010; HOJAT *et al.*, 2001).

De acordo com Hornblow, Kidson e Ironside (1988), as escolas médicas têm a necessidade constante de treinar sistematicamente qualidades humanísticas em seus alunos, promovendo mudanças de caráter profundo e inovador. Em instituições de ensino que já optaram por reformas curriculares, essas foram motivadas pela busca de formar médicos que, entre outras características, possuam um contato continuado com seus professores e seus pacientes e sejam capazes de criar vínculos com os pacientes e de exercer uma medicina integral.

Portanto, no âmbito da educação médica, a motivação e a empatia fornecem informações para que gestores da escola e professores possam realizar um diagnóstico nas áreas em que atuam e planejar ações educativas mais eficientes. Dessa forma, com o intuito de observar indicadores de qualidade da entrevista clínica, o presente projeto avaliou a motivação e a empatia dos estudantes de medicina em relação ao atendimento de consultas presenciais, dito tradicional, e ao teleatendimento, utilizando como instrumentos de medida o IMMS-BRV e a JSPE-vs.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A introdução da telessaúde na graduação em medicina no Brasil é uma realidade recém incorporada aos currículos, ainda pouco estudada, carecendo de melhor balizamento e maior conhecimento de seus desfechos em relação às práticas presenciais tradicionais.

Logo, torna-se relevante conhecer as atividades vivenciadas pelos estudantes que utilizam essa ferramenta tecnológica e seus efeitos na motivação e na empatia dos alunos, contrastando-os ao atendimento presencial tradicional.

Diante da escassez de pesquisas nesse sentido, este estudo justifica-se por avaliar o comportamento da motivação e da empatia dos estudantes na telessaúde, verificando se os resultados são tão eficientes quanto os alcançados em consultas presenciais, visando melhor entendimento dessa ferramenta de atendimento no contexto educacional.

Assim, os resultados do estudo fornecerão um diagnóstico do comportamento motivacional e da empatia dos estudantes na estratégia telessaúde em relação aos atendimentos presenciais convencionais, podendo orientar ações de aprimoramento do currículo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Avaliar a motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina nas consultas presenciais e nas teleconsultas em um semestre letivo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Mensurar a motivação dos estudantes ao final do semestre letivo.
- Mensurar a empatia dos estudantes no primeiro e último mês do semestre letivo.
- Comparar a motivação e a empatia manifestadas pelos estudantes no atendimento presencial e na teleconsulta.
- Correlacionar a motivação e a empatia de estudantes de medicina em atendimentos presenciais e nas teleconsultas.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de estudo quantitativo observacional.

Realizou-se análise transversal da motivação e longitudinal da empatia.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no Curso de Medicina da Universidade UNI-BH, a qual oferece mais de 40 cursos de Graduação, nas modalidades Bacharelado, Licenciatura e Graduação Tecnológica, além de vários cursos de Pós-Graduação *lato sensu*.

O curso de medicina (CM) objetiva promover o desenvolvimento integral do estudante, por meio de metodologias ativas e espaços de aprendizagem transformadores, além de investir constantemente em tecnologias para contribuir e aumentar o desenvolvimento cultural e técnico dos alunos.

A matriz curricular foi modificada, em 2020, para oferecer um ensino integrado em módulos, divididos em Unidades Curriculares (UC), utilizando metodologias ativas em substituição às disciplinas isoladas, buscando uma compreensão global do conhecimento. Nesse novo currículo, o estudante é incentivado a desenvolver competências que contribuam para a visão global do paciente. As UC's aliam experiências reais e simuladas, desenvolvimento de projetos de pesquisa, bem como a interação entre professores e alunos na resolução de problemas, de forma crítica.

Visando ampliar o acesso e dar continuidade à assistência médica, foi implementada parceria com a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), entidade sem fins lucrativos, cujo objetivo principal é a recuperação e reintegração social dos condenados a penas privativas de liberdade. Nessa parceria, o Curso de Medicina da UNI-BH vem promovendo a sistematização do processo de teleconsulta e a construção de um ambiente de apoio ao diagnóstico e terapêutica, permitindo integrar os aspectos de teleassistência e teleeducação.

Dessa forma, os estudantes têm a oportunidade de iniciar a prática do teleatendimento a consultas médicas, e a universidade, de implementar e aprimorar uma prática que já é realidade na medicina que, pelo visto, ganhará proporções crescentes ao longo das próximas décadas.

#### ***4.2.1 Atendimento presencial***

O atendimento presencial foi realizado na especialidade clínica médica. No período estudado, as consultas ocorrem durante 6 turnos da semana. As turmas são distribuídas em 3 salas para que um aluno atenda o paciente, e os demais alunos sejam observadores. Em cada turno, são agendados 4 pacientes por turma. Após o aluno colher a anamnese e realizar o exame físico, o professor é chamado ao consultório para concluir o atendimento e as orientações sobre propedêutica e terapêutica.

#### ***4.2.2 Teleconsultas***

A telessaúde é uma disciplina optativa realizada duas vezes por semana, com uma média de 10 atendimentos/semana, na especialidade clínica médica, atendendo a população formada por mulheres recuperandas da APAC. Os alunos utilizam a ferramenta Prontlife® (prontuário eletrônico). A sala virtual é dividida entre o aluno responsável pela consulta, os alunos observadores e o preceptor. O prontuário é compartilhado simultaneamente entre todos os envolvidos no atendimento, com o objetivo de oferecer, com eficiência, eficácia e ética, a assistência a distância, por meio de tecnologia de Informação e Comunicação, oferecendo serviços inovadores de cuidado à saúde. A complexidade do traslado de pacientes detentas aos serviços de saúde é um fator de importância na escolha do teleatendimento para essa população.

### **4.3 População**

A população do estudo foi composta por 76 alunos matriculados no 8º período do Curso de Medicina do Centro Universitário UNI-BH, no primeiro semestre do ano de 2022. Esse é o último período antes do Internato, quando as atividades de ensino se voltam para prática nos serviços de saúde, em unidades básicas de saúde e unidades hospitalares. Nesse momento do curso, a avaliação da empatia e da motivação dos estudantes, desencadeadas pelos

atendimentos aos pacientes, é crucial na formação dos futuros médicos, especialmente quando se trata de uma estratégia inovadora como a teleconsulta.

#### **4.4 Critérios de inclusão**

- Estar regularmente matriculado no 8º período do curso de medicina do UNIBH.
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo.

#### **4.5 Critérios de Exclusão**

- Alunos que já tenham tido experiência prévia em teleconsulta.
- Desejo declarado do participante de deixar o estudo.
- Falta de aderência ao protocolo do estudo.
- Erro de alocação nos grupos do estudo.

#### **4.6 Amostragem, amostra e recrutamento**

A amostragem dos participantes foi não probabilística por conveniência. Os estudantes da população-alvo, após explicação sobre o assunto, foram convidados pelos pesquisadores a participarem da pesquisa através de convite em sala de aula.

Realizada a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os estudantes foram selecionados para a pesquisa após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). A qualquer momento do desenvolvimento do projeto, o discente poderia se retirar dele sem maiores transtornos, conforme previamente explicitado nos critérios de exclusão e no próprio TCLE.

Todos os alunos que atenderam aos critérios de alocação do estudo e que estavam aptos a participar compuseram o conjunto amostral desta pesquisa, formando uma amostra probabilística final de 63 estudantes. Desses, foram incluídos 28 alunos no grupo teleatendimento e 35 alunos, no grupo atendimento convencional.

Por se tratar de estudo realizado em campos de estágio curriculares, a alocação dos

estudantes, nas duas formas de atendimento, obedeceu ao que fora determinado pela secretaria do curso de medicina, não havendo interferência dos pesquisadores.

#### **4.7 Coleta de dados**

Os dados da pesquisa foram coletados em maio e julho de 2022, por meio de questionário sociodemográfico (QSD – APÊNDICE B) e de instrumentos para avaliação da motivação, Versão Brasileira Validada do *Instructional Materials Motivation Survey* (IMMS-BRV, ANEXO A) e da empatia, Escala Jefferson de Empatia Médica - versão para estudantes (JSPE-vs, ANEXO B). Esses instrumentos foram aplicados aos estudantes que participaram dos atendimentos presenciais e das teleconsultas utilizando-se link de acesso à plataforma *online Google Forms*, de forma anônima e enviado para os estudantes, via chat, durante os encontros síncronos das estratégias educacionais.

##### **4.7.1 Instrumentos usados para coletas de dados**

- Questionário sociodemográfico

Após o convite realizado pelos pesquisadores, seguiu-se o preenchimento do questionário pelos estudantes que concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento. O QSD foi aplicado com o objetivo de avaliar variáveis que pudessem estar correlacionadas aos escores de empatia e de motivação dos estudantes tais como: idade; gênero; renda familiar; trabalho voluntário; visita ao sistema prisional; experiências com doenças graves; estudo com algum auxílio financeiro e especialidade de interesse. O QSD pode ser visto no APÊNDICE B.

- *Instructional Materials Motivation Survey*– Versão Brasileira

Para mensuração da motivação, foi aplicado o instrumento IMMS-BRV (ANEXO A), adaptado ao escopo da presente pesquisa. O IMMS-BRV é autoaplicável, sendo composto de 25 itens divididos em quatro dimensões: interesse, confiança, atenção e expectativa. Seus itens são pontuados através de escala *Likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os itens foram adaptados para adequação ao contexto de aplicação, conforme orientação do autor (KELLER, 2009). A pontuação varia de 25 a 125 pontos, podendo-se avaliar cada domínio ou o escore total, gerando, assim, a nota da motivação. Os

valores mínimos, máximos e médios para cada domínio variam, pois o número de itens é diferente e eles são independentes. As pontuações mais altas no escore total indicam maior motivação. A escolha do IMMS-BRV para a presente pesquisa justifica-se porque o IMMS, do qual ele se originou, tem sido aplicado em diversos contextos de aprendizagem relacionados ao uso de estratégias motivacionais, inclusive em ambientes tecnológicos de aprendizagem (CARDOSOJUNIOR; FARIA, 2021).

Originalmente publicado em inglês americano, o IMMS foi submetido à tradução e adaptação transcultural ao português do Brasil (CARDOSOJUNIOR, 2020). Posteriormente, a versão brasileira traduzida foi validada psicometricamente, gerando o IMMS-BRV (CARDOSOJUNIOR; FARIA, 2021). Os parâmetros de confiabilidade de suas dimensões são: Interesse (alfa de Cronbach = 0,93); Confiança (alfa de Cronbach = 0,87); Atenção (alfa de Cronbach = 0,76); Expectativa (alfa de Cronbach = 0,78).

- Escala de Empatia de Jeferson (JSPE-vs)

AJSPE-vs foi desenvolvida em 2001, na Filadélfia (EUA), por pesquisadores da Instituição Jefferson Medical College (HOJAT *et al.*, 2001). Posteriormente, foi traduzida e adaptada para o português brasileiro por Paro *et al.* (2012), (ANEXO B).

A escala de Jefferson é um dos instrumentos utilizados para mensurar a empatia do estudante em relação ao paciente, sendo validada em vários países. Analisa fatores como cuidado compassivo, capacidade do médico de se colocar no lugar do paciente e tomada de perspectiva. Portanto, avalia o domínio cognitivo da empatia e aborda aspectos afetivos (HOJAT *et al.*, 2001).

A escala é constituída por 20 perguntas relacionadas à empatia, pontuadas em escala de Likert, cujos valores variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). As pontuações mínimas e máximas possíveis são, respectivamente, 20 e 140 pontos para o escore global; 11 a 77 para a dimensão *compaixão*; 2 a 14 para a dimensão *capacidade de se colocar no lugar do paciente* e 7 a 49 para a dimensão *tomada de perspectiva*. Não existe um ponto de corte na avaliação produzida, a pontuação é gradativa, e, quanto maior a pontuação obtida, mais empático será o estudante avaliado (AGUIAR *et al.*, 2009. PARO *et al.*, 2012).

A metade dos itens é considerada positiva, tendo pontuação direta, e a outra metade, negativa, com pontuação reversa. A consistência internada verificada pelo alfa de Cronbach é de 0,71 (PARO *et al.*, 2012).

#### **4.8 Etapas do estudo**

O estudo foi desenvolvido em duas etapas conforme descrito a seguir.

##### ***4.8.1 Aplicação piloto***

A aplicação piloto foi realizada em abril de 2022, com recrutamento de 19 alunos regularmente matriculados no terceiro ano do curso de medicina. Nessa fase, foram realizados os procedimentos previstos no projeto e aplicados os questionários para verificar a dinâmica do estudo, com o objetivo de padronizar a fase de coleta de dados, corrigindo eventuais inconsistências, antes de sua execução.

##### ***4.8.2 Aplicação dos instrumentos***

Iniciado o semestre letivo, na primeira semana, os alunos que atuaram nas teleconsultas receberam o treinamento para utilização do prontuário eletrônico Prontlife<sup>®</sup>. Tanto os alunos que realizaram os atendimentos de teleconsulta de clínica médica da APAC (Grupo TC, n=28) quanto os alunos que realizaram os atendimentos presenciais no ambulatório de clínica médica (Grupo AP, n=35) foram alocados pela secretaria do curso, da maneira habitualmente utilizada no Curso.

A primeira aplicação da escala de empatia (JSPE-vs) foi definida para a terceira semana de atendimentos, a fim de que os alunos estivessem familiarizados com o prontuário eletrônico e com o atendimento presencial, podendo, então, concentrar sua atenção nos pacientes atendidos. Após 10 semanas (décima terceira do semestre letivo), foi novamente aplicada a escala JSPE-vs para verificar se havia alteração da empatia ao longo desse período, a partir das experiências vividas pelos estudantes no atendimento aos pacientes e nas observações das consultas conduzidas pelos colegas.

A motivação foi avaliada de forma transversal, na décima terceira semana, para verificar a

motivação dos estudantes em relação a ambas as formas de atendimento e correlacionar suas dimensões com as dimensões da empatia. A escolha pela avaliação pontual deu-se em função da presunção de haver estabilidade da motivação ao longo do período avaliado, esperando-se, então, entender a motivação dos discentes pelos atendimentos após transcorrido o semestre letivo. Além disso, especialmente em relação às dimensões confiança e expectativa da motivação, é preciso um tempo de prática para que o estudante forme a convicção dessa percepção.

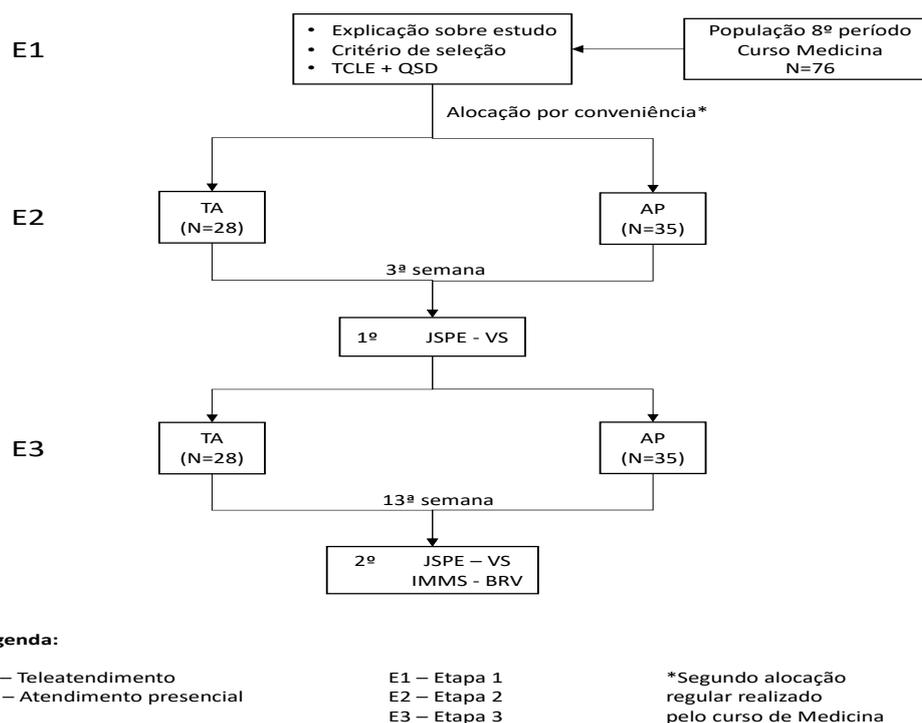
Assim sendo, o QSD, o IMMS-BRV e a escala JSPE-vs foram administrados aos estudantes de ambos os grupos da seguinte forma:

- ETAPA 1: QSD: aplicado a toda a amostra no momento da inclusão no estudo.
- ETAPA 2: JSPE-vs (empatia): aplicado na terceira semana de atendimento e, novamente, na décima-terceira semana de atendimento.
- ETAPA 3: IMMS-BRV: aplicado na décima-terceira semana de atendimento.

A FIG. 1 mostra o fluxograma das etapas do estudo.

Figura 1 - Elaboração do instrumento de categorização e do instrumento de categorização da empatia demonstrada pelos estudantes

Fonte: Autoria própria.



Fonte: Autoria própria

## 4.9 Aspectos Éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética médica em Pesquisa da Universidade Edson do Rosário Vellano (UNIFENAS), sediado em Alfenas (MG), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54036921.9.0000.5143, parecer de aprovação nº 5.313.343 (ANEXO A), e pelo Comitê de Ética médica em Pesquisa do Instituto Mineiro de Educação e Cultura UNI-BH, sediado em Belo Horizonte (MG), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54036921.9.3001.5093, parecer de aprovação nº 5.329.798 (ANEXO B), estando de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa que envolvem Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi fornecido a todos os participantes, utilizando linguagem acessível e objetiva à compreensão dos participantes da pesquisa (APÊNDICE A). Todos os alunos que desejaram participar do projeto preencheram o questionário sociodemográfico e o termo de consentimento livre e esclarecido. Os estudantes que concordaram em participar do projeto de pesquisa receberam orientações verbais e por escrito de todos os itens componentes do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Somente participaram da pesquisa os estudantes que assinaram o TCLE em duas vias. Os alunos tiveram liberdade para esclarecer todas as dúvidas sobre sua participação no estudo, através do contato com os pesquisadores e, a qualquer momento, o participante poderia desistir do experimento, sem enfrentar ônus, prejuízo, dificuldade ou repreensão de nenhum tipo. Não houve nenhum tipo de remuneração monetária ou pontuação extra na matéria ao participante. A pesquisa não tem objetivo de interferir no desempenho acadêmico do aluno integrante.

#### **4.10 Análise estatística**

Neste estudo, foram analisadas as seguintes variáveis: idade; gênero; renda familiar; trabalho voluntário; visita ao sistema prisional; experiências com doenças graves; estudo com algum auxílio financeiro e especialidade de interesse; escores de motivação e escores de empatia.

##### ***4.10.1 Estatísticas descritivas***

Foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana ( $Q_2$ ), Quartis ( $Q_1$  e  $Q_3$ ), Média, Desvio-padrão (d.p.) e Intervalo de Confiança da média, além das frequências absoluta (n) e relativa (%) como estatísticas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

##### ***4.10.2 Teste t de Student para amostras independentes***

Com o objetivo de comparar 2 grupos independentes quanto à média de uma variável de interesse do tipo intervalar, foi utilizado o teste *t de Student para amostras independentes*. O teste de *Levene* foi utilizado com o objetivo de averiguar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada por grupo.

##### ***4.10.3 Análise de variância com 1 fator (ONEWAY)***

As comparações entre 3 ou mais grupos quanto às médias de uma variável do tipo quantitativa (variável contínua ou discreta) foram realizadas utilizando-se a *Análise de Variância (ANOVA) com um fator (OneWay)*. Para os casos em que a análise indicou a existência de

alguma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre os grupos independentes, realizaram-se as comparações múltiplas de médias de acordo com os testes de *Duncan*.

#### ***4.10.4 Teste t de Student para amostras pareadas***

Na comparação entre medidas realizadas numa mesma unidade experimental e/ou avaliadas em 2 momentos distintos, foi empregado o teste estatístico t de student para amostras pareadas/dependentes.

#### ***4.10.5 Análise de correlação de Pearson***

A análise de *Correlação de Pearson* foi utilizada como forma de avaliar a relação entre duas variáveis de interesse.

#### ***4.10.6 Tamanho de efeito – d de Cohen***

Para avaliar a magnitude das diferenças consideradas estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), foi calculado o coeficiente d de Cohen.

#### ***4.10.7 Probabilidade de significância (p)***

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

## 5 RESULTADOS

Participaram deste estudo 63 alunos de medicina, sendo que 28 alunos (44,4%) participaram do grupo teleatendimento e 35 alunos (55,6%) participaram do grupo atendimento convencional. A maioria dos alunos era do sexo feminino (65,1%), não havendo diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao gênero. Desses, 68,3% tinham 18 a 24 anos, 22,2% entre 25 e 34 anos e 9,5% entre 35 e 54 anos. O percentual de alunos com idade entre 18 e 24 anos no grupo AP foi igual a 80%, e no grupo TA, igual a 53,6% ( $p=0,046$ ) (TAB. 1).

Quanto ao estado civil, não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos de alunos: 14,3% dos alunos eram casados/união estável e 85,7% dos alunos eram solteiros. Em relação à renda familiar, houve 71,4% dos alunos do grupo TA com renda inferior a 20 salários-mínimos e 65,7% dos alunos do grupo AP com renda superior a 20 salários-mínimos ( $p=0,005$ ), evidenciando maior renda no grupo AP (TAB. 1).

Observou-se, também, diferença significativa entre os dois grupos em relação à raça, sendo que no grupo AP (97,1%), a porcentagem de alunos de raça branca é superior à do grupo TA (75%) ( $p=0,018$ ). Não houve diferença significativa em relação ao número de moradores em residência, sendo que 20,6% residem sozinhos, 60,3% residem com 2 ou 3 moradores e 19%, com 4 ou 5 moradores. (TAB. 1).

O percentual de alunos que exerceram algum trabalho voluntário no grupo TA (71,4%) foi significativamente superior ao observado no grupo AP (28,6%) ( $p=0,001$ ). Não houve diferenças significativas quanto ao fato de terem visitado o sistema prisional, sendo que apenas 9,5% de alunos declararam ter participado dessa atividade. (TAB. 1).

Entre os alunos do grupo TA, 14,3% são portadores de alguma doença crônica, e no grupo AP, nenhum dos alunos apresenta essa condição ( $p=0,034$ ). Não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao fato de os alunos receberem algum auxílio financeiro. Apenas dois alunos têm filhos, sendo que os grupos não diferem significativamente em relação a essa questão. (TAB. 1).

Tabela 1 - Caracterização dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas conforme o formato da consulta

continua

Característica	Formato da consulta		Total	p
	Teleatendimento	Atendimento Presencial		
<b>Sexo</b>				
Feminino	17 (60,7%)	24 (68,6%)	41 (65,1%)	0,516*
Masculino	11 (39,3%)	11 (31,4%)	22 (34,9%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Faixa etária</b>				
18 a 24 anos	15 (53,6%)	28 (80,0%)	43 (68,3%)	<b>0,046**</b>
25 a 34 anos	8 (28,6%)	6 (17,1%)	14 (22,2%)	
35 a 54 anos	5 (17,9%)	1 (2,9%)	6 (9,5%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Estado civil</b>				
Casado / União estável	5 (17,9%)	4 (11,4%)	9 (14,3%)	0,494**
Solteiro	23 (82,1%)	31 (88,6%)	54 (85,7%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Renda familiar</b>				
Menos de 20 SM	20 (71,4%)	12 (34,3%)	32 (50,8%)	<b>0,005*</b>
Mais de 20 SM	8 (28,6%)	23 (65,7%)	31 (49,2%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Raça</b>				
Amarela / Negra	7 (25,0%)	1 (2,9%)	8 (12,7%)	<b>0,018**</b>
Branca	21 (75,0%)	34 (97,1%)	55 (87,3%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Número de moradores</b>				
1 morador	9 (32,1%)	4 (11,4%)	13 (20,6%)	0,076*
2 a 3 moradores	16 (57,1%)	22 (62,9%)	38 (60,3%)	
4 a 5 moradores	3 (10,7%)	9 (25,7%)	12 (19,0%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Trabalho voluntário</b>				
Não	8 (28,6%)	25 (71,4%)	33 (52,4%)	<b>0,001*</b>
Sim	20 (71,4%)	10 (28,6%)	30 (47,6%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	

Fonte: Autoria própria

Tabela 1 - Caracterização dos alunos de acordo com as características sociodemográficas conforme o formato da consulta

Característica	Formato da consulta		Total	conclusão
	Teleatendimento	Atendimento Presencial		p
<b>Visita sistema prisional</b>				
Não	23 (82,1%)	34 (97,1%)	57 (90,5%)	0,080**
Sim	5 (17,9%)	1 (2,9%)	6 (9,5%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Doença crônica</b>				
Não	24 (85,7%)	35 (100%)	59 (93,7%)	<b>0,034*</b>
Sim	4 (14,3%)	0 (0,0%)	4 (6,3%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Auxílio financeiro</b>				
Não	25 (89,3%)	33 (94,3%)	58 (92,1%)	0,648**
Sim	3 (10,7%)	2 (5,7%)	5 (7,9%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	
<b>Tem filhos</b>				
Não	27 (96,4%)	34 (97,1%)	61 (96,8%)	1,000**
Sim	1 (3,6%)	1 (2,9%)	2 (3,2%)	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>	

Base de dados: 63 alunos → teleatendimento (28) e atendimento presencial(35)

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste Qui-quadrado (\*) e teste exato de Fisher (\*\*)

Fonte: Autoria própria

A TAB. 2 mostra uma comparação entre os dois grupos no que diz respeito aos resultados das dimensões da empatia, bem como a comparação do efeito da exposição aos atendimentos nesses resultados, considerando-se a avaliação intragrupos. Como pode ser observado, não houve diferença significativa dos resultados, comparando-se os dados coletados no início do semestre (terceira semana) e após a participação dos alunos nos atendimentos durante o semestre letivo (décima terceira semana), quando avaliado o mesmo grupo nas diferentes etapas (E2 x E3).

Não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos (TA x AP) no que diz respeito aos resultados das dimensões da empatia - *Cuidado compassivo* e *Capacidade de se colocar no lugar do paciente* - tanto na E2 (terceira semana) quanto na E3 (décima terceira semana), como pode ser observado na TAB. 2.

Entretanto, a comparação entre os grupos mostrou diferenças significativas para a dimensão *Tomada de perspectiva* tanto na E2 quanto na E3, com resultados significativamente superiores no grupo AP. Além disso, o tamanho do efeito da diferença encontrada foi maior após a exposição aos atendimentos [D de Cohen E3 = 1,55 (efeito grande); E2= 0,48 (efeito pequeno)]. Portanto, apesar do grupo AP mostrar maior escore nessa dimensão, desde a primeira mensuração, essa diferença persistiu após a exposição às consultas no semestre letivo, inclusive, com aumento do efeito.

Avaliando os resultados do escore global da empatia, não foram constatadas diferenças significativas entre os dois grupos antes da exposição. No entanto, após a exposição (E3), o grupo AP apresentou resultados significativamente superiores aos observados no grupo TA, com tamanho de efeito grande (D de Cohen = 0,86) (TAB. 2).

Tabela 2 - Avaliação da influência da intervenção nos resultados das dimensões da empatia

Dimensão	Formato da consulta	Terceira semana (E <sub>2</sub> )			Décima terceira (E <sub>3</sub> )			Comparação
		Min-Max	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	Min-Max	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	E <sub>2</sub> x E <sub>3</sub>
Cuidado compassivo	Teleatendimento (TA)	5,5-7,0	7,0 (6,6-7,0)	6,8 ± 0,3	5,8-7,0	6,9 (6,5-7,0)	6,7 ± 0,4	0,231** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Atendimento Presencial (AP)	5,3-7,0	6,9 (6,6-7,0)	6,7 ± 0,4	5,8-7,0	6,8 (6,7-7,0)	6,8 ± 0,3	0,593** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Comparação TA x AP	p=0,624* / TA= AP			p=0,356* / TA = AP			
Capacidade de se colocar no lugar do paciente	Teleatendimento (TA)	1,0-7,0	4,5 (3,1-5,8)	4,4 ± 1,6	1,0-7,0	5,3 (3,6-6,0)	4,8 ± 1,7	0,176** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Atendimento Presencial (AP)	1,0-7,0	3,5 (3,0-5,5)	3,9 ± 1,8	2,5-6,0	4,0 (3,5-5,0)	4,1 ± 0,9	0,432** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Comparação TA x AP	p=0,296* / TA= AP			p=0,067* / TA = AP / D de Cohen = 0,53			
Tomada de perspectiva	Teleatendimento (TA)	4,7-6,7	5,7 (5,5-6,1)	5,8 ± 0,5	4,4-6,7	5,7 (5,1-6,2)	5,6 ± 0,7	0,260** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Atendimento Presencial (AP)	4,1-7,0	6,1 (5,7-6,6)	6,1 ± 0,7	4,6-7,0	6,6 (6,1-6,7)	6,4 ± 0,6	0,123** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Comparação TA x AP	p= <b>0,032</b> * / TA<AP / D de Cohen = <b>0,48</b>			P < <b>0,001</b> * / TA <AP / D de Cohen = <b>1,55</b>			
Empatia global	Teleatendimento (TA)	5,3-6,9	6,2 (5,9-6,5)	6,2 ± 0,4	5,3-6,9	6,2 (5,8-6,5)	6,1 ± 0,4	0,512** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Atendimento Presencial (AP)	5,4-6,8	6,3 (6,1-6,6)	6,2 ± 0,4	5,3-6,8	6,5 (6,2-6,5)	6,4 ± 0,3	0,110** E <sub>2</sub> = E <sub>3</sub>
	Comparação TA x AP	p=0,678* / TA = AP			p= <b>0,024</b> * / TA<AP / D de Cohen = <b>0,86</b>			

Base de dados: 63 alunos → teleatendimento (28) e convencional (35)

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes (\*) e t de Student - amostras dependentes (\*\*) E<sub>2</sub>= etapa 2; E<sub>3</sub>= etapa 3

Fonte: Autoria própria

A TAB. 3 mostra comparação entre os grupos em relação às dimensões da motivação avaliada após a intervenção. Como pode ser verificado, para todas as dimensões, não foram identificadas diferenças significativas. Nota-se elevada motivação em todas as dimensões e na motivação global do IMMS-BRV (escores médios  $\geq 4,4/5,0$  – 88% do total possível),

Tabela 3 - Avaliação da influência da intervenção nos resultados das dimensões da motivação

Dimensão	Grupo	Medidas descritivas			p
		Min-Max	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média $\pm$ d.p.	
Interesse	Teleatendimento (TA)	3,8-5,0	5,0 (4,7-5,0)	4,8 $\pm$ 0,3	0,807 TA= AP
	Atendimento presencial (AP)	4,0-5,0	4,9 (4,7-5,0)	4,8 $\pm$ 0,3	
Confiança	Teleatendimento (TA)	3,8-5,0	4,8 (4,4-5,0)	4,7 $\pm$ 0,3	0,918 TA = AP
	Atendimento presencial (AP)	3,2-5,0	4,8 (4,7-5,0)	4,7 $\pm$ 0,4	
Atenção	Teleatendimento (TA)	3,0-5,0	4,5 (3,9-5,0)	4,4 $\pm$ 0,6	0,747 TA = AP
	Atendimento presencial (AP)	3,3-5,0	4,8 (4,0-5,0)	4,5 $\pm$ 0,5	
Expectativa	Teleatendimento (TA)	3,0-5,0	5,0 (4,4-5,0)	4,7 $\pm$ 0,5	0,638 TA = AP
	Atendimento presencial (AP)	2,7-5,0	5,0 (4,7-5,0)	4,7 $\pm$ 0,6	
Motivação global	Teleatendimento (TA)	4,1-5,0	4,8 (4,4-4,9)	4,7 $\pm$ 0,3	0,661 TA = AP
	Atendimento presencial (AP)	3,6-5,0	4,8 (4,6-5,0)	4,7 $\pm$ 0,3	

Base de dados: 63 alunos  $\rightarrow$  teleatendimento (28) e convencional (35)

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes

Fonte: Autoria própria

Nas TAB. 4 e 5 podem ser avaliadas as relações entre as dimensões da empatia e as dimensões da motivação em cada um dos grupos do estudo.

No grupo TA, foi identificada correlação significativa, positiva e moderada ( $r = 0,49$ ), envolvendo a dimensão da empatia *Capacidade de se colocar no lugar do paciente* e a dimensão da motivação *Atenção*. Esse resultado mostra que o aumento da motivação na

dimensão *Atenção* vem acompanhado de um aumento da empatia na dimensão *Capacidade de se colocar no lugar do paciente*. (TAB. 4).

No grupo AP, várias relações se mostraram significativas, positivas e fracas a moderadas. Por exemplo, a relação entre o escore global de empatia e o escore global de motivação ( $r = 0,51$ ). Ou seja, o aumento da motivação vem acompanhado de um aumento da empatia. (TAB. 5).

Tabela 4 - Avaliação da relação entre dimensões da empatia e dimensões da motivação no grupo das consultas por teleatendimento

Motivação	Empatia			
	Cuidado compassivo	Capacidade de se colocar no lugar do paciente	Tomada de perspectiva	Empatia global
Interesse	-0,01 (0,942)	-0,04 (0,846)	0,04 (0,843)	-0,02 (0,930)
Confiança	-0,13 (0,499)	0,07 (0,731)	0,26 (0,185)	0,09 (0,646)
Atenção	0,16 (0,405)	<b>0,49 (0,007)</b>	0,21 (0,272)	0,37 (0,053)
Expectativa	0,09 (0,646)	0,39 (0,041)	-0,11 (0,592)	0,13 (0,512)
Motivação global	0,01 (0,978)	0,26 (0,183)	0,15 (0,442)	0,16 (0,406)

Base de dados: 28 alunos

Nota: Os valores apresentados referem-se à correlação de Pearson e probabilidade de significância –  $r$  (p)

Fonte: Autoria própria

Tabela 5 - Avaliação da relação entre dimensões da empatia e dimensões da motivação no grupo do atendimento presencial

Motivação	Empatia			
	Cuidado compassivo	Capacidade de se colocar no lugar do paciente	Tomada de perspectiva	Empatia global
Interesse	<b>0,41 (0,014)</b>	-0,02 (0,914)	0,32 (0,065)	<b>0,46 (0,006)</b>
Confiança	<b>0,37 (0,029)</b>	0,12 (0,510)	0,29 (0,096)	<b>0,45 (0,007)</b>
Atenção	<b>0,36 (0,037)</b>	-0,28 (0,100)	<b>0,35 (0,041)</b>	<b>0,34 (0,043)</b>
Expectativa	0,32 (0,058)	-0,10 (0,565)	<b>0,45 (0,007)</b>	<b>0,47 (0,004)</b>
Motivação global	<b>0,43 (0,009)</b>	-0,07 (0,681)	<b>0,4 (0,017)</b>	<b>0,51 (0,002)</b>

Base de dados: 63 alunos

Nota: Os valores apresentados referem-se à correlação de Pearson e probabilidade de significância –  $r$  (p)

Fonte: Autoria própria

A TAB. 6 mostra os resultados da análise para identificar se as variáveis sociodemográficas influenciaram, de alguma forma, os resultados das dimensões da empatia.

Foram percebidas diferenças significativas entre alunos do sexo masculino e alunos do sexo feminino no que diz respeito às dimensões *Cuidado compassivo* (mulheres com médias superiores aos homens, tamanho do efeito grande - D de Cohen = 1,05) e *Capacidade de se colocar no lugar do paciente* (homens com médias superiores às mulheres, tamanho do efeito moderado - D de Cohen = 0,54). (TAB. 6).

Uma avaliação da influência da renda familiar mostrou que não houve diferenças significativas entre os alunos com renda familiar inferior a 20 salários-mínimos e aqueles com renda familiar superior a 20 salários-mínimos. Quanto ao número de moradores na residência do aluno, os resultados mostraram diferenças significativas para duas dimensões da empatia. No entanto, avaliando o tamanho do efeito dessas diferenças, os resultados revelaram um pequeno efeito. (TAB. 6).

Para as demais variáveis avaliadas, nenhuma diferença significativa foi identificada, ou seja, essas variáveis não influenciaram os resultados das dimensões da empatia. Uma análise semelhante foi realizada no que diz respeito às dimensões da motivação. No entanto, nenhuma diferença significativa foi identificada. (TAB. 6 e 7).

Tabela 6 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da empatia

continua

Variável	Escores da empatia							
	Cuidado compassivo		Capacidade de se colocar no lugar do paciente		Tomada de perspectiva		Empatia global	
	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )
<b>Sexo</b>								
Feminino (F)	6,9 ± 0,2	6,9 (6,8; 7,0)	4,2 ± 1,3	4,0 (3,5; 5)	6,1 ± 0,7	6,3 (5,6; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,6)
Masculino (M)	6,6 ± 0,4	6,6 (6,5; 6,9)	4,9 ± 1,3	5,0 (3,9; 6)	6,0 ± 0,8	6,2 (5,3; 6,6)	6,2 ± 0,4	6,2 (6,0; 6,5)
p / conc. / D de Cohen	<b>0,002*</b> / F > M / 1,05		<b>0,030*</b> / F < M / 0,54		0,665* / F = M		0,236* / F = M	
<b>Faixa etária</b>								
18 a 24 anos (F1)	6,8 ± 0,3	6,8 (6,7; 7,0)	4,3 ± 1,3	4,0 (3,5; 5,0)	6,1 ± 0,8	6,1 (5,6; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,3 (6,1; 6,5)
25 a 54 anos (F2)	6,7 ± 0,3	6,9 (6,5; 7,0)	4,8 ± 1,4	5,3 (4; 5,9)	6,0 ± 0,8	6,3 (5,2; 6,6)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,6)
p / conclusão	0,768* / F1 = F2		0,135* / F1 < F2		0,569* / F1 = F2		0,965* / F1 = F2	
<b>Estado civil</b>								
Casado/União estável (E1)	6,7 ± 0,4	6,9 (6,3; 7,0)	4,3 ± 1,3	4,0 (3,8; 5,5)	5,9 ± 0,7	6,1 (5,1; 6,6)	6,1 ± 0,5	6,2 (5,8; 6,5)
Solteiro (E2)	6,8 ± 0,3	6,8 (6,6; 7,0)	4,5 ± 1,3	4,0 (3,5; 5,5)	6,1 ± 0,8	6,3 (5,6; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,5)
p / conclusão	0,481* / E1 = E2		0,710* / E1 = E2		0,464* / E1 = E2		0,403* / E1 = E2	
<b>Renda familiar</b>								
Menos de 20 SM (RF1)	6,7 ± 0,3	6,8 (6,5; 7,0)	4,4 ± 1,4	4,5 (3,5; 5,5)	5,9 ± 0,8	6,0 (5,2; 6,6)	6,2 ± 0,4	6,3 (5,9; 6,5)
Mais de 20 SM (RF2)	6,8 ± 0,3	6,9 (6,8; 7,0)	4,5 ± 1,3	4,0 (3,5; 5,5)	6,2 ± 0,7	6,4 (5,6; 6,7)	6,4 ± 0,3	6,4 (6,2; 6,6)
p / conc. / D de Cohen	0,103* / RF1 = RF2		0,782* / RF1 = RF2		0,137* / RF1 = RF2		0,078* / RF1 = RF2 / 0,56	
<b>Raça</b>								
Amarela / Negra (R1)	6,5 ± 0,5	6,5 (6,2; 7,0)	4,4 ± 1,7	4,5 (3,1; 5,5)	6,1 ± 0,7	6,2 (5,5; 6,7)	6,2 ± 0,5	6,3 (5,6; 6,6)
Branca (R2)	6,8 ± 0,3	6,9 (6,7; 7,0)	4,4 ± 1,3	4,0 (3,5; 5,5)	6,0 ± 0,8	6,3 (5,4; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,5)
p / conclusão	0,152* / R1 = R2		0,914* / R1 = R2		0,862* / R1 = R2		0,503* / R1 = R2	

Tabela 6 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da empatia

conclusão

Variável	Escores da empatia							
	Cuidado compassivo		Capacidade de se colocar no lugar do paciente		Tomada de perspectiva		Empatia global	
	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )
<b>Número de moradores</b>								
1 morador (NM1)	6,8 ± 0,2	6,8 (6,6; 7,0)	4,3 ± 1,5	4,0 (3,5; 5,3)	5,7 ± 0,8	5,4 (5,0; 6,4)	6,1 ± 0,4	6,2 (5,9; 6,5)
2 a 3 moradores (NM2)	6,7 ± 0,4	6,8 (6,5; 7,0)	4,5 ± 1,4	4,8 (3,5; 5,5)	6,0 ± 0,7	6,1 (5,4; 6,6)	6,2 ± 0,4	6,3 (6,0; 6,5)
4 a 5 moradores (NM3)	6,9 ± 0,1	7,0 (6,8; 7,0)	4,4 ± 1,1	4,0 (3,5; 5,3)	6,5 ± 0,5	6,7 (6,2; 7,0)	6,5 ± 0,2	6,5 (6,3; 6,7)
p / conc. / D de Cohen	0,086** / NM1 = NM2 = NM3 / 0,08		0,839** / NM1 = NM2 = NM3		0,013** / (NM1=NM2) < NM3 / 0,13		0,026** / (NM1=NM2) < NM3 / 0,11	
<b>Trabalho voluntário</b>								
Não (N)	6,7 ± 0,3	6,8 (6,6; 7,0)	4,6 ± 1,0	4,5 (3,5; 5,5)	6,1 ± 0,8	6,3 (5,4; 6,7)	6,3 ± 0,3	6,3 (6,2; 6,5)
Sim (S)	6,8 ± 0,3	6,9 (6,5; 7,0)	4,3 ± 1,6	4,0 (3,0; 5,5)	6,0 ± 0,7	6,1 (5,3; 6,6)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,0; 6,6)
p / conclusão	0,499* / N = S		0,300* / N = S		0,726* / N = S		0,897* / N = S	
<b>Visita sistema prisional</b>								
Não (N)	6,8 ± 0,3	6,8 (6,7; 7,0)	4,4 ± 1,3	4,0 (3,5; 5,5)	6,0 ± 0,8	6,3 (5,4; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,5)
Sim (S)	6,6 ± 0,5	6,7 (6,3; 7,0)	5,2 ± 1,1	5,3 (4; 5,9)	6,0 ± 0,7	6,0 (5,3; 6,6)	6,2 ± 0,5	6,3 (5,9; 6,6)
p / conclusão	0,468* / N = S		0,148* / N = S		0,755* / N = S		0,861* / N = S	
<b>Auxílio financeiro</b>								
Não (N)	6,8 ± 0,3	6,9 (6,7; 7)	4,5 ± 1,2	4,3 (3,5; 5,5)	6 ± 0,8	6,2 (5,4; 6,7)	6,3 ± 0,4	6,4 (6,1; 6,5)
Sim (S)	6,6 ± 0,4	6,5 (6,3; 7)	3,6 ± 2,1	3 (2; 5,5)	6,2 ± 0,8	6,6 (5,5; 6,8)	6,2 ± 0,6	6,4 (5,6; 6,7)
p / conclusão	0,327* / N = S		0,392* / N = S		0,554* / N = S		0,689* / N = S	

Base de dados: 63 alunos

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes (\*) e t de Student - amostras dependentes (\*\*)

Fonte: Autoria própria

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da motivação

continua

Variável	Dimensões da motivação									
	Interesse		Confiança		Atenção		Expectativa		Motivação global	
	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )
<b>Sexo</b>										
Feminino (F)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,8 (4,3; 5,0)	4,7 ± 0,5	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,7; 5,0)
Masculino (M)	4,7 ± 0,4	4,9 (4,4; 5,0)	4,6 ± 0,5	4,8 (4,5; 5,0)	4,3 ± 0,6	4,3 (4,0; 5,0)	4,6 ± 0,6	5,0 (4,3; 5,0)	4,6 ± 0,4	4,7 (4,5; 4,9)
p / conclusão	0,325* / F = M		0,363* / F = M		0,163* / F = M		0,500* / F = M		0,181* / F = M	
<b>Faixa etária</b>										
18 a 24 anos (F1)	4,8 ± 0,3	4,9 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,6	4,5 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,6	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,6; 5,0)
25 a 54 anos (F2)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,8 ± 0,2	4,8 (4,7; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,7 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,4	5,0 (4,4; 5,0)	4,7 ± 0,2	4,8 (4,5; 4,9)
p / conclusão	0,462* / F1 = F2		0,172* / F1 = F2		0,908* / F1 = F2		0,847* / F1 = F2		0,495* / F1 = F2	
<b>Estado civil</b>										
Casado/União est. (E1)	4,8 ± 0,2	4,9 (4,7; 5,0)	4,8 ± 0,2	4,8 (4,6; 4,9)	4,3 ± 0,7	4,3 (3,7; 5,0)	4,8 ± 0,4	5,0 (4,3; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,4; 5,0)
Solteiro (E2)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,6; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,5 (4; 5,0)	4,7 ± 0,6	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 4,9)
p / conclusão	0,441* / E1 = E2		0,379* / E1 = E2		0,382* / E1 = E2		0,633* / E1 = E2		0,811* / E1 = E2	
<b>Renda familiar</b>										
Menos de 20 SM (RF1)	4,7 ± 0,3	4,9 (4,6; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,6	4,5 (4,3; 5,0)	4,6 ± 0,6	5,0 (4,3; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,4; 4,9)
Mais de 20 SM (RF2)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,7; 5,0)	4,4 ± 0,5	4,5 (4,0; 5,0)	4,8 ± 0,5	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,7; 5,0)
p / conclusão	0,339* / RF1 = RF2		0,863* / RF1 = RF2		0,643* / RF1 = RF2		0,137* / RF1 = RF2		0,409* / RF1 = RF2	

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da motivação

continua

Variável	Dimensões da motivação									
	Interesse		Confiança		Atenção		Expectativa		Motivação global	
	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )
<b>Raça</b>										
Amarela / Negra (R1)	4,7 ± 0,4	4,9 (4,4; 5,0)	4,8 ± 0,3	4,8 (4,5; 5,0)	4,3 ± 0,7	4,5 (3,7; 4,8)	4,3 ± 0,7	4,3 (3,8; 5,0)	4,6 ± 0,3	4,6 (4,4; 4,9)
Branca (R2)	4,8 ± 0,3	4,9 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,5 (4,0; 5,0)	4,8 ± 0,5	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 5,0)
p / conclusão	0,609* / R1 = R2		0,422* / R1 = R2		0,473* / R1 = R2		0,104* / R1 < R2		0,413* / R1 = R2	
<b>Número de moradores</b>										
1 morador (NM1)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,4; 5,0)	4,6 ± 0,4	4,8 (4,3; 4,9)	4,5 ± 0,5	4,5 (4,1; 5,0)	4,6 ± 0,4	4,7 (4,3; 5,0)	4,6 ± 0,3	4,7 (4,4; 4,8)
2 a 3 moradores (NM2)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,5; 5,0)	4,4 ± 0,6	4,5 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,6	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 4,9)
4 a 5 moradores (NM3)	4,8 ± 0,3	4,9 (4,7; 5,0)	4,8 ± 0,5	5,0 (4,7; 5,0)	4,6 ± 0,5	4,9 (4,4; 5,0)	4,8 ± 0,7	5,0 (5,0; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,7; 5,0)
p / conclusão	0,897* / NM1=NM2= NM3		0,610* / NM1=NM2= NM3		0,544* / NM1=NM2= NM3		0,756* / NM1=NM2= NM3		0,458* / NM1=NM2= NM3	
<b>Trabalho voluntário</b>										
Não (N)	4,7 ± 0,3	4,9 (4,5; 5,0)	4,6 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,8 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,6	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,6; 4,9)
Sim (S)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,8 ± 0,3	4,8 (4,7; 5,0)	4,4 ± 0,6	4,5 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,5	5,0 (4,6; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 5,0)
p / conclusão	0,140* / N = S		0,152* / N = S		0,633* / N = S		0,950* / N = S		0,317* / N = S	
<b>Visita sistema prisional</b>										
Não (N)	4,8 ± 0,3	4,9 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,5 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,6	5 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 5,0)
Sim (S)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,6; 5,0)	4,8 ± 0,2	4,8 (4,7; 5,0)	4,2 ± 0,6	4,2 (3,7; 4,9)	4,5 ± 0,5	4,5 (3,9; 5,0)	4,7 ± 0,2	4,8 (4,5; 4,9)
p / conclusão	0,763* / N = S		0,125* / N = S		0,336* / N = S		0,264* / N = S		0,986* / N = S	

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos resultados das dimensões da motivação

Variável	conclusão									
	Dimensões da motivação									
	Interesse		Confiança		Atenção		Expectativa		Motivação global	
Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média±d.p.	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	
<b>Auxílio financeiro</b>										
Não (N)	4,8 ± 0,3	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,4	4,8 (4,5; 5,0)	4,5 ± 0,5	4,7 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,6	5,0 (4,7; 5,0)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,6; 5,0)
Sim (S)	4,7 ± 0,3	4,8 (4,5; 5,0)	4,8 ± 0,1	4,8 (4,7; 4,9)	4,2 ± 0,7	4,3 (3,7; 4,7)	4,6 ± 0,6	5,0 (4,0; 5,0)	4,7 ± 0,2	4,7 (4,5; 4,9)
p / conclusão	0,732* / N = S		0,182* / N = S		0,374* / N = S		0,686* / N = S		0,674* / N = S	

Base de dados: 63 alunos

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes (\*) e t de Student - amostras dependentes (\*\*)

Fonte: Autoria própria

Os resultados da TAB. 8 mostraram que os alunos do sexo masculino apresentaram escores de empatia na dimensão *Capacidade de se colocar no lugar do paciente* significativamente maiores na TC que no AP.

Tabela 8 - Avaliação da influência da exposição nos resultados da dimensão “Capacidade de se colocar no lugar do paciente” considerando-se o sexo

Sexo	Grupo	n	Medidas descritivas			p
			Min-Max	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	
Feminino	Teleatendimento (TA)	17	1,0-7,0	4,0 (3-5,5,0)	4,2 ± 1,8	0,814 TA=AP
	Atendimento presencial (AP)	24	2,5-5,5	4,0 (3,5-4,9)	4,1 ± 0,8	
Masculino	Teleatendimento (TA)	11	4,0-7,0	5,5 (5,0-7,0)	5,7 ± 1,1	<b>0,003</b> TA>AP
	Atendimento presencial (AP)	11	3,0-6,0	4,0 (3,5-5,0)	4,2 ± 1,0	

Base de dados: 63 alunos

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes

Fonte: Autoria própria

Os resultados da TAB. 9 mostraram que existe diferença significativa no escore global de empatia, já que os estudantes com renda familiar inferior a 20 salários-mínimos apresentaram maior escore no grupo AP.

Tabela 9 - Avaliação da influência da intervenção nos resultados do escore global de empatia considerando-se a renda familiar

Renda	Grupo	n	Medidas descritivas			p
			Min-Max	P <sub>50</sub> (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> )	Média ± d.p.	
< 20 SM	Teleatendimento (TA)	20	5,3-6,6	6,1 (5,8-6,4)	6,1 ± 0,4	<b>0,031</b> TA<AP
	Atendimento presencial (AP)	12	5,6-6,8	6,5 (6,3-6,5)	6,4 ± 0,3	
> 20 SM	Teleatendimento (TA)	8	5,8-6,9	6,2 (6-6,8)	6,3 ± 0,4	0,824 TA = AP
	Atendimento presencial (AP)	23	5,3-6,7	6,4 (6,2-6,6)	6,4 ± 0,3	

Base de dados: 63 alunos

Nota: As probabilidades de significância referem-se ao teste t de Student - amostras independentes.

Fonte: Autoria própria

## 6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa se propôs a avaliar a empatia e a motivação de estudantes de medicina, mensuradas por instrumentos com evidências de validade, nos contextos de atendimento clínico presencial e de teleatendimento.

No campo clínico, os alunos de medicina são confrontados com várias condições que exigem a aplicação integrada do conhecimento teórico e de habilidades práticas que podem estimular sua empatia e desencadear o desenvolvimento de boa relação médico-paciente, visando o cuidado integral e longitudinal. Os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem não atendem aos requisitos atuais do ambiente médico contemporâneo, especialmente em relação aos ambientes simulados de prática e, recentemente, em relação ao teleatendimento, uma modalidade nova na prática médica e educacional. Estudos demonstram que há um hiato entre a formação e a prática médica vivenciada (MEZZALIRA *et al.*, 2022). Soma-se a isso a necessidade de maior compreensão desses aspectos, quando analisados à luz da crescente aplicação do teleatendimento.

Para viabilização desta pesquisa, os grupos foram amostrados por conveniência, de acordo com a alocação realizada pela instituição de ensino, no contexto de seu currículo. Assim, a análise das características sociodemográficas entre os grupos mostra algumas diferenças, possíveis em estudos observacionais, com amostragem não probabilística, quando os pesquisadores não podem interferir na alocação dos sujeitos nos grupos, como na presente pesquisa. Neste estudo, os resultados encontrados nas comparações intergrupos precisam ser analisados com as devidas ressalvas, devendo considerar-se, também, que as populações atendidas diferiam em suas características. Por outro lado, as análises intragrupos e de correlação, ora discutidas, não sofrem essas possíveis interferências.

Nesse sentido, na análise das variáveis sociodemográficas, o grupo AP apresentou maior número de estudantes de menor faixa etária, de raça branca e com maior renda familiar. Por outro lado, o grupo TA apresentou maior número de estudantes que haviam realizado trabalhos voluntários. Essas diferenças, apesar de não estudadas na literatura, no mesmo contexto deste estudo, podem, a princípio, impactar na motivação intrínseca dos estudantes e em sua empatia.

No entanto, a avaliação da influência dessas variáveis de interesse nas dimensões da empatia e da motivação, no presente estudo, não mostrou diferenças significativas, com exceção da relação entre o maior número de moradores da residência (4 a 5 moradores) e maiores escores de empatia na dimensão *tomada de perspectiva* e na *empatia global*, ambas as diferenças com tamanho de efeito pequeno, segundo a estatística D de Cohen.

Ainda na esteira da análise dos dados sociodemográficos, observou-se que os dois grupos não apresentaram diferenças quanto ao gênero, mostrando adequado balanceamento em relação a essa característica. Esse achado torna-se relevante visto que a literatura mostra alguns estudos conclusivos de que o gênero feminino é mais receptivo e propenso a dar um valor mais significativo às relações interpessoais, com maior apoio emocional, do que o gênero masculino, o que leva à maior sensibilidade e maior cuidado com o outro (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Outros estudos que utilizaram medidas de autorrelatos demonstraram que pessoas do gênero feminino apresentam escores significativamente mais elevados da empatia média do que as do sexo masculino (MAGALHÃES *et al.*, 2010; SANDRINI *et al.*, 2013). Entretanto, em relação à empatia, a diferença de gênero ainda é motivo de controvérsia (PARO *et al.*, 2012). Estudos que avaliaram o comportamento empático (BLANCH-HARTIGAN *et al.*, 2010) ou a capacidade de se colocar no lugar do outro, não sugeriram diferenças entre gêneros (DECETY; ICKES, 2009; ICKES; GESN; GRAHAM, 2000). A esse respeito, no presente estudo, os estudantes do gênero feminino apresentaram médias superiores com tamanho do efeito grande na dimensão “*cuidado compassivo*”, e os do gênero masculino apresentaram médias superiores com tamanho de efeito moderado na dimensão “*capacidade de se colocar no lugar do paciente*”.

Nesse sentido, o estudo de Nascimento *et al.* (2018), envolvendo 152 alunos do curso de medicina de uma universidade filantrópica, da cidade de Goiânia, observou o sexo feminino com escores maiores em relação ao cuidado compassivo e à empatia, corroborando, em parte, os achados do presente estudo. Os autores relatam que as mulheres médicas apresentam maior capacidade de se identificar com os pacientes e com os seus sentimentos, tendem a estabelecer relações médico-paciente mais harmoniosas, colaborativas e democráticas, são capazes de entender com mais facilidade as particularidades e preferências de cada paciente,

estabelecendo maior cuidado compassivo. Por sua vez, Hojat *et al.* (2002) descrevem que profissionais do gênero feminino passam mais tempo com seus pacientes e desempenham atendimentos mais preventivos e orientados a eles.

Avaliando a empatia, os escores maiores verificados no grupo AP, na dimensão “*tomada de perspectiva*”, tanto na E2 quanto na E3, sugerem que a exposição ao atendimento presencial pode criar um ambiente mais favorável ao afloramento dessa atitude. É possível que o contato presencial com o paciente gere mais confiança de ambas as partes, criando condições mais propícias para a tomada da perspectiva que o TA, no qual pode, a nosso ver, ocorrer dificuldade de transferência e contratransferência consequentes ao ambiente remoto, desprovido do “calor do contato físico”. É interessante pontuar que o tamanho do efeito da diferença encontrada foi maior após a exposição aos atendimentos presenciais durante o semestre letivo [D de Cohen E3 = 1,55 (efeito grande); E2= 0,48 (efeito pequeno)], evidenciando a mudança de comportamento na tomada de perspectiva gerada pela prática clínica do atendimento presencial.

Quando analisados os resultados do escore global da empatia, observa-se que na E2, ou seja, antes da exposição prolongada ao AP e ao TA, os grupos eram iguais. No entanto, após tal exposição (E3), o grupo AP apresentou resultados significativamente superiores aos observados no grupo TA, com tamanho de efeito grande (D de Cohen = 0,86). Esse dado corrobora os dados encontrados em relação à dimensão tomada de perspectiva, revelando que a exposição ao atendimento presencial, durante o semestre letivo, pode ter sido mantenedor de maiores escores de empatia no grupo que esteve em contato presencial com os pacientes.

Segundo Sandrini *et al.* (2013), a empatia é construída com uma série de ações baseada no conhecimento, comportamento e comunicação com o paciente. Os profissionais devem ser capacitados com treinamento em comunicação, usando tecnologia, ter comunicação clara e objetiva, apresentar ritmo na comunicação, personalização do atendimento, pontualidade, ouvir o paciente, respondendo aos seus questionamentos, realizar um plano de atendimento com quais serão suas ações. Nesse sentido, os achados favoráveis ao atendimento presencial, verificados no presente estudo, reforçam a necessidade de maior capacitação de estudantes no TA, antes de iniciarem a prática clínica nesse formato. Na literatura, há discordância entre os estudos em relação ao comportamento da empatia manifestada pelos estudantes ao longo do

curso médico. Alguns estudos americanos propostos por Chen *et al.* (2007) e Hojat *et al.* (2009) revelaram uma erosão da empatia nos últimos períodos do curso, avaliada pela ferramenta JSPE. Entretanto, em contraponto, estudos realizados no Japão (KATAOKA *et al.*, 2009), na China e na Itália (DI LILLO *et al.*, 2009) não evidenciaram nenhuma mudança significativa ao longo do curso. Por outro lado, na presente pesquisa, houve ganho no tamanho do efeito ao longo do oitavo período letivo, no grupo AP, como discutido a montante.

Alguns estudiosos defendem a influência das experiências vivenciadas e fatores ambientais como determinantes para a formação do comportamento humano, assim como a influência do contexto familiar como fator importante para desenvolver as relações interpessoais futuras correlacionadas à empatia (HOJAT, 2007). Na literatura, são identificados vários fatores que podem contribuir para a erosão da empatia como: a falta de atitudes adequadas de professores, alto volume de informação técnica a ser trabalhada, com limitação do tempo para esclarecimento de questões humanísticas que envolvem a relação médico-paciente, expectativa do estudante, prática clínica cotidiana (MORETO *et al.*, 2008), bem como o fator emocional originado pelo contato com o sofrimento. (LARA *et al.*, 2009), podendo este último ter influenciado nas diferenças entre a empatia verificadas nos grupos do presente estudo, haja vista a peculiaridade da situação de encarceramento das pacientes atendidas no grupo TA.

No Brasil, algumas iniciativas envolvendo estudantes de medicina, como a disciplina Medicina do Confinamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), de caráter optativo, vêm sendo praticadas para levantar reflexões e promover um ganho para a formação médica na quebra de estigmas e preconceitos, diante de uma população privada de liberdade (SANTOS, 2015; OLIVEIRA, 2018). Ainda nesse contexto, estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram que inserir os estudantes de Medicina em Unidades Prisionais aperfeiçoa e valoriza o trabalho em equipe e a relação médico-paciente (FILEK, 2013). Por sua vez, em relato de experiência ocorrida no município do Mossoró, no curso de Medicina da Universidade Rural do Semi-árido (UFERSA), foi compartilhada a experiência de alunos do primeiro ano, frente a promoções de saúde para a População em Situação de Rua (PSR), com o intuito de potencializar a empatia e solidificar uma prática de saúde pública mais democrática. (CUNHA, *et al.*, 2020).

A análise das dimensões da motivação individual e da motivação global mostrou que em ambas as formas de atendimento empregadas no estudo, AP e TA, os estudantes se mostraram com escores muito elevados, apresentado médias em torno de 4,7/5,0. Esse fato revela que o atendimento clínico é uma atividade naturalmente motivadora para os futuros médicos. Além disso, mostra que a atual geração de estudantes se motiva pelo uso da tecnologia e do atendimento a distância de forma igual ao atendimento presencial, característica importante para o sucesso do teleatendimento.

Em estudos realizados por Sobral (2003) e Zenorine e Santos (2004), estudantes do gênero feminino obtiveram médias superiores na motivação intrínseca, quando comparados a alunos do sexo masculino. Já em relação à idade, a literatura descreve um declínio da motivação intrínseca com o avançar da idade e da escolaridade (ZANATTO, 2007), sugerindo que esse ponto pode ser mais complexo, como aventam alguns estudiosos (OTIS; GROUZET e PELLETIER, 2005).

Boruchovitch (2008) analisou os resultados de uma pesquisa realizada com 225 alunos em um curso de formação de professores de instituições de ensino superior, públicas e privadas, do Estado de São Paulo, identificando as variáveis demográficas e contextuais que se relacionaram com a motivação. O gênero feminino apresentou médias superiores tanto na motivação intrínseca quanto na extrínseca, quando comparadas ao masculino, além da motivação aumentar com a idade. Como pode ser visto, divergências da influência das variáveis sociodemográficas em estudos de motivação mostram a complexidade envolvida na sua avaliação, especialmente evidente quando contextos diferentes são estudados.

Apesar dessas diferenças em relação à motivação e gênero, vistas no contexto educacional, no presente estudo, não houve correlação significativa entre as variáveis sociodemográficas e a motivação dos estudantes. De fato, a avaliação da motivação no contexto do atendimento clínico é uma situação peculiar, destoando dos objetivos da maior parte dos estudos de motivação e aprendizagem já publicados, os quais avaliam contextos de outras estratégias educacionais diferentes do atendimento a pacientes.

A análise das correlações entre os escores de motivação e empatia evidencia correlação

positiva moderada entre a dimensão “Atenção” da motivação e a dimensão “Capacidade de se colocar no lugar do paciente” da empatia, no grupo TA. Dessa correlação, depreende-se um alinhamento conceitual plausível ao considerar-se que estudantes mais atentos e focados na consulta remota conseguem captar com maior precisão a situação peculiar do paciente atendido no sistema prisional. Essa evidência reforça a importância de ambientes e tecnologias que permitam maior foco dos estudantes e médicos nos relatos e no comportamento não verbal dos pacientes atendidos a distância, mimetizando o contexto do contato clínico presencial.

Quando analisadas as correlações dos escores motivação/empatia no grupo AP, várias relações se mostraram significativas-positivas, inclusive entre os escores globais. Esse fato demonstra que o aumento da motivação vem acompanhado de aumento significativo da empatia ( $p=0,002$ ), nas consultas presenciais. Logo, pode ser depreendida a importância da motivação do estudante em relação ao atendimento clínico na geração da empatia a partir da relação médico-paciente, implicando a necessidade dos cursos de medicina e professores criarem ambientes motivadores de atendimento, com impacto na aprendizagem e na empatia dos estudantes.

Os resultados deste estudo sugerem que há necessidade de capacitar estudantes e professores, bem como desenvolver os sistemas de teleatendimento, para favorecer a promoção da empatia no atendimento a distância. A carência de uma formação ético-digital é um fator que deve ser corrigido em todos os níveis de atenção da prática médica. Aspectos como longitudinalidade e relação médico-paciente no teleatendimento devem ser analisados e repensados, para que haja maior difusão e rápido compartilhamento do conhecimento. O enfoque da motivação e da empatia dos estudantes, como alicerces da prática clínica presencial e remota, deve estar inserido no treinamento de habilidades voltadas à consolidação de boas práticas e à vivência de uma relação médico-paciente bem estruturada.

Conforme já pontuado, este estudo apresenta limitações como o número de participantes incluídos na amostra e a forma de alocação dos estudantes nos grupos estudados. Além disso, as diferentes características da população atendida nos dois grupos, as quais não eram passíveis de controle pelos pesquisadores, por serem inerentes ao cenário do estudo em razão do currículo do curso, constituem limitações apontadas na metodologia e na discussão e necessitam consideração.

## 7 CONCLUSÕES

Este estudo, desenhado com o objetivo de investigar a motivação e a empatia dos estudantes em relação às teleconsultas e ao atendimento presencial apresenta as seguintes conclusões:

- As estudantes do gênero feminino apresentaram grande superioridade na dimensão “cuidado compassivo”, e os estudantes do gênero masculino apresentaram moderada superioridade na dimensão “capacidade de se colocar no lugar do paciente”. Essa alternância é corroborada pela controvérsia da literatura sobre o papel do gênero na empatia dos estudantes.
- Os estudantes que realizaram o atendimento presencial apresentaram maiores escores na dimensão da empatia “tomada de perspectiva”. Houve ganho considerável no tamanho do efeito após a exposição desses sujeitos aos atendimentos presenciais, durante o semestre letivo.
- Após a exposição às consultas, durante o semestre letivo, a empatia global no grupo que realizou o atendimento presencial foi maior quando comparada ao grupo teleatendimento.
- Os alunos apresentaram níveis elevados de motivação em ambas as formas de atendimento, ressaltando o interesse de estudantes de medicina pela prática clínica, independente do formato do atendimento. As várias correlações positivas encontradas entre motivação e empatia, especialmente no grupo atendimento presencial, demonstram que o aumento da motivação é acompanhado de aumento significativo da empatia e reforçam a necessidade de ambientes acadêmicos motivadores no contexto da prática clínica.
- Por fim, o conjunto das evidências permite afirmar que, no escopo desta pesquisa, as consultas presenciais estiveram associadas a maior desenvolvimento da empatia, que ambas as formas de atendimento foram motivadoras e o aumento da motivação está associado ao aumento da empatia dos estudantes no atendimento clínico.
- Novos estudos com delineamentos experimentais, com pacientes de características semelhantes e maior número de estudantes, são necessários para conclusões com maiores evidências acerca da motivação e da empatia nas diferentes formas de atendimento.

## **8 APLICABILIDADE**

Diante da importância da motivação e da empatia na relação médico-paciente, este estudo pontua a necessidade dos currículos médicos serem orientados para a promoção de estratégias capazes de reforçar a empatia dos estudantes nos teleatendimentos.

Os resultados deste estudo poderão servir de base para intervenções curriculares mais assertivas, impactando na aquisição ou incremento dessa habilidade pelos estudantes de medicina e sugerem a necessidade de novos estudos que avaliem essas duas características nos formatos presenciais e remotos de atendimento, para o incremento do entendimento acerca dessa temática.

## REFERÊNCIAS

- ALMINO, M. A. F. B. *et al.* Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 397-402, 2014.
- APPEL-SILVA, M.; WENDT, G. W.; ARGIMON, I. I. L. Self-determination theory and sociocultural influences on identity. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 351-369, Aug. 2010.
- AGUIAR, P. *et al.* Empatia Médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. In: CONGRESSO INTERNACIONAL GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA. 10., 2009. **Anais [...]**, Braga: Universidade do Minho, 2009.
- ARANTES, A. C. C. *et al.* Usabilidade da telemedicina como uma plataforma de ensino colaborativo para estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, [S.I.], v.2, n.4, p.132-137, dez.2013.
- ATKINSON, J. W.; BIRCH, D. **An Introduction To Motivation**. 2. ed. New York: Van Nostrand Reynold Inc., 1978.
- BATT-RAWDEN, S. A. *et al.* Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 88 n. 8, p. 1171-1177, Aug. 2013.
- BERGAMINI, C. W. Motivação: mitos, crenças e mal-entendidos. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 23-34, abr. 1990.
- BLANCH-HARTIGAN, D. *et al.* Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v.80, n.3, p. 315-320, Sep. 2010.
- BORUCHOVITCH, E. A motivação para aprender de estudantes em curso de formação de professores. **Educação**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 30-38, jan./abr. 2008.
- BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm). Acesso em: 24 maio 2021.
- BRASIL. **Lei nº 14510, de 27 de dezembro de 2022**, Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm). Acesso em: 04 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.
- BRASIL. **Programa Telessaúde Redes do Ministério da Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/telessaude/telessaude>. Acesso em: 24 maio 2021.
- CADETE FILHO, A. A.; PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Motivação acadêmica de estudantes de medicina: uma análise na perspectiva da teoria da Autodeterminação. **Revista**

**Brasileira de Educação Médica**, BeloHorizonte, v. 45, n. 2, p. 86, mar.2021.

CARDOSO JUNIOR, A. **Avaliação da motivação em relação a videoaulas de anatomia humana: Validação psicométrica e aplicação da versão brasileira do Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV) em estudantes de medicina**. 192f. 2020. Tese (Doutorado em Patologia) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

CARDOSO JUNIOR, A.; FARIA, R. M. D. Avaliação psicométrica do instrumento Instructional Materials Motivation Survey (IMMS) em ambiente remoto de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 45, n. 4, p. 197, ago.2021.

CHAO, L. W. **Telemedicina e Telessaúde**. São Paulo: Manole, 2009. v. 2, p. 811-813.

CHEN, D. *et al.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of general internal medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 10, p. 1434-1438, 2007.

CLARK, N. M. *et al.* Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. **European Respiratory Journal**, [S.l.], v. 16, n. 1, p.15-21, 2000.

COHEN, J. A power primer. **Psychol Bull**, Washington, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J.; THOMAS, K. G. Measuring motivacional characteristics of courses: applying Keller's Instructional Materials Motivation Survey to a web-based course. **Academic Medicine** Philadelphia v.84, n.11, p.1505-1509,2014.

COSTA, F.D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.34, n.2, p.261-269,2010.

CUNHA, A.T.R. *et al.* População em situação de rua: o papel da Educação Médica ante a redução de iniquidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v.44, n.1, p.e0136,2020. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbem/a/kQWPYptzwqFcPKdt56LbhDb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2023.

DECETY, J.; COWELL, J. M. The complex relation between morality and empathy. **Trends in Cognitive Science** [S.l.], v. 18, n. 7, p. 337-339, 2014.

DECETY, J.; ICKES, W. J. **The social neuroscience of empathy**. Cambridge: The MIT Press, 2009.272 p.

DI LILLO, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1198-1202, 2009.

ECCLES, J. S.; WIGFIELD, A. Motivational beliefs, values and goals. **Annual Review of Psychology**, [S.l.], v. 53, n. 1, p. 109-132, 2002.

EKMAN, P. **Emotions revealed**: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life. New York: Times books, 2003.

ESTAI, M.; BUNT, S. Best teaching practices in anatomy education: A critical review. **Annals of Anatomy**, New York, v.208, p.151–157,2016.

FALCONE, E. Empatia. *In*: ABREU, C, N.; ROSO, M. (org.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed. 2003. p. 275- 287.

FALCONE, E. *et al.* Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Revista Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 321-324, 2008.

FILEK, H. *et al.* Students' experience of prison health education during medical school. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 11, p.938-943, 2013.

FONSECA, A. L. D. O. *et al.* Interiorização da medicina utilizando um Sistema de Telepresença Holográfico. *In*:SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SISTEMAS MULTIMÍDIA E WEB: WORKSHOP DO CT-VÍDEO, 23., 2017, Gramado. **Anais [...]**. Gramado: Sociedade Brasileira de Computação, 2017.

FUCHS, T. Levels of Empathy-Primary, Extended, and Reiterated Empathy, *In*: LUX, V.; WEIGEL, **Empathy**. Reino Unido: Palgrave Macmillan, p.27-47, 2017.

GOBBI, D. A. **Avaliação da motivação de estudantes de medicina em relação às videoaulas de anatomia humana ministradas no curso de medicina da Universidade José do Rosário Vellano (campus Belo Horizonte) no primeiro semestre de 2020**. 2021. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2021.

HAN, J. L.; PAPPAS, T. N. A Review of Empathy, its importance, and its teaching in Surgical Training. **Journal of Surgical Education**, New York, v. 75, n. 1, p. 88-94, 2018.

HAUZE, S. W.; MARSHALL, J. M. Validation of the Instructional Materials Motivation Survey: Measuring Student Motivation to Learn via Mixed Reality Nursing **Education Simulation**. [*S.l.*], v. 19, p. 49–64, 2020.

HOFFMAN, M. L. Empathy, social cognition and moral action. *In*: KURTINES, W. M.; GEWIRTZ, J.L. (ed.), **Handbook of moral behavior and development**. New Jersey: LEA, 1992. p. 65-87.

HOGAN, R. Development of an empathy scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [*S.l.*], v. 33, n. 3, p. 307-316, 1969.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE): development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, [*S.l.*], v. 61, n. 2, p. 349-365, 2001. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/240278730\\_The\\_Jefferson\\_Scale\\_of\\_Physician\\_Empathy\\_Development\\_and\\_Preliminary\\_Psychometric\\_Data](https://www.researchgate.net/publication/240278730_The_Jefferson_Scale_of_Physician_Empathy_Development_and_Preliminary_Psychometric_Data). Acesso em: 15 dez. 2022.

HOJAT, M. *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education**, Oxford, v. 36, n. 6, p. 522 – 527, 2002

HOJAT, M. **Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes**. New York: Springer, 2007. 164p

HOJAT, M. *et al.* Devil lives in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n.11, p. 1182-1191, 2009.

HORNBLOW, A. R.; KIDSON, M. A.; IRONSIDE, W. Empathetic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression. **Medical education**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 15-18, 1988.

ICKES, W.; GESN, P. R.; GRAHAM, T. Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? **Personal Relationships**, [S.l.], v. 7, n. 1, p.95-110, May 2000.

IPREUSCHE, I.; LAMM, C. Reflections on empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? **Advances in Health Science Education**, Dordrechtv, v.21, n. 1, p.235-249,2016.

KATAOKA, H. U. *et al.* Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, 2009.

KELLER, J. M. Development and use of the ARCS model of motivational design. **Journal of Instructional Development**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 2–10, 1987.

KELLER, J. M. **Motivational design for learning and performance: The ARCS Model Approach**. New York, NY: Springer-Verlang; 2009.

KUSURKAR, R. A. *et al.* Motivational profiles of medical students: association with study effort, academic performance and exhaustion. **BMC Medical Education**, London, v. 13, n. 1, p. 87-95, 2013.

LARA, J. R. L. *et al.* Por que alguns médicos se vuelven poco éticos (malvados?) com sus pacientes. **Atención Primaria**, [S.l.], v. 41, n. 11, p. 646-649, 2009.

LEAL, L. E.; MIRANDA, G. J.; CARMO, C. R. S. Teoria da Autodeterminação: uma análise da Motivação dos Estudantes do Curso de Ciências Contábeis. **Revista Contabilidade & Finanças**, [S.l.], v. 62, n. 24, p. 162-173, 2013.

LEBLANC, V. R.; MCCONNELL, M. M.; MONTEIRO, S. D. Predictable chaos: a review of the effects of emotions on attention, memory and decision making. **Advances In Health Sciences Education: Theory and Practice**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 265-82, 2015.

LOZANO, A. B. *et al.* Motivação académica e atribuições causais: a escala QEAP48 numa amostra de alunos universitários de Rondônia e Humaitá (Amazônia, Brasil). *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL GALECO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA, 10., 2009. Braga. **Actas[...]**. Braga: Universidade do Minho, 2009 p. 4497-508.

MAGALHÃES, E. *et al.* Empatia Médica: Adaptação e Validação de uma Escala para Estudantes de Medicina. *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA RESEARCH*, 7., 2010. Minho. **Anais [...]**. Minho, 2010. p. 77-89.

MALDONADO, J. M. S.V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, sup. 2, p. e00155615, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/54bg8d5mfWmCC9w7M4FKFVq/?lang=pt#>. Acesso em: 30 mar. 2023.

MASLOW, A. H. A Theory of Human Motivation. **Psychological Review**, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 370- 396, 1943.

MESSINA, L. A.; RIBEIRO FILHO, J. L.; LOPES, P. R. L. **RUTE 100**: As 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da rede Universitária de Telemedicina. Rio de Janeiro: E-papers, 2014.

MEZZALIRA, D. P. *et al.* A Humanização na Educação Médica no Brasil. **Research, Society and Development** [S.l.], v. 11, n. 1, p. e57711125337, 2022. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/357983266\\_A\\_humanizacao\\_na\\_educacao\\_medica\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/357983266_A_humanizacao_na_educacao_medica_no_Brasil). Acesso em: 15 jan. 2023.

MORETO, G. *et al.* Una Nueva Metodologia Docente en Bioetica: experiencias con la aplicacion del portafolio a estudantes de Medicina em Brasil. **Persona y Bioetica**, [S.l.], v. 2, n. 31, p. 133-144, 2008.

NASCIMENTO, H. C. F. *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n.1, p. 150-158, 2018.

NATIVIDADE, J. C.; SUCUPIRA, G. A Treinamento de Habilidades Sociais como um caminho para o Bem-Estar, **Dignidade Re-Vista**, [S.l.], v. 9, n. 14, p. 37-50, jul. 20.

OLIVEIRA, F. A. *et al.* Medicina além das grades – uma Experiência da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. **Revista brasileira educação médica**, Brasília, v. 42, n.4, p.: 134-143, dez.2018.

OTIS, N.; GROUZET, M. E. F.; PELLETIER, L. G. Latent motivational change in an academic setting: a 3-year longitudinal study. **Journal of Educational Psychology**, [S.l.], v. 97, n. 2, p. 170- 183, 2005.

PAIVA, M. L. M. F.; BORUCHOVITCH, E. Orientações motivacionais, crenças educacionais e desempenho escolar de estudantes do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, [S.l.], v. 15, n. 2, p.381-389, 2010.

PARO, H. B. *et al.* Versão brasileira da Escala de Empatia de Jefferson: propriedades psicométricas e análise fatorial. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 12, n. 73, 2012. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-73#citeas>. Acesso em: 15 nov. 2022.

- PEIXOTO, J.M.; MOURA, E.P. Mapa da Empatia em Saúde: Elaboração de um Instrumento para o Desenvolvimento da Empatia. **Revista brasileira educação médica**, Brasília, v. 44, n.1, p. e030, mar2020.
- RIESS, H.; KRAFT-TODD, G. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, p. 1108-1112, 2014.
- ROGERS, C. Empatia. simpatia e intuição no diagnóstico. *In*: ROGERS, C.; KINGET, G. **Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva**. Belo Horizonte: Interlivros,1977. v. 1, p. 54-82.
- RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 54–67, 2000.
- SANDRINI, A. *et al.* Educação mediada por tecnologia: avaliação de curso de treinamento em tratamento restaurador atraumático (ART): estudo piloto. **Journal Health SCI Inst.** [S.l.], v. 31, n. 2, p. 132-135, 2013.
- SANTOS, L. L.*et al.* O sistema penitenciário como um cenário de formação médica, **Gac Santi**, [S.l.], v. 29, p. 290-291,2015.
- SHAFER, R. Generative empathy in the treatment situation. **Psychoanalytic Quarterly**, [S.l.], v. 28, p. 342-373, 1959. Disponível em:<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21674086.1959.11926141?journalCode=upaq20>. Acesso em: 15 jan. 2023.
- SMALL, R. V. Motivation in instructional design. *Teach Librarian*, [S.l.], v. 27, p. 29–31, 2000.
- SOBRAL, D. T. Motivação do aprendiz de medicina: uso da escala de motivação acadêmica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 25-31, 2003.
- SPINARDI, A. C. P.*et al.* Telefonoaudiologia: ciência e tecnologia em saúde. **Pró-fono Revista De Atualização Científica**, Barueri, v.21, n. 3, p. 249-54,2009.
- SPINARDI, J. D. **Percepção do professor-tutor sobre os processos e instrumentos utilizados na avaliação da aprendizagem a distância na educação superior**. 2017. 128 f. Tese (Mestrado Profissional em Educação e Novas Tecnologias) - Centro Universitário Internacional, 2017.
- TAN, Y. Q.; ONG, S. H. O.; TAN, L. G. L. Implementation of a Ureteric Colic Telemedicine Service: A MixedMethods Quality Improvement Study. **Urology**, New York, v. 147, p. 14-20, 2021.
- TYNG, C. M. *et al.* The Influences of Emotion on Learning and Memory.**Frontiers of Psychology**, v. 24, n. 8, p. 1454, 2017
- UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO. **Medicina Campus Belo Horizonte**. BeloHorizonte, 2019. Disponível em:<https://www.unifenas.br/medicinabelohorizonte.asp>.

Acesso em: 15 ago. 2021.

VOGEL, D.; MEYER, M.; HARENDZA, S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of under graduate medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 157, n. 18, p. 1-7, 2018.

WEN, C. L. Telemedicina e telessaúde: uma abordagem sob a visão de estratégia de saúde apoiada por tecnologia. **Atualidades Brasileiras em Telemedicina & Telessaúde**, [S.l.], v. 2, p. 3-5, 2016.

WISPÉ, L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 50, n. 2, p. 314-321, 1986.

ZANATO, R. **Perfil motivacional de alunos de arquitetura: um estudo exploratório**. 136f. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

ZENORINE, R. P. C.; SANTOS, A. A. A. A motivação e a utilização de estratégias de aprendizagem em universitários. *In*: MERCURI E.; POLYDORO, A. J. (org.). **Estudantes universitários: características e experiências de formação**. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. p. 67-86.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **1- Dados da pesquisa**

AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO E DA EMPATIA DE ESTUDANTES NA TELECONSULTA E NO ATENDIMENTO PRESENCIAL NO CURSO DE MEDICINA

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Essas descobertas, embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem, no futuro, ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Caso seja necessário, alguém lerá e gravará a leitura para o(a) senhor(a). Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal, e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

### **2. Informações da pesquisa**

PESQUISADOR: Aloísio Cardoso Júnior

ENDEREÇO: Avenida Carandaí, 362 apto. 1001 Bairro: Funcionários Cidade: Belo Horizonte/MG CEP: 30130-060

TELEFONE DE CONTATO: (31) 99985-1540

E-MAIL: aloisiocardosojr@gmail.com

---

PATROCINADORES: não se aplica

**2.1. Justificativa:** A introdução das teleconsultas na graduação em medicina no Brasil é uma realidade recentemente incorporada aos currículos, ainda pouco estudada, carecendo de melhor balizamento e maior conhecimento de seus desfechos em relação às práticas presenciais tradicionais.

**2.2. Objetivos:**

Comparar a motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina nas consultas presenciais e nas teleconsultas.

**2.3. Metodologia:**

Trata-se da aplicação dos questionários para alunos da instituição (UNIBH) com a finalidade de avaliar a motivação e a empatia dos estudantes nos atendimentos presenciais e nas teleconsultas. A partir das respostas dadas pelos alunos, será possível avaliar e correlacionar a motivação dos estudantes, em diferentes estratégias de atendimento.

O tempo de preenchimento médio estimado é de 15 minutos.

**2.4. Riscos e Desconfortos:** A participação neste projeto não envolve riscos físicos. Os riscos são baixos nesta pesquisa. Com relação aos questionários, existe o risco de cansaço ao preenchê-los. Para se evitar tais desconfortos, o aluno poderá responder aos questionários com o tempo que for necessário. Pode haver algum constrangimento em responder aos itens. Todo esforço será feito para manter o sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações, evitando discriminação ou estigmatização. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro, e apenas os pesquisadores e estatísticos terão acesso às informações do banco de dados.

**2.5. Benefícios:** Estes questionários avaliarão itens impessoais em relação à percepção do estudante sobre sua motivação e empatia em uma atividade instrucional inovadora, como o teleatendimento, e em relação a uma atividade convencionalmente estabelecida, como as consultas presenciais. Não há itens relacionados a assuntos de foro íntimo nos questionários.

---

**2.6. Forma de acompanhamento:** não se aplica.

**2.7. Alternativas de tratamento:** não se aplica.

**2.8. Privacidade e Confidencialidade:**

Os dados de suas respostas serão analisados em conjunto com os dados de outros respondentes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio pelos quais os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro, por cinco anos. Em nenhum momento, durante a pesquisa, o senhor (a) será identificado nas publicações.

**2.9. Acesso aos resultados:**

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando dela.

**3. Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo**

A escolha de entrar ou não neste estudo é inteiramente sua. Caso o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, não haverá qualquer represália.

**4. Garantia de Ressarcimento**

O(A) senhor(a) não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, o(a) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O (a) senhor(a) tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

**5. Garantia de indenização:**

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), ser-lhe-á garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

**6. Acesso ao pesquisador:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis por ela, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Pesquisador: Professor Aloísio Cardoso Júnior

Endereço: Avenida Carandaí, 362 apto. 1001 Bairro: Funcionários Cidade: Belo Horizonte/MG CEP: 30130-060 E-mail: aloisiocardosojr@gmail.com

### **7. Acesso à instituição:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável por ela, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG Telefone: (35) 3299-3137 E-mail: [comitedeetica@unifenas.br](mailto:comitedeetica@unifenas.br) . Segunda a sexta-feira, das 14:00h às 16:00h Centro Universitário de Belo Horizonte/UNI-BH: Av. Professor Mario Werneck, 1685 Bairro: Estoril CEP: 30.455-610 Município: Belo Horizonte Telefone: (31) 3319-9423 E-mail: cep@unibh.br

### **8. Consentimento do participante**

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar deste estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros, para mim, quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos, quando se fizer necessário, incluindo a divulgação desses, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F ( ) ND

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F ( ) ND

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Após leitura e entendimento dos termos deste TCLE declaro que:

- ( ) concordo em participar deste estudo.  
 ( ) não concordo em participar deste estudo.

---

Rubricas \_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

\_\_\_\_\_ (Representante legal)

## 9 DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA (para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG:

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário	Voluntário	Representante Legal
Representante Legal		
Pesquisador Responsável		

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rubricas \_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

\_\_\_\_\_ (Representante legal)

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- Sexo:  masculino  feminino  Não quero informar
- Idade em anos completos no momento da pesquisa  
 18 a 24 anos     25a 34 anos     35 a 44anos  
 45 a 54 anos     55a 64 anos     65 anos ou mais
- Estado Civil:  casado(a)  solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  UniãoEstável
- Renda familiar:  menos de 5 salários mínimos  entre 5e 20 salários mínimos  maisde 20 salários mínimos
- Raça:  branca  negra  parda  amarela  outra  Nãodeclarado
- Você mora com quantas pessoas? \_\_\_\_\_
- Você já realizou algum trabalho voluntário?  Sim  Não
- Você já visitou algum sistema prisional?  Sim  Não
- Você tem alguma doença crônica?  Sim  Não
- Você estuda com algum auxílio financeiro?  Sim:  ProUni  FIES  Outro:  Não
- Você tem filhos?  Sim. Quantos? \_\_\_\_\_  Não
- Você já sabe qual especialidade pretende cursar?  
 Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não.

**ANEXO A-Questionário IMMS –Versão Brasileira Validada do Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV)**

<p><i>Versão Brasileira Validada do Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV)</i></p> <p><b>John M. Keller</b> Florida State University</p> <p>1. Há 25 afirmações neste questionário. Por favor, pense sobre cada sentença em relação à atividade (atendimento) que você acabou de realizar e indique o quão verdadeira é a sentença. Dê a resposta que verdadeiramente se aplica a você, e não aquela que você gostaria que fosse verdadeira, ou aquilo que você pensa que outros querem ouvir.</p> <p>2. Pense em cada afirmação isoladamente e indique quão verdadeira ela é. Não se deixe influenciar por suas respostas a outras afirmações.</p> <p>3. Registre suas respostas na folha fornecida e siga as instruções adicionais que podem ser fornecidas em relação à folha de resposta que está sendo usada nesta pesquisa.</p> <p>Obrigado.</p>	D	D	N	C	C
<p>1. Esta atividade foi mais difícil de entender do que eu gostaria.</p>	①	②	③	④	⑤
<p>2. Depois de receber as informações iniciais, eu me senti confiante de que sabia o que se esperava que deveria ser aprendido com esta atividade.</p>	①	②	③	④	⑤
<p>3. Completar o atendimento me deu um sentimento satisfatório de realização.</p>	①	②	③	④	⑤

4.	A atividade tinha tanta informação que foi difícil escolher e lembrar os pontos importantes.	①	②	③	④	⑤
5.	Estas atividades de atendimento são interessantes.	①	②	③	④	⑤
6.	Havia histórias, pessoas ou exemplos que me mostraram como este atendimento poderia ser importante para algumas pessoas.	①	②	③	④	⑤
7.	A qualidade da comunicação ajudou a manter minha atenção.	①	②	③	④	⑤
8.	Esta atividade é tão abstrata que foi difícil manter minha atenção nela.	①	②	③	④	⑤
9.	Enquanto eu trabalhava nesta atividade, estava confiante de que poderia aprimorar o conhecimento.	①	②	③	④	⑤
10.	Gostei tanto desta atividade que gostaria de saber mais sobre este assunto.	①	②	③	④	⑤
11.	Os atendimentos parecem pouco interessantes.	①	②	③	④	⑤
12.	A forma como a informação está organizada nos atendimentos ajudou a manter minha atenção.	①	②	③	④	⑤
13.	Esta atividade tem elementos que estimularam minha curiosidade.	①	②	③	④	⑤
14.	Gostei muito de realizar esta atividade.	①	②	③	④	⑤
15.	A quantidade de repetição nesta atividade me fez ficar, eventualmente, entediado.	①	②	③	④	⑤
16.	O conteúdo e o estilo de atendimento dão a impressão de que vale a pena conhecê-lo.	①	②	③	④	⑤
17.	Apreendi algumas coisas que foram surpreendentes ou inesperadas.	①	②	③	④	⑤
18.	Depois de trabalhar nesta atividade, por algum tempo, eu estava confiante de que seria capaz de passar em um teste sobre ela.	①	②	③	④	⑤

19. A maneira como foi dado o <i>feedback</i> após esta atividade, ou outros comentários na atividade, ajudou-me a sentir recompensado pelo meu esforço.	①	②	③	④	⑤
20. A variedade de conteúdo ajudou a manter minha atenção na atividade.	①	②	③	④	⑤
21. O estilo de escrever no prontuário é entediante.	①	②	③	④	⑤
22. Há tantas palavras em cada página que é irritante.	①	②	③	④	⑤
23. Eu realmente não consegui entender muito o objetivo desta atividade.	①	②	③	④	⑤
24. A boa organização do conteúdo me ajudou a ter certeza de que eu aprenderia com esta atividade.	①	②	③	④	⑤
25. Foi um prazer trabalhar em uma atividade tão bem planejada.	①	②	③	④	⑤

#### Itens distribuídos por dimensão

Dimensão	Itens											
<b>Interesse</b>	5	6	7	10	11*	12	13	16	17	19	20	25
<b>Confiança</b>	2	3	9	14	18	24						
<b>Atenção</b>	4*	15*	21*	22*								
<b>Expectativa</b>	1*	8*	23*									

\* Itens invertidos: a nota dos itens deverá ser invertida.

## ANEXO B-Escala Jefferson de empatia médica–versão para estudantes

Jefferson Scale of Empathy – S version

### Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes

**Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:**

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um  ; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um  a opção correta)

	Discordo fortemente					Concordo fortemente						
	1	2	3	4	5	6	7	6	7	6	7	
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>											
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>											
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>											
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.	<input type="checkbox"/>											
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	<input type="checkbox"/>											
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.	<input type="checkbox"/>											
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.	<input type="checkbox"/>											
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.	<input type="checkbox"/>											
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.	<input type="checkbox"/>											
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	<input type="checkbox"/>											
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.	<input type="checkbox"/>											
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	<input type="checkbox"/>											
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.	<input type="checkbox"/>											
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.	<input type="checkbox"/>											
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	<input type="checkbox"/>											
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.	<input type="checkbox"/>											
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	<input type="checkbox"/>											
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.	<input type="checkbox"/>											
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.	<input type="checkbox"/>											
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	<input type="checkbox"/>											

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact: [Empathy.Scales@Jefferson.edu](mailto:Empathy.Scales@Jefferson.edu)

© Jefferson Medical College, All rights reserved

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Motivação e da Empatia de Estudantes na Teleconsulta e no Atendimento Presencial no Curso de Medicina.

**Pesquisador:** ALOISIO CARDOSO JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 54036921.9.0000.5143

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO E TECNOLOGIA DE ALFENAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.313.343

**Apresentação do Projeto:**

Desenho:

Trata-se de um estudo quantitativo transversal.

**Resumo:**

A telemedicina é definida como o uso de informações eletrônicas e tecnologias de telecomunicação para manter e promover cuidados em saúde quando os participantes estão impossibilitados de fazê-lo presencialmente. Esta ferramenta foi muito utilizada como alternativa de atendimento durante a pandemia de covid-19, o que ajudou na consolidação do seu uso. Além disto, a telemedicina tem se destacado como estratégia de treinamento virtual de habilidades médicas. Sua utilização na educação médica é guiada por um tutor e muitas expectativas são geradas nos estudantes, o que permite avaliar a motivação e a empatia dos mesmos, durante tal atividade, consideradas determinantes na aprendizagem. Nesta pesquisa serão avaliadas, comparativamente, a motivação e a empatia dos alunos do 4º ano, do Curso de Medicina da UNI-BH, frente ao atendimento por teleconsulta e ao atendimento presencial. A avaliação da motivação será realizada por meio do uso da versão brasileira do questionário Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV) e a empatia pelo instrumento Escala Jefferson de empatia médica - versão para estudantes na otimização das sessões.

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000

**UF:** MG **Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-3137

**Fax:** (35)3299-3137

**E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

**Introdução:**

As metodologias de ensino-aprendizagem, nos cursos de medicina, estão passando por mudanças significativas, particularmente acentuadas com o advento das tecnologias digitais de informação e comunicação. Neste sentido, em revisão crítica da literatura a respeito dos diversos recursos tecnológicos e estratégias de aprendizagem da anatomia humana, Estai e Bunt ressaltaram que não se encontrou um modelo único capaz de alcançar todas as necessidades do currículo. (ESTAI; BUNT, 2016). A combinação de várias ferramentas instrucionais, mutuamente, complementares, pode possibilitar a adoção dos métodos mais convenientes a cada contexto curricular, considerando-se as particularidades de cada curso e levando-se em conta tanto aspectos econômicos quanto sociais. (CARDOSO JUNIOR 2021) Assim, melhorias nas tecnologias de comunicação e na internet de banda larga, associadas ao aumento da eficácia e da facilidade no uso de video chamadas, realçou o interesse em sua utilização, bem como levou à expansão desta ferramenta nos cursos de graduação e pós-graduação. De acordo com a legislação brasileira, a educação à distância é uma modalidade de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação (SPINARDI, et. al, 2009). Recentemente, a eclosão da pandemia de Covid-19, verificada no início de 2020, levou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a reconhecer a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina para orientação e monitoramento de pacientes, bem como para troca de informações entre profissionais, fornecendo auxílio no diagnóstico e na terapêutica de forma remota (BRA-SIL, 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), telemedicina compreende a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico. Tais serviços são prestados por profissionais da área da saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação para o intercâmbio de informações válidas nos diagnósticos, pre-venção, tratamento de doenças e na contínua educação de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações. Diretrizes para a telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS, foram estabelecidas pelo decreto número 9.795, de 17 maio de 2019, pelo Ministério da Saúde, por meio de Departamento de Saúde Digital. A lei Federal número 13.389, de 15 abril de 2020, autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-COV-2), com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública. Neste sentido a telessaúde é definida como a prestação de serviços por profissionais da área,

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

quando a distância é um fator crítico, usando tecnologias de informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças, para a pesquisa e avaliação, e para a educação continuada dos profissionais de saúde, com o interesse de promover a saúde dos indivíduos e suas comunidades. Os campos de atuação no Brasil podem ser assim resumidos:- Teleconsultoria: visa esclarecer dúvidas de profissionais da atenção primária à saúde com base nas melhores evidências científicas.- Telediagnóstico: permite a avaliação remota de exames utilizando-se de tecnologias de informação e comunicação, visando à redução do tempo diagnóstico.- Telemonitoramento: permite o monitoramento remoto de pacientes, com coleta de dados clínicos e transmissão de exames, utilizando-se tecnologias de informação e comunicação.- Tele-educação: por meio de ensino à distância, disponibiliza

conteúdo sobre assuntos de saúde visando à aprendizagem no trabalho (BRASIL 2020). Estas medidas, tem contribuído para o avanço do atendimento remoto e para menor exposição da população à contaminação. Neste contexto a telemedicina vem sendo vista como uma ferramenta importante para minimizar os principais problemas apresentados pelo sistema de saúde, em relação ao acesso, equidade, qualidade e custo. O uso de tecnologias de informação e de comunicação no setor da saúde, para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e para educação continuada de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisas e avaliações, é uma realidade já incorporada ao cenário da educação e assistência médica (KLIPPEL, et. al, 2020). Por sua vez, na esteira da evolução da comunicação digital, a aplicabilidade da telemedicina na graduação, incluindo as teleconsultas, pode permitir que os alunos estabeleçam e criem habilidades médicas e competências diferentes do atendimento presencial. As sessões interativas, sob supervisão de um facilitador, consistem no debriefing, levando à reflexão sobre as ações executadas naquele cenário, representando um verdadeiro encontro colaborativo entre o tutor e seus alunos. A evolução do aluno diante do processo de amadurecimento e desenvolvimento da empatia, bem como sua motivação para a atividade, estão associados ao êxito do processo (ARANTES, et. al, 2013). Nesse sentido, um bom facilitador deve: acolher os alunos e garantir o engajamento de todos; oferecer eventuais explicações acerca da tecnologia aplicada; rever os processos e a sequência de ações executadas, esclarecendo dúvidas e estimulando o debate entre os estudantes; corrigir condutas que impactaram negativamente a evolução clínica; controlar a duração da discussão; mostrar-se acessível para possíveis questionamentos futuros. Estas técnicas devem ser estimuladas e introduzidas no acompanhamento dos alunos visando despertar a motivação e a empatia, da mesma forma como se criam estratégias no ambiente presencial

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

(SPINARDI, 2017). Sendo um novo cenário de ensino-aprendizagem, a motivação dos estudantes e sua empatia diante das teleconsultas necessitam ser estudadas. A motivação é um sentimento que acarreta a busca de interesses para a aprendizagem do adulto, impulsionando o indivíduo a satisfazer uma necessidade ou atingir um objetivo. Em seu componente intrínseco, a motivação está baseada nas características pessoais como esforço, experiência prévia e objetivo do aluno. No componente extrínseco, envolve estímulos externos, do ambiente, da comunidade e da instituição de ensino que podem contribuir com metodologias adequadas a cada contexto de aprendizagem. (LEBLANC; MCCONNELL; MONTEIRO, 2015). Por sua vez, a empatia é a habilidade de perceber, entender o sentimento e a perspectiva do outro. Uma habilidade relacionada ao que se chama de inteligência emocional, que abrange componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, sendo fundamental para os profissionais da saúde, no atendimento de seus pacientes. Abrange três componentes: o afetivo, o cognitivo e um regulador das emoções. O componente afetivo baseia-se no entendimento de estados emocionais dos outros, atendendo às necessidades. O componente cognitivo refere-se à capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas, envolve neutralidade e imparcialidade e o componente regulador das emoções, é responsável por gerenciar e explicitar a resposta empática (PEIXOTO, MOURA, 2020). Considerando a importância desta habilidade e a necessidade de mensurar se em algum momento do ciclo de atendimentos observa-se ganho ou erosão da empatia, foi desenvolvida a Escala Jefferson de Empatia Médica – versão para estudantes (JSPE-vs). Este instrumento, adequado ao contexto médico, foi validado em 25 idiomas para aferição de empatia em contextos clínicos (COSTA; AZEVEDO, 2010 e HOJAT et al., 2001). A seu tempo, a motivação para aprendizagem é um fator essencial que se traduz no esforço empreendido pelos estudantes para aquisição de conhecimentos. Neste sentido, o Instructional Materials Motivation Survey (IMMS) é um questionário utilizado em vários países e difundido em áreas tecnológicas de ensino-aprendizagem, que estima o quanto estudantes estão motivados para uma determinada atividade. Tal instrumento, foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado no Brasil, gerando o IMMS-BRV (JUNIOR, FARIA, 2021). No âmbito da educação médica, a motivação e empatia fornecem informações para que gestores da escola e professores possam realizar um diagnóstico nas áreas em que atuam e planejar ações educativas mais eficientes. Desta forma, o presente projeto visa avaliar comparativamente a motivação e a empatia dos estudantes de medicina em relação ao atendimento de consultas presenciais, dito tradicional, e ao teleatendimento, utilizando como instrumentos de medida o IMMS-BRV e a JSPE-vs.

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

**Hipótese:**

H0 (hipótese nula) - A motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina são iguais nas consultas presenciais e nas teleconsultas.

H1a (hipótese alternativa) – A motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina são maiores nas consultas presenciais que nas teleconsultas.

H1b (hipótese alternativa) – A motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina são menores nas consultas presenciais que nas teleconsultas.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Serão utilizadas técnicas de análise estatística descritiva e analítica com base nas variáveis analisadas no estudo. Será adotado nível de significância de 95%.

**Desfecho Primário:**

A motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina são iguais nas consultas presenciais e nas teleconsultas.

Tamanho da Amostra no Brasil: 60

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar a motivação e a empatia manifestadas por estudantes de medicina nas consultas presenciais e nas teleconsultas.

**Objetivo Secundário:**

Aferir a motivação e a empatia dos estudantes. Correlacionar a motivação e a empatia de estudantes de medicina em atendimentos presenciais e teleconsultas. Determinar os aspectos motivadores e desmotivadores percebidos pelos estudantes em ambas as estratégias de atendimento.

**Metodologia Proposta:**

Local do estudo O estudo será desenvolvido no Curso de Medicina da Universidade UNI-BH, a qual oferece mais de 40 cursos de Graduação, nas modalidades Bacharelado, Licenciatura e Graduação Tecnológica. População alvo A população do estudo será composta por alunos devidamente

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 5.313.343

matriculados no 4º ano do curso de medicina em 2022 que estarão cursando as estratégias UCs (PMSUS – Práticas Médicas no SUS), HM/EC (Habilidades Médicas e Estações Clínicas) e NCS (Necessidades e cuidados em saúde), momento onde a avaliação da empatia e da motivação dos estudantes, desencadeadas pelos atendimentos aos pacientes, é crucial na formação dos futuros médicos, especialmente quando se trata de uma estratégia inovadora como a teleconsulta. Amostra, amostragem e recrutamento A amostragem dos participantes será não probabilística por conveniência. Os estudantes da população-alvo, após explicação sobre o assunto, serão convidados pelos pesquisadores a participarem da pesquisa através de convites virtuais, em sala de aula e por e-mail. Aqueles que preencherem os critérios de inclusão e não estiverem incluídos nos critérios de exclusão, serão selecionados para o estudo após leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APÊNDICE A). A qualquer momento do desenvolvimento do projeto, o discente que desejar poderá se retirar do mesmo sem maiores transtornos, conforme previamente explicitado nos critérios de exclusão e no próprio TCLE. Coleta de dados Os dados da pesquisa serão coletados por meio de questionário sociodemográfico (QSD – APÊNDICE B) e de instrumentos para avaliação da motivação (IAM) - Versão Brasileira Validada do Instructional Materials Motivation Survey (IMMS-BRV - ANEXO A) e da empatia (IAE) - Escala Jefferson de empatia médica - versão para estudantes (ANEXO B). Estes instrumentos serão aplicados aos estudantes que participarem dos atendimentos presenciais e das teleconsultas. Etapas do estudo Após a definição da amostra, os alunos serão direcionados para a teleconsulta de clínica médica na APAC e para o atendimento presencial no ambulatório de clínica médica. Os mesmos estudantes estarão alocados nos grupos atendimento presencial e teleconsulta. O QSD, o IAM e o IAE serão administrados aos estudantes para avaliação dessas variáveis em relação à estratégia teleatendimento bem como à consulta presencial. O IAE será aplicado após a segunda semana de atendimento e, novamente, após o terceiro mês de atendimento. O IAM somente será aplicado após o terceiro mês de atendimento. Instrumentos de coleta de dados O questionário sociodemográfico

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

pode ser visto no APÊNDICE B. Para avaliação da motivação será aplicado o instrumento IMMS-BRV (ANEXO A), adaptado ao escopo da presente pesquisa. A empatia será avaliada pela análise da escala de Jefferson traduzida e adaptada para o português brasileiro (ANEXO B), também adequada ao escopo da presente pesquisa. Plano de análise estatística Serão utilizadas técnicas de análise estatística descritiva e analítica com base nas variáveis analisadas no estudo. Será adotado nível de significância de 95%.

**Critério de Inclusão:**

- Estar regularmente matriculado no 4º ano do curso de medicina do UNIBH.
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo.

**Critério de Exclusão:**

- Alunos que já tenham tido experiência prévia em teleconsulta.
- Desejo declarado do participante de deixar o estudo.
- Falta de aderência ao protocolo do estudo.
- Erro de alocação nos grupos do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação neste projeto não envolve riscos físicos. Os riscos são baixos nesta pesquisa. Com relação aos questionários, existe o risco ao preenchê-los. Para se evitar tais desconfortos, o aluno poderá responder os questionários com o tempo que for necessário. Pode haver algum constrangimento em responder aos itens dos instrumentos. Todo esforço será feito para manter o sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações, evitando discriminação ou estigmatização. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e apenas os pesquisadores e estatísticos terão acesso às informações do banco de dados. Não há itens relacionados a assuntos de foro íntimo nos questionários.

**Benefícios:**

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.343

Os instrumentos avaliarão aspectos em relação à percepção do estudante sobre sua motivação e empatia em uma atividade instrucional inovadora, como o teleatendimento, e em relação a uma atividade convencionalmente estabelecida, como as consultas presenciais. Os resultados da pesquisa serão importantes para traçar-se um panorama à respeito da percepção dos estudantes em relação ao teleatendimento, norteando o aprimoramento de tal estratégia, para benefício dos próprios estudantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não foi observado nenhum óbice ético.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não foi observado nenhum óbice ético.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclusão:

Não foi observado nenhum óbice ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1914740_E1.pdf	17/03/2022 22:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochurarevisada3.pdf	17/03/2022 22:22:43	Camila Bernardes Mendes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLerevisada3.pdf	17/03/2022 22:17:34	Camila Bernardes Mendes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	29/11/2021 15:07:38	Camila Bernardes Mendes de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/11/2021 12:24:06	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/11/2021 12:21:02	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Outros	IMMSpdf.pdf	29/11/2021 12:18:36	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Outros	QSD.pdf	29/11/2021 12:17:55	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 5.313.343

Outros	EscalaJefferson.pdf	29/11/2021 12:13:48	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIBHDRCP.pdf	29/11/2021 12:12:14	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Declaração de concordância	DRCPUnifenas.pdf	29/11/2021 12:11:49	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRP.pdf	29/11/2021 12:04:43	ALOISIO CARDOSO JUNIOR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 25 de Março de 2022

---

**Assinado por:**  
**MARCELO REIS DA COSTA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

