

UNIVERSIDADE PROF. EDSON ANTÔNIO VELANO – UNIFENAS
Olivia Felicioni Oliveira

**AVALIAÇÃO DO PODER DISCRIMINATÓRIO DA ESCALA BRASILEIRA DE
EMPATIA CLÍNICA EM RELAÇÃO À DIMENSIONALIDADE DE EMPATIA
DEMONSTRADA PELO ESTUDANTE DE MEDICINA**

Belo Horizonte
2024

Olivia Felicioni Oliveira

**AVALIAÇÃO DO PODER DISCRIMINATÓRIO DA ESCALA BRASILEIRA DE
EMPATIA CLÍNICA EM RELAÇÃO À DIMENSIONALIDADE DE EMPATIA
DEMONSTRADA PELO ESTUDANTE DE MEDICINA**

**Dissertação apresentada à Universidade Prof. Edson
Antônio Velano – UNIFENAS como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre em
Ensino em Saúde.**

**Linha de Pesquisa: Planejamento e Desenho de
Currículo**

**Orientadora: Eliane Perlatto Moura
Coorientador: José Maria Peixoto**

Belo Horizonte

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que está sempre comigo, direcionando meu caminho e iluminando meus projetos.

Ao meu pai Dimas, meu maior incentivador e minha maior inspiração de vida, sou sua fã número um. À minha mãe Rita, meu amparo e guia em todas as esferas da minha vida. Vocês fazem parte de todas as minhas conquistas!

Ao meu irmão Antônio e minha cunhada Renata que, juntamente com nossos presentes Henrique e Helena, são apoio, incentivo e compreensão.

Ao Daniel, que acompanhou de perto este projeto desde o início, sendo estímulo constante para minha evolução e boa companhia nos momentos bons e difíceis.

À minha orientadora, Professora Eliane Perlatto, pela ampla disponibilidade, dedicação, paciência e ensinamentos. Ao Professor Peixoto, coorientador, pelas contribuições de melhoria do projeto e colaboração. À Thalita, que sem dúvidas se tornou uma amiga nessa trajetória, com sua brilhante contribuição e flexibilidade. Este projeto só foi possível graças a vocês estarem ao meu lado.

Aos meus alunos que prontamente se dispuseram a contribuir com o projeto, participando com muito interesse e prestatividade.

Aos meus colegas do mestrado, em especial, Luís Gustavo, Fernanda, Natália e Lara, pelo companheirismo e auxílio em todos os momentos.

E, por fim, aos pacientes, pela confiança, sendo fontes de inspiração para um cuidado cada vez mais humanizado e completo.

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

Oliveira, Olivia Felicione.

Avaliação do poder discriminatório da escala brasileira de empatia clínica em relação à dimensionalidade de empatia demonstrada pelo estudante de medicina. [Manuscrito] / Paulo Vilela Neto Marcos. – Belo Horizonte, 2024.

89 f.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura.

Coorientador: José Maria Peixoto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2024.

1. Empatia. 2. Educação médica. 3. Médico e paciente. I. Oliveira, Olivia Felicione. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404



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

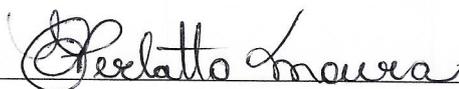
Certificado de Aprovação

**AVALIAÇÃO DO PODER DISCRIMINATÓRIO DA ESCALA BRASILEIRA DE
EMPATIA CLÍNICA EM RELAÇÃO À DIMENSIONALIDADE DE EMPATIA
DEMONSTRADA PELO ESTUDANTE DE MEDICINA**

AUTOR: Olivia Felicioni Oliveira

ORIENTADORA: Profa. Dra Eliane Perlatto Moura

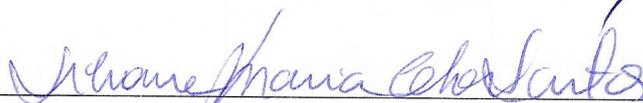
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Profa. Dra Silvana Maria Elói Santos

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2024.



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

RESUMO

Introdução: A empatia é fundamental na relação médico-paciente, portanto, o desenvolvimento desta habilidade multidimensional deve ser um dos objetivos de aprendizagem na formação de profissionais da saúde. Apesar do uso de estratégias para o desenvolvimento da empatia nos estudantes de medicina, a sua mensuração ainda se mostra um desafio. Recentemente, foi elaborada a Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) para estudantes de medicina no contexto do atendimento clínico, com abordagem dos componentes afetivos, cognitivos e comportamentais do construto. **Objetivo:** Avaliar o poder discriminatório da EBEC em relação à dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante de medicina. **Metodologia:** Estudo transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado com 110 estudantes do 5º, 6º e 11º períodos de medicina. Os estudantes responderam ao questionário sociodemográfico e à EBEC. Em seguida, assistiram a um vídeo contendo um caso clínico e, logo após, preencheram o Mapa da Empatia em Saúde (MES) sobre o caso clínico contido no vídeo. **Resultados:** No geral, o nível de empatia dos estudantes mensurado pela EBEC foi alto, sendo que as variáveis sexo feminino, experiência de doença grave na família e pretensão de cursar especialidade clínica ou clínica/cirúrgica apresentaram associação com escores mais elevados de empatia. Não houve diferença significativa nas médias de escores entre os estudantes do início da fase clínica e os do final do curso. Observou-se, ainda, que tanto os estudantes que abordaram a dimensão afetiva quanto aqueles classificados como bidimensional ou multidimensional pelo MES apresentaram escores mais elevados de empatia. **Conclusão:** A EBEC é uma ferramenta útil em identificar as diferenças de dimensões de empatia entre os estudantes, quando apresentam bidimensionalidade ou multidimensionalidade.

PALAVRAS-CHAVE: empatia; educação médica; comunicação em saúde; relação médico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: Empathy is fundamental in doctor-patient relationship, therefore, the development of this multidimensional skill should be one of the learning goals in training of health professionals. Despite the use of strategies for empathy development in medical students, measuring empathy remains a challenge. Recently, a Brazilian Scale of Clinical Empathy (EBEC) was developed for medical students in context of clinical care, addressing affective, cognitive and behavioral components of the construct. **Objective:** Evaluate the discriminative power of the EBEC regarding the dimensionality of empathy demonstrated by medical students. **Methodology:** Cross-sectional study with qualitative and quantitative approach, conducted with 110 students from 5th, 6th and 11th periods of medicine. Students completed a sociodemographic questionnaire and the EBEC. Subsequently, they watched a video presenting a clinical case and then filled out the Health Empathy Map (MES) related to the clinical case in the video. **Results:** Overall, the empathy level measured by the EBEC was high among students. Variables such as female sex, experience of severe illness in family and intention to pursue clinical or clinical/surgical specialty were associated with higher empathy scores. There was no significant difference in average scores between students at the beginning of clinical phase and those at the end of the course. It was also observed that both students addressing affective dimension and those classified as bidimensional or multidimensional by MES showed higher empathy scores. **Conclusion:** EBEC is useful in identifying differences in empathy dimensions among students, especially when they exhibit two-dimensionality or multidimensionality.

KEYWORDS: empathy; medical education; health communication; doctor-patient relation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo..... | 28 |
| Figura 2 – Fluxograma das etapas de categorização da empatia clínica | 32 |
| Figura 3 – Curva ROC para dimensionalidade à luz da empatia global, compreensão empática e ação empática..... | 59 |
| | |
| Quadro 1 - Modelo de classificação das respostas por quadrantes do MES em dimensões da empatia | 20 |
| Quadro 2 - Modelo de categorização da empatia clínica..... | 21 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização dos estudantes segundo os dados sociodemográficos..... | 36 |
| Tabela 2 – Caracterização dos alunos segundo a avaliação da empatia..... | 38 |
| Tabela 3 – Estudo da influência das características sociodemográficas na avaliação da empatia | 40 |
| Tabela 4 – Dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES..... | 45 |
| Tabela 5 – Estudo da influência das características sociodemográficas nas dimensões observadas na percepção das necessidades do paciente (Q2) e na preocupação empática (Q4) | 48 |
| Tabela 6 – Estudo da influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente, na dimensionalidade da preocupação empática e na razão Q2/Q4 (Tomada de Perspectiva/Preocupação empática)..... | 52 |
| Tabela 7 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia pela EBEC..... | 55 |
| Tabela 8 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia | 56 |
| Tabela 9 – Medidas de avaliação da curva ROC..... | 61 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------|---|
| AUC | Área Sob a Curva |
| CARE | <i>Consultation and Relational Empathy</i> |
| Coep | Comitê de Ética em Pesquisa |
| dp | Desvio-padrão |
| EBEC | Escala Brasileira de Empatia Clínica |
| Fies | Fundo de Financiamento Estudantil |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| I.E. | Inventário de Empatia |
| ICEC-MES | Instrumento de Classificação da Empatia Clínica |
| JSPE | <i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i> |
| MÊS | Mapa da Empatia em Saúde |
| P | Probabilidade de significância |
| P25 | Percentil 25 |
| P50 | Percentil 50 |
| PPOS | <i>Patient - Practitioner Orientation Scale</i> |
| Prouni | Programa Universidade Para Todos |
| Q1 | Tomada de perspectiva |
| Q2 | Percepção das necessidades do paciente |
| Q3 | Compartilhamento emocional |
| Q4 | Preocupação empática |
| Razão Q2/Q4 | Percepção/Preocupação empática |
| ROC | <i>Receiver Operating Characteristic</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNIFENAS | Universidade Prof. Edson Antônio Velano |
| VPN | Valor preditivo negativo |
| VPP | Valor preditivo positivo |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 1.1 | História e origem do termo empatia..... | 11 |
| 1.2 | Empatia e contexto médico..... | 14 |
| 1.3 | Empatia e graduação médica..... | 15 |
| 1.4 | Instrumentos para desenvolvimento e para mensuração da empatia..... | 16 |
| 1.5 | Categorização da empatia..... | 19 |
| 1.6 | Poder discriminatório de escala e curva ROC..... | 22 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 23 |
| 3 | HIPÓTESE DE PESQUISA..... | 24 |
| 4 | OBJETIVOS | 25 |
| 4.1 | Objetivo geral | 25 |
| 4.2 | Objetivos específicos | 25 |
| 5 | MATERIAIS E MÉTODOS | 26 |
| 5.1 | Desenho do estudo | 26 |
| 5.2 | Local de realização do estudo | 26 |
| 5.3 | População alvo | 26 |
| 5.4 | Critérios de inclusão | 26 |
| 5.5 | Critérios de exclusão | 26 |
| 5.6 | Amostra, amostragem, recrutamento | 27 |
| 5.7 | Coleta de dados | 27 |
| 5.8 | Instrumentos utilizados no estudo | 28 |
| 5.8.1 | <i>Questionário sociodemográfico</i> | <i>28</i> |
| 5.8.2 | <i>Escala brasileira de empatia clínica (EBEC)</i> | <i>29</i> |
| 5.8.3 | <i>Mapa da empatia em saúde (MES)</i> | <i>30</i> |
| 5.8.4 | <i>Instrumento de categorização da empatia clínica demonstrada – ICEC-MES.</i> | <i>31</i> |
| 5.9 | Análise dos dados | 31 |
| 5.9.1 | <i>Análise do Mapa da Empatia em Saúde.....</i> | <i>31</i> |
| 5.9.2 | <i>Estatísticas descritivas.....</i> | <i>33</i> |
| 5.10 | Aspectos éticos..... | 35 |
| 6 | RESULTADOS | 36 |
| 6.1 | Caracterização da amostra | 36 |

| | | |
|-----|---|----|
| 6.2 | Escore de empatia demonstrada pelo estudante obtido com a EBEC | 38 |
| 6.3 | Influência das características sociodemográficas no escore de empatia obtido com a EBEC | 38 |
| 6.4 | Dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES | 43 |
| 6.5 | Influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES | 46 |
| 6.6 | Correlação entre o escore de empatia clínica obtida pela EBEC com a dimensionalidade de empatia obtida na análise do conteúdo do MES | 55 |
| 7 | DISCUSSÃO | 62 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| | REFERÊNCIAS | 69 |
| | APÊNDICES | 75 |
| | ANEXOS | 86 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 História e origem do termo empatia

A empatia é definida como uma habilidade humanística multidimensional, a qual requer perceber e compreender a perspectiva do outro, bem como sentir seu estado emocional. Como habilidade, é um componente central da inteligência emocional, das habilidades sociais e da comunicação (MAYER; DIPAOLO; SALOVEY, 1990). Pode ser definida, ainda, como uma ação ou reação empregada diante de um evento, que gera mobilização afetiva e interpretação cognitiva, direcionando o indivíduo para uma tomada de atitude, seja ela ativa ou passiva (EISENBERG; STRAYER, 1987; KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001).

O termo “empatia” (do grego, *empátheia* — *em* = dentro e *pathos* = sofrimento ou sentimento) tem origem na palavra alemã “*Einfühlung*”, introduzida pelo filósofo Robert Fischer em 1873, no contexto da filosofia e da arte, para descrever nossa capacidade de entender ou captar a perspectiva de objetos inanimados e outras espécies de animais, colocando-se em seu lugar (GALLESE, 2003). No contexto do vocabulário da experiência estética do século XIX, seu significado seria a relação entre a obra de arte e seu observador, descrevendo, assim, os sentimentos de um observador diante da obra de arte e a sua tendência de se projetar para o objeto contemplado (WISPÉ, 1992; THOMAZZI; MOREIRA; MARCO, 2014).

Ao longo da história, observam-se divergências de definições e orientações teóricas da empatia entre os diversos estudiosos da área. As principais teorias abrangem os aspectos afetivos ou cognitivos do construto (KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001). Em 1903, continuando na perspectiva afetiva, Lipps estendeu o conceito de *Einfühlung* ao campo da psicologia para descrever o processo afetivo no qual as pessoas se colocam no lugar do outro, referindo-se à capacidade de compreender os outros ao atribuir-lhes sentimentos, emoções e pensamentos (GALLESE, 2003). O termo em alemão foi traduzido para o inglês pelo psicólogo Edward Bradford Titchener, em 1909, com o nome *empathy*. Em sua concepção, Titchener descreve que, por meio da imitação interior ou esforço da mente, seria possível compreender a consciência de outra pessoa (FALCONE *et al.*, 2008).

No século XX, o conceito de empatia foi alvo de reflexão teórica por pensadores, como Freud, que utilizou o termo *Eifuhlung* para descrever o processo que permite a compreensão do outro,

colocando-se em seu lugar. Tal reflexão deu início a uma abordagem cognitiva para a definição de empatia (PIGMAN, 1995; PARO, 2013). Somente na década de 1950 que a empatia passou a ser analisada mais profundamente e empregada na prática da psicologia, a partir dos estudos de Carl Rogers. Para Rogers, a empatia não era considerada apenas como uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também como uma habilidade aprendida/desenvolvida através da qual se estabelece vínculos cognitivos-afetivos entre pessoas, proporcionando o envolvimento intencional com a vida de outros indivíduos. Isto é, sentir as mágoas e alegrias do outro como ele próprio as sente e perceber suas causas como ele as percebe (BOEMER, 1984; SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

O contraste das definições começa a ser atenuado com as propostas conceituais do psicólogo Martin L. Hoffman (1987), que define empatia como uma resposta afetiva mais apropriada à situação de outra pessoa do que à sua própria situação. Assim, é proposto que a empatia é uma resposta substituta à imagem mental que um indivíduo tem do sofrimento do outro, o que implica um certo grau de distanciamento entre eles. Essa definição engloba tanto aspectos cognitivos — a tomada de perspectiva, como aspectos afetivos — quanto sentimentos de angústia e preocupação (HOFFMAN, 1987; SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009). Ademais, a empatia guia os julgamentos morais que são feitos em relação ao outro (HOFFMAN, 1987).

Na esfera da psicologia social, para Batson *et al.* (1991), o fenômeno da empatia implicaria em altruísmo. Esse psicólogo é autor da hipótese empatia-altruísmo e acrescenta ao construto a ideia de que a empatia gera sentimentos como preocupação pelos demais, compaixão pelo sentimento alheio e vontade de ajudar. Dessa forma, a empatia envolveria sentimento pelo outro e não, necessariamente, sentir o que o outro sente (BATSON *et al.*, 1991).

Davis foi o primeiro a estabelecer um conceito mais amplo para o termo, definindo empatia como um processo psicológico, conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais, experimentado por um indivíduo frente às experiências de outro. Com essa concepção, Davis relaciona o domínio cognitivo, demonstrado pela habilidade de reconhecer os sentimentos do outro (tomada de perspectiva), e o domínio afetivo (consideração empática). Além disso, acrescenta o sentimento de *personal distress* (sentimentos de ansiedade ou angústia em situações interpessoais conflituosas) e a dimensão da Fantasia (comportamento de um indivíduo relacionado com a sua imaginação) (DAVIS, 1983; COSTA; AZEVEDO, 2010).

A literatura recente considera a empatia como um construto multidimensional, abrangendo os componentes cognitivo, afetivo e comportamental, interagindo e operando paralelamente (DAVIS, 1980; FALCONE *et al.*, 2008).

O componente cognitivo da empatia caracteriza-se pela capacidade de perceber a perspectiva e os sentimentos do outro, suas expressões e o modo como este reage a diversas situações (VEIGA; SANTOS, 2011). Essa percepção envolve neutralidade e imparcialidade daquele que empatiza, sem necessariamente experimentar os mesmos sentimentos do outro (EISENBERG; EGGUM, 2009), e está relacionada com a Tomada de Perspectiva, que reflete a tendência para adotar os pontos de vista do outro, deixando de lado os próprios valores para entrar no mundo do outro sem preconceitos (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010). Esse processo está associado à competência e ao raciocínio social, referindo-se à capacidade de se colocar no lugar do outro e imaginar o que ele está pensando ou sentindo, a partir de sua perspectiva (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O componente afetivo da empatia envolve a capacidade de compartilhar ou de se tornar afetivamente estimulado pelas emoções dos outros (pelo menos em valência, tom e intensidade relativa). Comumente referido como compartilhamento emocional ou ressonância afetiva, é um mecanismo espontâneo, que ocorre por observação e independe de análise e de tomada de perspectiva (DECETY; COWELL, 2014). Esse mecanismo ocorre através de neurônios-espelho, em que as ações observadas nos outros são representadas internamente no cérebro do observador (RIESS, 2010), uma vez que a capacidade de compreensão imediata da experiência emocional do outro ocorre devido à identificação da mesma experiência em si próprio (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O componente comportamental, definido como preocupação empática, consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva do outro, através da comunicação verbal e não verbal. Esse componente tem um papel fundamental para que a pessoa perceba, de fato, que está sendo compreendida (MARTINS *et al.*, 2018). Também denominado componente regulador das emoções, depende da função executiva e é responsável por gerenciar e explicitar a resposta empática (PEIXOTO; MOURA, 2020). Sem esse componente, os estados emocionais partilhados poderiam inibir a capacidade de realizar tarefas que exigem distância emocional ou, ainda, interferir na capacidade de esconder preconceitos automáticos (ERES; MOLENBERGHS, 2013).

1.2 Empatia e contexto médico

Na prática médica, a relação médico-paciente é um componente central e fundamental na arte de cuidar. Para uma prática clínica baseada em uma boa relação médico-paciente, são necessárias várias competências, entre elas a empatia médica (AGUIAR *et al.*, 2009). Nesse sentido, o conceito de empatia consiste em identificar e compreender os sentimentos e as experiências do paciente, promovendo aprimoramento das relações interpessoais, com aumento da confiança e do respeito entre médico e paciente, objetivando, assim, a humanização das práticas assistenciais (SUARTZ *et al.*, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Mercer e Reynolds (2002) definem a empatia médica como uma competência na qual procura-se entender o contexto, a perspectiva e os sentimentos do paciente; comunicar essa compreensão, e atuar de acordo com esse entendimento, através de um planejamento terapêutico.

Para Morse *et al.* (1992), a definição de empatia no contexto médico abrange os domínios (1) cognitivo, que seria a capacidade intelectual para identificar e entender a perspectiva do paciente; (2) emotivo, sendo a habilidade de imaginar as emoções e perspectivas do paciente; (3) comportamental, que seria a capacidade de transmitir a compreensão dessas emoções e perspectivas de volta ao paciente; e, acrescenta a esses, o (4) domínio moral, sendo a motivação interna do médico para entender a perspectiva do paciente. Os autores que exploram essas dimensões separadas da empatia enfatizam que o envolvimento emocional é crucial para uma empatia eficaz e não apenas a compreensão intelectual. Em outras palavras, todas as dimensões da empatia médica podem ser necessárias para que esses profissionais sejam efetivamente empáticos (STIEPIEN; BAERNSTEIN, 2006).

Segundo Usherwood (1999), ainda no contexto médico, a empatia também pode ser dividida em duas categorias, nomeadas “compreensão empática” e “ação empática”, com o intuito de enfatizar a relevância dos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais de ação.

A ação empática se manifesta notavelmente no contexto clínico, quando um paciente se encontra com o profissional de saúde, sendo a atividade central da prestação de cuidados médicos. Os dois componentes não são independentes, pois é evidente que não é possível agir com empatia a menos que se tenha alcançado um certo grau de compreensão empática. Além disso, a demonstração de empatia por parte do médico normalmente induzirá o paciente a

comunicar mais informações sobre o seu estado emocional, o que o médico pode utilizar para melhorar sua compreensão empática (USHERWOOD, 1999).

A compreensão empática implica compreender os sentimentos do paciente de uma forma detalhada e experiencial, levando em consideração a amplitude e a complexidade desses sentimentos e das questões que estão relacionadas. Essa compreensão não ocasiona, necessariamente, a partilha desses sentimentos, mas significa procurar compreender como seria essa pessoa, viver a vida dela e se sentir da mesma forma que ela se sente (USHERWOOD, 1999).

A empatia possui um papel importante nas relações interpessoais e está associada a efeitos positivos sobre a recuperação do paciente; além de tornar os pacientes mais abertos sobre seus sintomas e preocupações. Portanto, a empatia facilita a coleta de informações médicas, o que, por sua vez, gera diagnósticos mais precisos, além de aumentar a satisfação do paciente com os médicos e com a sua qualidade de vida (HALPERN, 2001).

O aumento do uso de exames complementares e o constante avanço das tecnologias de diagnóstico tendem a distanciar o médico da interação com o paciente enquanto indivíduo. Além disso, a prática da medicina está sujeita a crescentes pressões devido às exigências por redução de despesas e de tempo de consultas (AGUIAR *et al.*, 2009). Ademais, pesquisas indicam formação e educação insuficientes em aspectos compassivos e emocionais dos cuidados de saúde para estudantes de diversas áreas da saúde (CLARK, 2001).

Diante do papel relevante da empatia na relação médico-paciente, o aprimoramento dessa habilidade durante a graduação médica é fundamental para a formação do futuro profissional médico. Portanto, torna-se necessário estabelecer estratégias de ensino consolidadas que promovam efetivamente o desenvolvimento da empatia durante o curso (BATISTA; LESSA, 2019).

1.3 Empatia e graduação médica

Dado que a empatia é essencial para a prática clínica, observa-se que esse construto pode ser ensinado, praticado e desenvolvido durante a educação médica, ao longo de experiências de contato com pacientes durante a graduação (MOURA *et al.*, 2021). A relação entre os níveis de

empatia dos estudantes de medicina e sua progressão ao longo dos anos da graduação tem sido objeto de estudo na literatura atual, apresentando controvérsias (CATARUCCI *et al.*, 2022).

Alguns estudos sugerem que esses níveis tendem a diminuir ao decorrer dos anos do curso (CHEN *et al.*, 2007; MORETO, 2015), sendo este fato atribuído ao contato dos estudantes com a prática clínica, com início da deterioração evidenciada principalmente no terceiro ano, ou seja, na transição do ciclo básico para o ciclo clínico (HOJAT *et al.*, 2009). Vários fatores estão relacionados a essa condição, como convivência com a doença, lidar com pacientes em situações difíceis, enfrentamento da morte e do sofrimento e dificuldade em prover assistência adequada aos pacientes (LARA; MORAL; CAMPAYO, 2009). Além disso, o declínio da empatia pode estar associado a outros aspectos relacionados ao avanço do curso, como aumento progressivo da carga horária, situações mais frequentes de estresse, medo de cometer erros, mecanização da prática e falta de exemplos entre os tutores, o que pode contribuir para a perda da qualidade de vida e levar ao esgotamento emocional (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JÚNIOR, 2018).

No entanto, é importante ressaltar que outros autores mencionam que os níveis de empatia entre os estudantes tendem a crescer (FERREIRA, 2019) ou a permanecerem constantes no decorrer do curso de medicina (CAIRES, 2019). Ademais, é necessário considerar o papel da personalidade individual no desenvolvimento da empatia, pois isso está relacionado também às predisposições genéticas, ao ambiente familiar e às vivências prévias e atuais do indivíduo (HOJAT; ERDMANN; GONNELLA, 2013).

1.4 Estratégias e Instrumentos para desenvolvimento e mensuração da empatia

O desenvolvimento da habilidade de empatia deve ser um dos objetivos de aprendizagem na formação de profissionais da saúde (THOMAZZI; MOREIRA; MARCO, 2014). Moura *et al.* (2021), ao realizarem um estudo de revisão sistemática, identificaram estratégias que vêm sendo utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica, tais como: (1) artes, incluindo aulas de teatro, práticas de improvisação, interpretação de literatura e filmes; (2) reflexão sobre perspectivas, pensamentos e emoções do paciente; (3) cursos de treinamento de comunicação, (4) interação com pacientes através de depoimentos de pacientes reais, pacientes simulados, pacientes virtuais e *role play* e (5) a utilização da realidade virtual, por exemplo, o uso de videogames.

Um estudo realizado por D'Souza *et al.* (2020) mostrou que a utilização de um *workshop* sobre habilidades de comunicação que incluiu pacientes simulados e *role play*, seguido de reflexão sobre as emoções do paciente, é uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da empatia nos estudantes. Apesar do desenvolvimento de estratégias que visem estimular o desenvolvimento da empatia nos estudantes de medicina, a operacionalização desse conceito pode tornar-se difícil, e a sua mensuração ainda se mostra um desafio (JOÃO, 2019).

Com isso, foram desenvolvidas várias escalas para medir a empatia em diferentes cenários, como: o Inventário de Empatia (I.E.) que, avalia a empatia no contexto de situações de interação social (FALCONE *et al.*, 2008); o Índice de Reatividade Interpessoal, que avalia as dimensões afetiva e cognitiva da empatia no contexto das relações sociais (DAVIS, 1983) — estes dois instrumentos, apesar de validados, não são específicos para o contexto médico; a escala CARE (*Consultation and Relational Empathy*), que avalia a percepção do paciente em relação à empatia no contexto do atendimento clínico (MERCER *et al.*, 2004); e a escala PPOS (*Patient-Practitioner Orientation Scale*), que avalia atitudes de médicos e estudantes em relação ao atendimento centrado na pessoa (KRUPAT; PUTNAM; YEAGER, 1996). Contudo, na educação médica, a escala mais utilizada é a Escala de Empatia de Jefferson (*Jefferson Scale of Physician Empathy* - JSPE), que avalia a empatia no contexto da relação médico-paciente. Essa escala tem a empatia como um atributo predominantemente cognitivo e foi desenvolvida em língua inglesa para padrões norte-americanos (HOJAT *et al.*, 2001).

Em relação à JSPE, é importante enfatizar que, apesar de ser a mais utilizada em pesquisas em educação médica, de ter sido traduzida e validada em diversos países e idiomas e de ter apresentado qualidades psicométricas satisfatórias, apresenta ainda fragilidades que podem contribuir com distorções na avaliação do nível de empatia, fazendo com que seja pouco discriminativa (NUNES, 2018). Um estudo realizado por Sousa *et al.* (2021), que utiliza a JSPE e o Mapa da Empatia em Saúde, também demonstrou que a JSPE apresenta baixo poder discriminatório dos níveis de empatia, visto que, apesar de os escores se apresentarem elevados nas escalas, a análise do conteúdo dos mapas revelou que uma porcentagem expressiva dos estudantes considerou somente a doença do paciente, e poucos levaram em conta os três níveis da empatia: biomédico, afetivo e contexto social.

Diante deste resultado, recentemente foi elaborada a Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) para estudantes de medicina no contexto do atendimento clínico, com abordagem dos

componentes afetivos, cognitivos e comportamentais do construto (GENEROSO, 2022). Essa escala contém 21 itens distribuídos em dois domínios: compreensão empática e ação empática. No domínio compreensão empática, os itens estão relacionados com a tomada de perspectiva conceituada como a capacidade do profissional de saúde em compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente, a partir da sua perspectiva, bem como de compartilhamento emocional, que é a capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (através de neurônios-espelho). O domínio ação empática abrange itens relacionados com a tomada de perspectiva que permite prever comportamentos, e com a preocupação empática, que diz respeito às ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados. O modelo proposto para a EBEC atendeu aos critérios de adequação semântica e cultural, além de revelar evidências preliminares de validade (dados em fase de publicação), tendo o diferencial de distinguir os componentes cognitivo-afetivo (Compreensão Empática) e cognitivo-comportamental (Ação Empática) do construto, permitindo, assim, a identificação dos fatores que afetam cada componente.

Dentre as estratégias de desenvolvimento da empatia citadas, ressalta-se o Mapa da Empatia em Saúde (MES) (PEIXOTO; MOURA, 2020), que é um instrumento que visa estimular o estudante a fazer uma reflexão sobre o paciente, estruturada nos pilares da empatia, nos cenários de ensino em saúde. O MES é dividido em quatro quadrantes que contêm uma pergunta em cada, baseadas nos pilares da empatia: tomada de perspectiva (pergunta 1 – “O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? e pergunta 2 – “Qual a sua percepção sobre as necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuros?); compartilhamento emocional (pergunta 3 – “Como me sinto conhecendo a história desta pessoa?”) e preocupação empática (pergunta 4 – “Como posso ajudar esta pessoa?”). Após a resposta por escrito em cada quadrante, o aluno desenha no centro do mapa um *emoji* que deve expressar o que melhor exemplifica o sentimento do paciente (PEIXOTO; MOURA, 2020).

Além de estimular a reflexão empática dos estudantes, o MES mostrou ser um instrumento de mensuração da empatia que permitiu identificar as diferentes perspectivas desta reflexão, que variaram de aspectos biomédicos a aspectos afetivos e sociais (SOUSA *et al.*, 2021). Esse estudo realizado por Sousa *et al.* (2021) também demonstrou que, apesar de os escores de empatia geral dos estudantes pela JSPE-Br se apresentarem elevados, a análise de conteúdo das respostas do MES evidenciou que eles tiveram dificuldade em perceber as necessidades dos pacientes, prevalecendo uma atenção predominantemente centrada na doença. Essas diferentes

perspectivas de reflexão identificadas na análise do MES permitiram a categorização da empatia demonstrada (TEIXEIRA, 2023).

1.5 Categorização da empatia

As experiências emocionais vivenciadas pelas pessoas durante episódios empáticos são diversificadas devido à complexa interação entre aspectos cognitivos (tomada de perspectiva) e afetivos (compartilhamento emocional), o que reforça a natureza multidimensional da empatia (SAMPAIO *et al.*, 2008).

Para Selman (1971), a tomada de perspectiva é uma forma de cognição social intermediária entre o pensamento lógico e o pensamento moral. Esse autor descreve os estágios de desenvolvimento dessa tomada de perspectiva que se inicia na infância, por volta dos 4 anos, e se estende, progressivamente, até a adolescência, quando a tomada de perspectiva não se limita somente às relações interpessoais, mas também ao âmbito social geral. Assim, propõe os seguintes estágios de desenvolvimento da tomada de perspectiva: (1) a criança, inicialmente, não é capaz de diferenciar pontos de vista distintos, ou seja, não diferencia suas perspectivas das dos outros (de 4 a 5 anos); (2) posteriormente, percebe que as perspectivas das pessoas podem diferir e, agora, podem fazer distinções entre ações intencionais e não intencionais (de 6 a 7 anos); (3) passa a reconhecer que outras perspectivas podem ser corretas (de 8 a 10 anos); (4) para, então, compreender que as perspectivas podem se relacionar a grupos de pessoas (de 10 a 12 anos); e, finalmente, (5) entende que não se limitam às relações interpessoais, mas, também, ao sistema social. Apesar da proposta de Selman (1971) se relacionar à infância, observa-se, em sua classificação, que as perspectivas podem diferir entre as pessoas e se relacionar a um grupo social (FEITOSA *et al.*, 2016).

Segundo Fuchs (2017), a compreensão social não é adquirida dentro de um indivíduo, mas sim surge na interação momento a momento de dois sujeitos. Esse processo inclui diversos componentes, como ressonância corporal, sintonia afetiva, coordenação de gestos, expressão facial e vocal, entre outros. Dessa maneira, Fuchs (2017) descreve dois níveis distintos de empatia em relação à forma de manifestação. O primeiro nível, denominado empatia primária, ocorre de maneira implícita quando há contato direto pessoa a pessoa. Esse processo dinâmico implica a incorporação mútua em que as emoções observadas no outro são vivenciadas pelo observador, e são estabelecidas por expressões, reações, voz, olhar, denominada ressonância

corporal. O segundo nível representa a empatia estendida que, por sua vez, vai além da incorporação mútua do corpo a corpo. Trata-se de uma forma explícita na qual o observador se coloca no lugar do outro, imaginando as coisas sob a sua perspectiva, refletindo e fazendo inferências. Esse processo denominado transposição imaginária proporciona a possibilidade de alcançar uma compreensão social em um nível mais elevado.

Diante disso, Sousa *et al.* (2021), ao realizarem um estudo utilizando o MES, elaboraram um modelo de classificação das respostas obtidas em cada quadrante respectivamente com a finalidade de interpretação dos dados a partir da análise de conteúdo, baseado nos estágios de desenvolvimento da tomada de perspectiva na infância proposto por Selman (1971) e na classificação dos níveis de empatia de Fuchs (2017). O quadrante 3 avalia a empatia primária e os quadrantes 1, 2 e 4 avaliam a empatia estendida. Esse modelo de classificação da empatia considera a habilidade do estudante em identificar a perspectiva do paciente em níveis progressivos de suas relações: quando o estudante demonstra observar apenas os aspectos biomédicos, ou seja, relacionados somente com a doença; quando considera os componentes emocionais do indivíduo e quando é capaz de considerar as relações sociais e/ou familiares envolvidas na perspectiva do paciente (QUADRO 1).

Quadro 1 - Modelo de classificação das respostas por quadrantes do MES em dimensões da empatia

| Quadrante do MES | Características das respostas | Dimensões da empatia |
|---|---|--|
| Quadrante 3 Como me sinto conhecendo a história desta pessoa? <i>[compartilhamento emocional]</i> | Sentimentos e reflexões externados nas respostas indicam se o estudante foi afetado ao conhecer o caso do paciente; se a história do outro "repercutiu" no estudante. | Empatia primária <i>Ressonância corporal</i> |
| Quadrante 1 O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? <i>[tomada de perspectiva]</i> | Demonstram que o estudante se colocou ou não no lugar do outro. Sentimentos/sensações e reflexões externados nas respostas indicam que o estudante se colocou no lugar do paciente. | Empatia estendida <i>Transposição imaginária</i> |
| Quadrante 2 Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? <i>[tomada de perspectiva]</i> | Nível 1: Demonstram identificação de necessidades com foco restrito à doença e/ou aspectos biomédicos. | Empatia estendida <i>Compreensão superior</i> |
| Quadrante 4 Como posso ajudar esta pessoa? <i>[preocupação empática]</i> | Nível 2: Considera os desejos, os sentimentos e as necessidades expressos pelo paciente, descritos na vinheta clínica. Nível 3: Considera o contexto familiar (demais atores envolvidos no caso) e/ou o contexto social (emprego, arrimo de família etc.). | |

Fonte: SOUSA, 2021.

Apesar da aplicação deste modelo de classificação das respostas por quadrante do MES ter demonstrado eficácia na identificação dos níveis da empatia — primária e estendida —, ela não proporcionou uma definição clara da dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo aluno em relação à sua percepção e conduta sobre as necessidades do paciente (TEIXEIRA, 2023).

Portanto, diferente do modelo delineado por Sousa *et al.* (2021), o modelo apresentado por Teixeira (2023), denominado Instrumento de Classificação da Empatia Clínica (ICEC-MES), procurou abordar a categorização da dimensão da empatia, considerando as respostas em todos os quadrantes do MES, em conjunto. Dessa forma, esse modelo foi desenvolvido para dimensionar a empatia clínica em níveis progressivos, considerando os conceitos de empatia primária, que se refere à capacidade do estudante de expressar seus próprios sentimentos ao conhecer a história do paciente; de empatia estendida, que se refere à habilidade do estudante de se colocar no lugar do paciente e refletir sobre os sentimentos como se estivesse na mesma situação; e as dimensões da percepção e da conduta do estudante em relação às necessidades do paciente. A percepção e a conduta do estudante podem estar direcionadas para os aspectos biomédicos (Dimensão Biomédica), para os aspectos emocionais do paciente (Dimensão Afetiva) e para o contexto social e/ou familiar do paciente (Dimensão Social). Desse modo, o modelo de categorização da empatia clínica ICEC-MES tornou possível classificar a empatia clínica do estudante em primária ou estendida e em pré-dimensional, unidimensional, bidimensional e multidimensional (QUADRO 2).

Quadro 2 - Modelo de categorização da empatia clínica

| Dimensão Empatia | Descrição da Dimensão |
|------------------------------------|--|
| Empatia primária | Ser afetado com o histórico do outro. |
| Empatia pré-dimensional | Não percebe e nem aborda nenhuma das dimensões (biomédicas, afetivas ou sociais). |
| Empatia estendida unidimensional | Colocar-se no lugar do outro, perceber uma das dimensões (biomédicas, afetivas ou sociais) das necessidades do outro e /ou elaborar conduta voltada para somente uma dimensão. |
| Empatia estendida bidimensional | Colocar-se no lugar do outro, perceber duas das dimensões (biomédicas, afetivas ou sociais) das necessidades do outro e/ou elaborar conduta voltada para duas dimensões. |
| Empatia estendida multidimensional | Colocar-se no lugar do outro, perceber as três dimensões (biomédicas, afetivas ou sociais) das necessidades do outro e/ou elaborar conduta voltada para as três dimensões. |

Fonte: TEIXEIRA, 2023.

Na versão final do ICEC-MES, a avaliação das respostas dos estudantes a cada um dos quadrantes do MES deve ser realizada de acordo com as descrições das respostas contidas no quadro presente no instrumento e que, ao final, devem-se utilizar as informações obtidas para classificar a empatia clínica demonstrada (TEIXEIRA, 2023).

1.6 Poder discriminatório de escala e curva ROC

O poder discriminatório de um teste ou um instrumento é determinado pela sua capacidade de discriminar grupos. Nesse contexto, a utilização de indicadores estatísticos se faz relevante, uma vez que permite uma análise mais rigorosa do desempenho de um teste. A curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) é um procedimento utilizado na avaliação das propriedades diagnósticas de testes, especialmente na avaliação da maneira como várias medidas geralmente discriminam entre diferentes categorias de sujeitos. Para isso, é necessário estabelecer um ponto de corte e, com base nesse ponto de corte, é possível determinar se uma pessoa com uma pontuação específica pertence a uma categoria ou outra, como grupo normal/não clínico ou grupo clínico, por exemplo (PINTEA; MOLDOVAN, 2009; WESTIN, 2001).

Embora seja frequentemente associada à avaliação de testes e desempenhos diagnósticos na medicina, essa ferramenta também é amplamente utilizada em outros campos. Pinte e Moldovan (2009) citam em seu artigo sua utilização no campo militar para avaliar imagens de radar; na química para análises dicotômicas e na psicologia clínica para avaliar desempenho de ferramentas de diagnósticos e em avaliações comportamentais.

No presente estudo, utilizamos a curva ROC com a intenção de determinar um ponto de corte para a empatia global e para os domínios compreensão e ação empática da EBEC, que melhor discrimine os alunos com uma única dimensão (unidimensional) daqueles com pelo menos duas dimensões (bidimensional ou multidimensional).

2 JUSTIFICATIVA

A empatia possui um papel importante nas relações sociais, sendo um elemento essencial na relação médico-paciente. Está associada a efeitos positivos sobre a recuperação do paciente e aumenta a satisfação deste com os médicos e com a sua qualidade de vida.

Trata-se de um construto multidimensional de difícil mensuração. O desenvolvimento de instrumentos capazes de detectar as diferentes dimensões de empatia demonstradas pelos estudantes faz-se necessário para embasar estratégias de ensino que visem ao desenvolvimento da empatia no contexto do atendimento clínico.

Assim, este estudo propõe aprofundar a análise do poder discriminatório do modelo sugerido da EBEC, em relação à dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante, utilizando um instrumento qualitativo (MES) e seu respectivo instrumento de categorização (ICEC-MES), visando dar continuidade ao estudo da validação do modelo proposto da escala.

3 HIPÓTESE DE PESQUISA

O modelo proposto da Escala Brasileira de Empatia Clínica, por apresentar dois domínios que avaliam a compreensão empática e a ação empática, apresenta a capacidade de discriminar a dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante no contexto da aprendizagem da prática clínica.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar o poder discriminatório da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) em relação à dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante de medicina no contexto do aprendizado da prática clínica.

4.2 Objetivos específicos

- a) identificar o escore de empatia demonstrada pelo estudante ao responder a EBEC;
- b) identificar variáveis sociodemográficas que se correlacionam com os escores de empatia demonstrada pelo estudante ao responder a EBEC;
- c) identificar a dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES;
- d) identificar variáveis sociodemográficas que se correlacionam com a dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante;
- e) correlacionar o escore de empatia clínica obtido pela EBEC com a dimensionalidade da empatia obtida na análise do conteúdo do MES.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, cuja proposta foi avaliar o poder de discriminação do modelo proposto da EBEC.

5.2 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na Universidade Prof. Edson Antônio Velano – UNIFENAS, Alfenas, Minas Gerais.

5.3 População alvo

A população alvo foi formada por estudantes do 5º, 6º e 11º períodos do curso de medicina da Universidade Prof. Edson Antônio Velano – UNIFENAS.

5.4 Critérios de inclusão

- Ser maior de 18 anos.
- Estar regularmente matriculado no curso de medicina da Universidade Prof. Edson Antônio Velano – UNIFENAS.
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo.
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5.5 Critérios de exclusão

- Não aceitação de participação no estudo.
- Não preenchimento completo dos instrumentos de coleta de dados.
- Desejo do participante de deixar o estudo.
- Falta de adesão ao protocolo do estudo.

5.6 Amostra, amostragem, recrutamento

A amostra do estudo foi determinada por conveniência e constituída por estudantes que estavam cursando o 5º, o 6º e o 11º períodos de medicina da Universidade Prof. Edson Antônio Velano – UNIFENAS, Alfenas, no momento do estudo. A escolha do recorte populacional foi realizada com intenção de avaliar se haveria diferença nas médias de escores de empatia entre os estudantes que estavam no início da fase clínica do curso e os estudantes que estavam na fase final do curso. Os estudantes do 5º e 6º períodos cursavam a disciplina de semiologia e os do 11º período cursavam o módulo de clínica médica. Os estudantes receberam o convite para participar da pesquisa pessoalmente pela pesquisadora durante as aulas e os ambulatórios que ocorreram no período da coleta de dados. Todos os estudantes convidados aceitaram participar do estudo. O tamanho da amostra foi de 110 estudantes, sendo 58 estudantes do 5º e 6º período e 52 estudantes do 11º período.

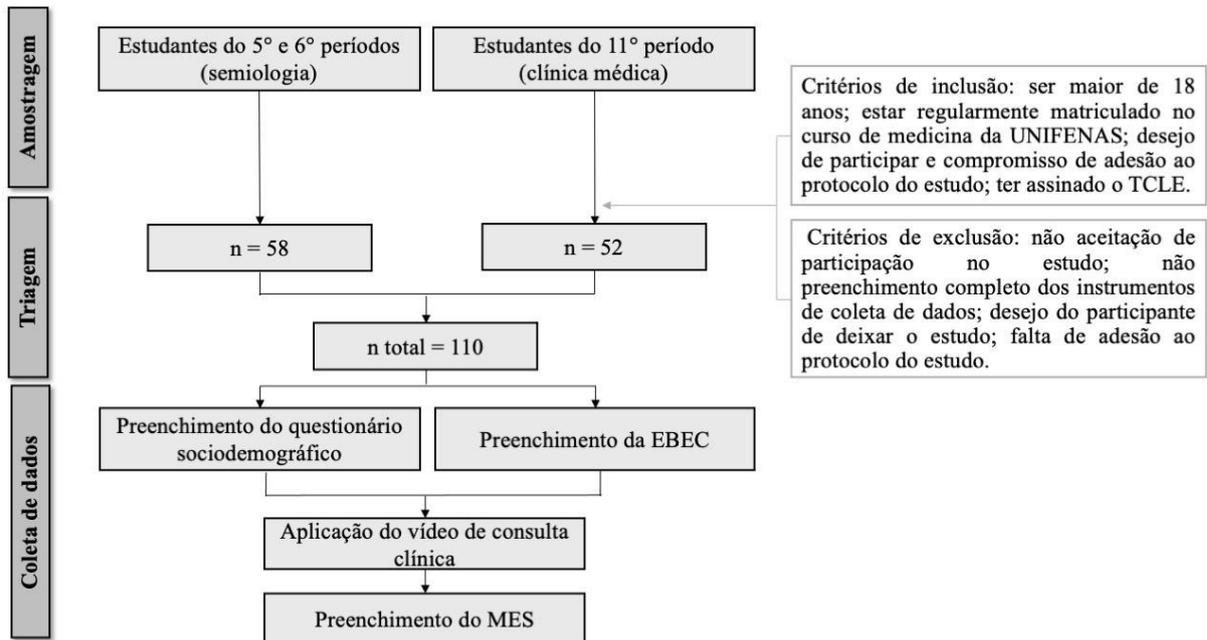
5.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 03/04/2023 a 20/06/2023, por meio da aplicação dos instrumentos ao final da atividade dos respectivos estudantes, em pequenos grupos, sendo os do 5º e 6º período ao final da aula prática de semiologia e os do 11º período ao final do ambulatório de clínica médica.

Todos os estudantes recrutados, levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão do estudo, aceitaram participar do estudo. Esses estudantes assinaram o TCLE (APÊNDICE A) e responderam ao questionário sociodemográfico (APÊNDICE B) e à EBEC (ANEXO A). Em seguida, assistiram a um vídeo contendo um caso clínico, gravado com a participação de um ator que faz o relato detalhado dos problemas de saúde de um paciente (APÊNDICE C). Logo após assistirem ao vídeo, os estudantes preencheram o MES (ANEXO B) sobre o caso clínico contido no vídeo (FIGURA 1).

O questionário sociodemográfico, a EBEC e o MES foram recolhidos pela pesquisadora e as respostas foram inseridas em uma planilha de Excel para facilitar a análise do conteúdo.

Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

5.8 Instrumentos utilizados no estudo

Neste estudo, os dados foram coletados utilizando: questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), EBEC (ANEXO A) e MES (ANEXO B). O conteúdo do MES foi analisado utilizando o Instrumento de Categorização da Empatia Clínica Demonstrada (ICEC-MES) (ANEXO C), que identifica a dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante.

5.8.1 Questionário sociodemográfico

Foi elaborado pelos pesquisadores um questionário semiestruturado para avaliar questões sociodemográficas e ocupacionais dos participantes (APÊNDICE B), contendo:

- Nome: identificação do entrevistado conforme registro em certidão de nascimento ou casamento, informado pelo próprio;
- Idade: em anos completos relatados no momento do preenchimento do questionário;
- Sexo: caracterização autoatribuída pelos sujeitos em relação ao gênero;
- Possui Religião: sim e não. Caso sim, qual: campo aberto para resposta;
- Estado Civil: estado marital definido pela(o) mulher/homem no momento da pesquisa, categorizada em Casado(a); Solteiro(a); Separado(a); Viúvo(a); Divorciado(a), União estável;

- Motivo principal de escolha do curso de medicina: questão de múltipla escolha com resposta única, contendo as seguintes opções: curso adequado à aptidão pessoal e vocacional; possibilidade de poder contribuir para a sociedade; possibilidade de emprego; influência de familiares; amplas expectativas salariais; prestígio social da profissão;
- Escola de origem no ensino médio: pública, privada, pública e privada;
- Estuda ou não com algum tipo auxílio financeiro: ProUni, FIES ou outro;
- Período do curso: período em que o estudante cursava no momento do preenchimento (em números de 1 a 12);
- Especialidade pretendida: clínica, cirúrgica, clínico/cirúrgica;
- Com quem mora: família (pai, mãe), sozinho, com parentes, república, pensão ou outros;
- Renda familiar: de acordo com critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Experiência com doença crônica ou grave na família: sim ou não;
- Utilização ou não de medicamentos relacionados à saúde mental: ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos.

5.8.2 Escala brasileira de empatia clínica (EBEC)

A EBEC foi elaborada por Generoso (2022), em sua dissertação de mestrado. A escala proposta é composta por 21 itens distribuídos em dois domínios (ANEXO A). O domínio compreensão empática é composto por 7 itens (3, 4, 8, 9, 12, 17, 20) que abordam a percepção do sentimento do paciente e do próprio estudante frente ao quadro do paciente. Já o domínio ação empática é composto por 14 itens (1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21), os quais abordam os aspectos relevantes para o direcionamento da conduta frente ao caso do paciente. Cada item é avaliado pela escala Likert 5 pontos, sendo 1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- não concordo e nem discordo; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente. Os itens 1, 2, 6, 11, 13, 14, 19 e 21 correspondem a itens invertidos, ou seja, têm o sentido do escore invertido. Para a análise do escore de empatia global, considera-se a somatória da pontuação obtida em cada item, com atenção aos itens invertidos, dividindo esse valor pelo número total de itens da escala, ou seja, 21, obtendo assim a média de escore. Portanto, a nota máxima apontada para a escala é 5,0. A média é realizada devido à escala não apresentar a mesma quantidade de itens entre seus dois domínios (compreensão e ação empática, 7 e 14 respectivamente). Assim, ao gerar a média de escore obtida em cada domínio, esses se tornam

comparáveis. Não existe um valor de corte, mas quanto maior a pontuação, maior a atitude empática do estudante.

5.8.3 Mapa da empatia em saúde (MES)

O MES possui quatro quadrantes que contemplam os três componentes da empatia: 1) “tomada de perspectiva” — capacidade de colocar-se no lugar do outro; 2) “tomada de perspectiva” — capacidade de entender o que o outro está imaginando ou sentindo; 3) “compartilhamento emocional” — refere-se à empatia afetiva, ou seja, envolve compartilhar sentimentos com a outra pessoa criando uma conexão emocional, tornar-se sintonizado com o emocional interno da outra pessoa; 4) “preocupação empática” — depois de entender a situação do outro e compartilhar os sentimentos, o indivíduo tem a motivação para cuidar do outro que está vulnerável ou angustiado. Cada quadrante contém uma pergunta: Q1. “O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?”; Q2. “Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuros?”; Q3. “Como me sinto conhecendo a história desta pessoa?” Q4. “Como posso ajudar esta pessoa?”. No centro do MES, há um desenho de um *emoji* sem as sobrancelhas e a boca, e abaixo encontram-se seis *emojis* representando as expressões faciais básicas (PEIXOTO; MOURA, 2020). O estudante é orientado a preencher o MES respondendo às perguntas e, ao final, indicar a expressão facial que acredita representar o sentimento do paciente após um atendimento clínico no cenário ambulatorial (ANEXO B).

5.8.4 Instrumento de categorização da empatia clínica demonstrada – ICEC-MES

O ICEC-MES é um instrumento para categorização da empatia clínica para avaliação das respostas do MES. Este instrumento foi elaborado por Teixeira (2023) em sua dissertação de mestrado e possui quatro quadros. O primeiro quadro avalia a presença ou ausência das dimensões da empatia em cada quadrante do mapa. Possui três colunas, sendo que a primeira contém as perguntas presentes em cada quadrante do MES; a segunda contém a dimensão da empatia e a descrição das respostas propostas pelo modelo de categorização; e a terceira coluna contém a indicação de presença ou ausência (sim ou não), sem pontuação nos quadrantes do MES Q1 e Q3, e presença ou ausência com pontuação — sim (1 ponto) ou não (0 pontos) nos quadrantes do MES Q2 e Q4, de acordo, respectivamente, com a presença ou ausência de empatia estendida, empatia primária e das dimensões biomédicas, afetiva e social observadas nas respostas. O segundo quadro categoriza a dimensão pela pontuação obtida em cada

quadrante (Q2 e Q4) com a definição de cada dimensão da classificação em pré-dimensional, unidimensional, bidimensional e multidimensional. O terceiro quadro demonstra o significado da razão Q2/Q4, que será utilizada para avaliar se o estudante é capaz de identificar e atuar em relação às necessidades do paciente, visto que Q2 está relacionado à percepção e Q4 está relacionado à conduta. O último quadro identifica a categoria da empatia demonstrada pelo estudante, sintetizando as informações com o objetivo de facilitar o *feedback* que deverá ser dado ao aluno (ANEXO C).

5.9 Análise dos dados

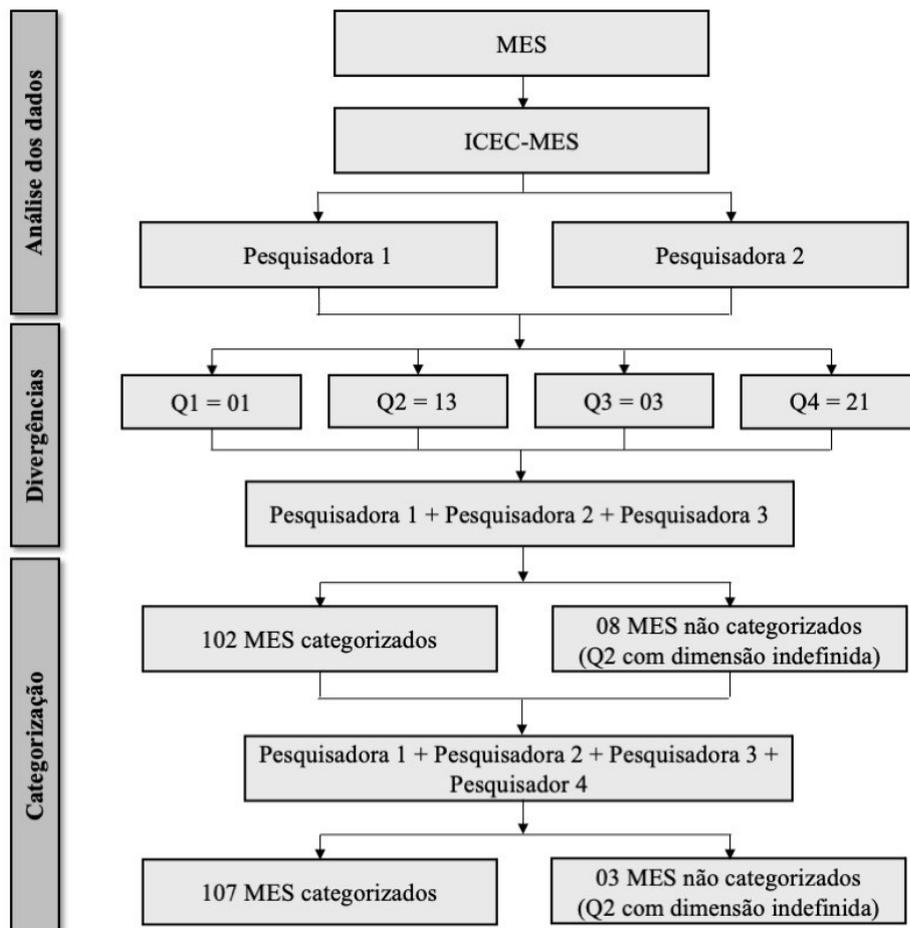
5.9.1 Análise do Mapa da Empatia em Saúde

Para a classificação da empatia, as respostas do MES foram avaliadas utilizando o ICEC-MES (ANEXO C), elaborado para identificar a dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante. Primeiramente, os mapas foram transcritos na íntegra em arquivos do Microsoft Excel. As respostas contidas em cada mapa foram digitadas em uma tabela, conforme a estrutura geral do MES (quatro quadrantes).

Para garantir a validação e a confiabilidade dos dados, a análise do conteúdo do MES utilizando o ICEC-MES foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente. No quadrante 1 (Q1), foi considerado se o estudante refletiu sobre o caso, colocando-se no lugar do paciente (sim ou não). No quadrante 3 (Q3), levou-se em conta se o estudante foi afetado pelo caso ao conhecer a história do paciente (sim ou não). No quadrante 2 (Q2) foram classificadas como: (1) dimensão biomédica: as respostas que demonstraram que o aluno identificou as necessidades do paciente relacionadas à doença e/ou aspectos biomédicos; (2) dimensão afetiva: as respostas que demonstraram que o aluno identificou as necessidades afetivas e/ou emocionais do paciente; (3) dimensão social: as respostas que demonstraram que o aluno identificou as necessidades do paciente relacionadas ao seu contexto social e/ou familiar. No quadrante 4 (Q4) foram classificadas como: (I) dimensão biomédica: as respostas que demonstraram que o aluno propõe conduta(s) direcionada(s) à abordagem da doença e/ou aspectos biomédicos; (II) dimensão afetiva: as respostas que demonstraram que o aluno propõe conduta(s) direcionada(s) à abordagem dos aspectos afetivos e/ou emocionais do paciente; (III) dimensão social: as respostas que demonstraram que o aluno propõe conduta(s) direcionada(s) ao seu contexto social e/ou familiar (TEIXEIRA, 2023).

Posteriormente, foram realizadas duas reuniões (nos dias 04/07/2023 e 18/07/2023) com as duas pesquisadoras e com uma terceira pesquisadora para comparação e avaliação das divergências na categorização das respostas obtidas nos quadrantes dos 110 MES. Durante as reuniões observaram-se as seguintes divergências: quadrante 1 (Q1) – uma divergência; quadrante 2 (Q2) – treze divergências; quadrante 3 (Q3) – três divergências e quadrante 4 (Q4) – vinte e uma divergências. Essas divergências foram discutidas até que o consenso fosse alcançado. Na análise das respostas em Q2, foram detectadas oito respostas com dimensão indefinida, ou seja, frases em que não foi possível identificar a dimensionalidade abordada (biomédica, afetiva ou social). Sendo assim, no dia 01/11/2023 foi realizada uma terceira reunião para nova análise da categorização dessas respostas. Após essa nova análise, foi possível categorizar cinco respostas das oito, com auxílio de um quarto pesquisador, porém três respostas ainda foram consideradas como dimensão indefinida em Q2.

Figura 2 – Fluxograma das etapas de categorização da empatia clínica



Fonte: Elaborado pela autora.

5.9.2 *Análise estatística*

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana, Intervalo Interquartilico, Média e Desvio-padrão (dp), além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas. Utilizou-se o qui-quadrado de Pearson e o Teste exato de Fisher para avaliar associação entre duas variáveis do tipo categórica. A comparação entre 2 grupos independentes em relação a uma variável quantitativa de interesse foi realizada utilizando-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney. A comparação entre 3 grupos independentes em relação a uma variável quantitativa de interesse foi realizada utilizando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. 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.

Utilizou-se a curva ROC para determinar a capacidade da escala em discriminar grupos, no caso, grupos com dimensionalidades de empatia diferentes. A medida mais comum extraída da curva ROC é a área sob a curva (AUC). Neste estudo, a AUC indica a probabilidade de a escala produzir um valor de escore mais alto para um indivíduo, escolhido aleatoriamente, que demonstrou percepção de mais de uma dimensão da empatia na prática clínica, do que de um indivíduo, escolhido aleatoriamente, que demonstrou a percepção de somente uma dimensão. A área sob a curva ROC varia de 0,5 (comportamento aleatório) a 1,0 (discriminação perfeita), sendo que, quanto mais a curva se aproxima do canto esquerdo superior do gráfico, melhor o desempenho do teste (AZEVEDO-MARQUES, 2001). O estabelecimento de um ponto de corte ideal considera a maior taxa de verdadeiro positivo e a menor taxa de falso positivo. A linha diagonal, na qual a taxa de verdadeiro positivo é igual à taxa de falso positivo ($y = x$), representa o desempenho de um teste aleatório e sem poder de discriminação. Conseqüentemente, todos os pontos de corte que estão acima da diagonal aleatória têm melhor desempenho do que a adivinhação aleatória, e todos os pontos de corte que estão abaixo desta diagonal são piores do que a adivinhação aleatória (FAWCETT, 2006; PINTEA; MOLDAVIA, 2014).

Considerou-se sensibilidade, também chamada de taxa de verdadeiro positivo (quando expressa em porcentagem), como a probabilidade da média de escore ser acima do ponto de corte quando a empatia apresentar mais de uma dimensão. A especificidade, também chamada de taxa de

verdadeiro negativo (quando expressa em porcentagem), representa a probabilidade da média do escore ser abaixo do ponto de corte quando a empatia for unidimensional.

O valor preditivo positivo (VPP), também chamado de precisão, é definido como a probabilidade de mais de uma dimensão estar presente quando o resultado do teste obter um escore acima do ponto de corte. Já o valor preditivo negativo (VPN) é definido como a probabilidade de apenas uma dimensão estar presente quando o resultado do teste obter um escore abaixo do ponto de corte.

Acurácia diagnóstica ou desempenho clínico do teste refere-se à qualidade da informação fornecida pela escala, ou seja, é a probabilidade de a escala fornecer resultados corretos. Pode ser descrito como a capacidade de classificar corretamente os sujeitos em subgrupos clinicamente relevantes.

Neste estudo, temos:

- Sensibilidade:

$$\frac{\text{Total de alunos com bidimensionalidade ou multidimensionalidade e que a escala classificou como bidimensional ou multidimensional (acima do ponto de corte)}}{\text{Total de alunos com bidimensionalidade ou multidimensionalidade}} \quad (1)$$

- Especificidade:

$$\frac{\text{Total de alunos com unidimensionalidade e que a escala classificou como unidimensional (abaixo do ponto de corte)}}{\text{Total de alunos com unidimensionalidade}} \quad (2)$$

- Valor preditivo positivo:

$$\frac{\text{Total de alunos com bidimensionalidade ou multidimensionalidade e que a escala classificou como bidimensional ou multidimensional (acima do ponto de corte)}}{\text{Total de alunos que a escala classificou como bidimensionalidade ou multidimensionalidade (acima do ponto de corte)}} \quad (3)$$

- Valor preditivo negativo:

$$\frac{\text{Total de alunos com unidimensionalidade e que a escala classificou como unidimensional (abaixo do ponto de corte)}}{\text{Total de alunos que a escala classificou como unidimensional (abaixo do ponto de corte)}} \quad (4)$$

5.10 Aspectos éticos

Os estudantes foram convidados a participar do estudo, recebendo esclarecimento sobre a garantia de privacidade e confidencialidade antes do preenchimento dos questionários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) reitera as informações acerca do estudo, da participação e da garantia e preservação da privacidade dos dados pessoais fornecidos. Garantiu-se também aos alunos o direito de recusa da participação sem qualquer tipo de prejuízo, bem como o direito de interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa, sem constrangimentos.

Foi permitido fazer perguntas e solicitar esclarecimentos adicionais para sanar quaisquer dúvidas acerca do procedimento, tendo sido orientados a, caso desejassem os convidados, fazer contato com os pesquisadores e com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, através da Plataforma Brasil.

Este estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Coep/Unifenas com o número CAAE 65106022.8.0000.5143 e parecer 5.978.223.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

Participaram desse estudo 110 estudantes, sendo que o perfil se caracterizou por ser a maioria (60,9%) do sexo feminino; solteiros (95%); católicos (71,8%); com idade média de 24,3 anos (64,3%); com renda familiar entre 5 e 15 salários-mínimos (59,1%), sendo que 87,3% não possuem auxílio financeiro de programas que oferecem bolsas de estudo. A maioria dos estudantes (75,5%) fez o ensino médio em uma escola particular. O principal motivo de escolha do curso foi a aptidão pessoal e vocacional (56,4%), sendo que 45,5% pretendem fazer especialização na área clínica. A maioria não mora com familiares (71,6%), possui experiência com doença crônica ou grave na família (73,6%) e não utiliza medicamentos relacionados à saúde mental (66,4%). No grupo de estudantes participantes do estudo, 52,7% estavam cursando o 5º ou 6º períodos e, 47,3%, o 11º período (TABELA 1).

Tabela 1 – Caracterização dos estudantes segundo os dados sociodemográficos (continua)

| Características | Resultado (n = 110) |
|--|---------------------|
| Sexo | |
| Feminino | 67 (60,9%) |
| Masculino | 43 (39,1%) |
| Idade | |
| Mínimo – Máximo | 19,0 – 41,0 |
| Média ± desvio-padrão | 24,3 ± 4,0 |
| Mediana (P ₂₅ – P ₇₅) | 24,0 (22,0; 25,0) |
| Faixa etária | |
| 19 a 20 anos | 15 (13,8%) |
| 21 a 25 anos | 71 (65,1%) |
| 26 a 30 anos | 16 (14,7%) |
| Mais de 30 anos | 7 (6,4%) |
| Casos sem informação | 1 |
| Estado civil | |
| Casado | 4 (3,6%) |
| Solteiro | 105 (95,5%) |
| União estável | 1 (0,9%) |
| Religião | |
| Nenhuma | 16 (14,6%) |

Tabela 1 – Caracterização dos estudantes segundo os dados sociodemográficos
(continua)

| Características | Resultado (n = 110) |
|---|----------------------------|
| Católica | 79 (71,8%) |
| Cristianismo | 3 (2,7%) |
| Espírita | 4 (3,6%) |
| Evangélica | 7 (6,4%) |
| Presbiteriana | 1 (0,9%) |
| Renda familiar | |
| De 1 a 3 salários-mínimos | 5 (4,5%) |
| De 3 a 5 salários-mínimos | 11 (10,0%) |
| De 5 a 15 salários-mínimos | 65 (59,1%) |
| Mais de 15 salários-mínimos | 29 (26,4%) |
| Escola de origem no ensino médio | |
| Pública | 22 (20,0%) |
| Privada | 83 (75,5%) |
| Pública/Privada | 5 (4,5%) |
| Motivo principal de escolha do curso de medicina | |
| Curso adequado à aptidão pessoal e vocacional | 62 (56,4%) |
| Possibilidade de poder contribuir para a sociedade | 41 (37,3%) |
| Possibilidade de emprego | 3 (2,7%) |
| Influência de familiares | 3 (2,7%) |
| Prestígio social da profissão | 1 (0,9%) |
| Período do curso | |
| 5º período | 34 (30,9%) |
| 6º período | 24 (21,8%) |
| 11º período | 52 (47,3%) |
| Especialidade pretendida | |
| Clínica | 50 (45,5%) |
| Cirúrgica | 24 (21,8%) |
| Clínica/Cirúrgica | 36 (32,7%) |
| Possui auxílio financeiro para estudar | |
| Não | 96 (87,3%) |
| ProUni | 8 (7,3%) |
| FIES | 5 (4,5%) |
| Outros | 1 (0,9%) |
| Mora atualmente | |
| Família (pai e/ou mãe) | 24 (22,0%) |
| Com parentes | 7 (6,4%) |
| República | 7 (6,4%) |

Tabela 1 – Caracterização dos estudantes segundo os dados sociodemográficos (conclusão)

| Características | Resultado (n = 110) |
|--|---------------------|
| Mora sozinho | 35 (32,1%) |
| Com amigos ou colegas | 36 (33,1%) |
| Casos sem informação | 1 |
| Possui experiência com doença crônica ou grave na família | |
| Sim | 81 (73,6%) |
| No | 29 (26,4%) |
| Utiliza medicamentos relacionados à saúde mental | |
| Não | 73 (66,4%) |
| Ansiolíticos | 27 (24,5%) |
| Antidepressivos | 13 (11,8%) |
| Antipsicóticos | 2 (1,8%) |

Nota: Casos sem informação correspondem a campos não preenchidos no questionário.

Fonte: Elaborada pela autora.

6.2 Escore de empatia demonstrada pelo estudante obtido com a EBEC

Os 110 estudantes participantes do estudo apresentaram escore médio elevado de empatia ($4,1 \pm 0,5$ em 5,0) obtido com a EBEC. Em relação aos domínios da escala, observaram-se médias iguais ($4,1 \pm 0,5$) nos dois domínios (compreensão empática e ação empática) (TABELA 2).

Tabela 2 – Caracterização dos alunos segundo a avaliação da empatia

| Medidas descritivas | Empatia global | Compreensão empática | Ação empática |
|--|----------------|----------------------|----------------|
| Mínimo – Máximo | 2,3 – 4,8 | 2,4 – 5,0 | 2,4 – 4,9 |
| Média \pm desvio-padrão | 4,1 \pm 0,5 | 4,1 \pm 0,5 | 4,1 \pm 0,5 |
| Mediana (P ₂₅ – P ₇₅) | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,1 (3,9; 4,4) | 4,2 (3,8; 4,4) |

Fonte: Elaborada pela autora.

6.3 Influência das características sociodemográficas no escore de empatia obtido com a EBEC

Observou-se neste estudo que as alunas do sexo feminino apresentaram escore para a empatia global e ação empática estatisticamente significativo superior ao observado no grupo de alunos do sexo masculino. Além disso, alunos com renda familiar de 5 a 15 salários-mínimos ou superior a 15 salários-mínimos apresentaram escore para a empatia global e ação empática

estatisticamente significativo superior ao observado no grupo de alunos com renda de até 5 salários-mínimos.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de escores de empatia entre os estudantes do início da fase clínica do curso (5º/6º períodos) e os alunos do final do curso (11º período). Os alunos que pretendem cursar uma especialidade cirúrgica têm um escore de empatia global estatisticamente significativo inferior ao observado no grupo de alunos que pretendem uma especialidade clínica ou clínica/cirúrgica. E, por fim, alunos que possuem experiência com doença crônica ou grave na família apresentaram um escore para empatia global estatisticamente significativo superior quando comparados com os alunos que não possuem essa experiência (TABELA 3).

Tabela 3 – Estudo da influência das características sociodemográficas na avaliação da empatia

(continua)

| Características | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|-----------------------------|----------------|--|----------------------|--|----------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,2 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,6) |
| Masculino | 3,9 ± 0,4 | 4,0 (3,6; 4,3) | 3,9 ± 0,7 | 4,0 (3,4; 4,4) | 4,0 ± 0,4 | 4,0 (3,6; 4,3) |
| p | 0,008* | | 0,132* | | 0,007* | |
| Faixa etária | | | | | | |
| 19 a 20 anos | 4,2 ± 0,4 | 4,1 (3,9; 4,5) | 4,0 ± 0,5 | 3,9 (3,7; 4,3) | 4,3 ± 0,4 | 4,3 (3,9; 4,6) |
| 21 a 25 anos | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,1 (3,6; 4,4) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,6; 4,4) |
| 26 a 30 anos | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,4) | 3,9 ± 0,7 | 4,0 (3,5; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| Mais de 30 anos | 4,2 ± 0,6 | 4,4 (4,0; 4,7) | 4,1 ± 0,8 | 4,6 (3,4; 4,7) | 4,3 ± 0,5 | 4,6 (4,0; 4,6) |
| p | 0,401** | | 0,765** | | 0,144** | |
| Tem religião | | | | | | |
| Não | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (4,0; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,8; 4,6) | 4,2 ± 0,3 | 4,1 (4,1; 4,4) |
| Sim | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,4) |
| p | 0,409* | | 0,601* | | 0,448* | |
| Renda familiar | | | | | | |
| De 1 a 5 salários-mínimos | 3,8 ± 0,5 | 4,0 (3,5; 4,2) | 3,8 ± 0,7 | 3,7 (3,4; 4,4) | 3,9 ± 0,5 | 4,0 (3,6; 4,3) |
| De 5 a 15 salários-mínimos | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,6) |
| Mais de 15 salários-mínimos | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,6) | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,014** | | 0,116** | | 0,023** | |

Tabela 3 – Estudo da influência das características sociodemográficas na avaliação da empatia

(continua)

| Características | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|---|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Escola de origem no ensino médio | | | | | | |
| Pública | 3,9 ± 0,4 | 4,1 (3,6; 4,4) | 3,9 ± 0,5 | 4,1 (3,4; 4,3) | 3,9 ± 0,5 | 4,1 (3,6; 4,4) |
| Privada ou Pública/Privada | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,1 (3,6; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,5) |
| p | 0,149* | | 0,303* | | 0,110* | |
| Período do curso | | | | | | |
| 5º/6º período | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,5) |
| 11º período | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,1 (3,6; 4,4) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) |
| p | 0,383* | | 0,995* | | 0,243* | |
| Especialidade pretendida | | | | | | |
| Clínica | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,0 (3,7; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| Cirúrgica | 3,9 ± 0,4 | 3,9 (3,5; 4,2) | 3,8 ± 0,6 | 3,8 (3,3; 4,4) | 3,9 ± 0,5 | 3,9 (3,6; 4,4) |
| Clínica/Cirúrgica | 4,2 ± 0,4 | 4,3 (3,9; 4,5) | 4,2 ± 0,6 | 4,2 (3,9; 4,7) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,6) |
| p | 0,018** | | 0,074** | | 0,080** | |
| Possui auxílio financeiro para estudar | | | | | | |
| Não | 4,0 ± 0,4 | 4,2 (3,6; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,0 ± 0,4 | 4,2 (3,7; 4,3) |
| Sim | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,1 (3,6; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,5) |
| p | 0,885* | | 0,801* | | 0,477* | |

Tabela 3 – Estudo da influência das características sociodemográficas na avaliação da empatia

(conclusão)

| Características | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|--|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Mora atualmente | | | | | | |
| Família (pai e/ou mãe) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,8 | 4,0 (3,5; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) |
| Com parentes | 4,0 ± 0,5 | 4,2 (3,6; 4,4) | 3,9 ± 0,7 | 4,0 (3,4; 4,3) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,6; 4,6) |
| Com amigos ou colegas | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| Outros | 4,0 ± 0,4 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) |
| p | 0,878** | | 0,639** | | 0,875** | |
| Possui experiência com doença crônica ou grave na família | | | | | | |
| Sim | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,7 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| Não | 3,9 ± 0,5 | 4,0 (3,7; 4,3) | 3,9 ± 0,6 | 3,9 (3,4; 4,4) | 3,9 ± 0,5 | 3,9 (3,6; 4,4) |
| p | 0,041* | | 0,088* | | 0,089* | |
| Utiliza medicamentos relacionados à saúde mental | | | | | | |
| Não | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,0 (3,6; 4,5) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,4) |
| Sim | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,536* | | 0,673* | | 0,710* | |

Base de dados: 110 alunos.

Legenda: dp: desvio-padrão; P₅₀: Mediana; P₂₅: percentil 25; P₇₅: percentil 75.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**)

Fonte: Elaborada pela autora.

6.4 Dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES

Na análise das respostas aos quatro quadrantes do MES, observou-se que 94,5% dos estudantes foram capazes de tomar a perspectiva do paciente e analisarem os seus sentimentos caso estivessem no lugar do paciente (Q1), porém menos estudantes (76,4%) conseguiram refletir sobre os seus sentimentos frente ao quadro do paciente (Q3 - compartilhamento emocional) (TABELA 4).

A partir da análise do conteúdo obtido em cada quadrante do MES, por meio do ICEC-MES, foi possível identificar se houve abordagem das dimensões biomédica, afetiva e social, tanto na percepção das necessidades do paciente (Q2), quanto na conduta descrita pelo estudante (Q4).

No Q2 (“Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?”), são exemplos de respostas classificadas como:

a) Dimensão biomédica:

“Essa pessoa tem necessidade de mudanças de hábitos de vida e também em relação aos tratamentos de suas doenças.”

“Paciente precisa de orientações sobre a gravidade de suas comorbidades e possíveis consequências, seguida por alternativas de modificação.”

b) Dimensão afetiva:

“Acredito que a necessidade mais importante para essa pessoa é atenção e acalento, de forma a reduzir a ansiedade do mesmo.”

“Atualmente o paciente necessitava ser ouvido e expor suas angústias[...].”

c) Dimensão social:

“O paciente apresenta um grande desejo de poder trabalhar e prover o melhor para sua família.”

“[...] ele quer continuar trabalhando para ajudar na formação dos filhos e quer se relacionar com a esposa...”

No Q4 (“Como posso ajudar esta pessoa?”), são exemplos de respostas classificadas como:

a) Dimensão biomédica:

“Trocar os remédios para outros com menos efeitos colaterais pode ser um bom começo. E aconselhar sobre aderência ao tratamento, perda de peso e hábitos de vida num geral.”

“Trocando os medicamentos que faz ele passar mal, e orientando ele sobre a importância a aderência ao tratamento com a diabetes.”

b) Dimensão afetiva:

“Oferecendo empatia, encaminhando para um acompanhamento psicológico.”

“[...] além disso, indicar um profissional psicólogo para tratar suas angústias e baixa autoestima.”

c) Dimensão social:

“[...] dar alguma forma de ajuda financeira com a prefeitura, pois são 6 pessoas vivendo com um salário-mínimo.”

“[...] orientando sobre diálogo amistoso com a esposa.”

Em relação à percepção do estudante sobre as necessidades e desejos do paciente (Q2), 40% perceberam somente uma dimensão, sendo que, destes, 34,5% perceberam a dimensão biomédica; 3,6% a dimensão afetiva e 1,8% a dimensão social; 42,7% perceberam duas dimensões, sendo que, destes, 29,1% perceberam as dimensões biomédica e afetiva, 12,7% as dimensões biomédica e social e 0,9% as dimensões afetiva e social. Somente 14,5% perceberam as três dimensões da empatia (biomédica, afetiva e social). Em relação às dimensões percebidas no geral pelos estudantes, 90,9% perceberam a dimensão biomédica, 48,2% perceberam a dimensão afetiva e 30% perceberam a dimensão social (TABELA 4).

Em relação à conduta do estudante frente ao quadro apresentado pelo paciente (Q4 - preocupação empática), 42,7% abordaram somente uma dimensão, sendo que, destes, 38,2% abordaram a dimensão biomédica e 4,5% a dimensão afetiva. Não houve abordagem da dimensão social por esses estudantes; 50% abordaram duas dimensões, sendo que, destes, 40,9% abordaram as dimensões biomédicas e afetivas e 9,1% as dimensões biomédica e social. Somente 7,3% abordaram as três dimensões na conduta. Em relação às dimensões abordadas no geral pelos estudantes: 95,5% abordaram a dimensão biomédica, 52,7% abordaram a dimensão afetiva e 16,4% abordaram a dimensão social (TABELA 4).

Quando se comparou as dimensões percebidas com as dimensões abordadas na conduta (razão Q2/Q4) observou-se que 50% dos estudantes abordaram na conduta o mesmo número de dimensões percebidas ($Q2 = Q4$), sendo que, destes, 72,7% citaram as mesmas dimensões e 27,3% citaram dimensões distintas nos dois quadrantes. 25,5% dos estudantes abordaram na

conduta menos dimensões do que as percebidas ($Q2 > Q4$) e 24,5% abordaram na conduta mais dimensões do que as percebidas ($Q2 < Q4$) (TABELA 4).

Em relação à percepção do estudante sobre os sentimentos do paciente diante do seu quadro no momento da consulta, medo (53,2%) e tristeza (43,2%) foram os sentimentos mais citados, seguidos por surpresa (1,8%) e indiferença (1,8%) (TABELA 4).

Tabela 4 – Dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES

| Avaliações | Resultado (n = 110) |
|--|------------------------|
| (contínua) | |
| Tomada de perspectiva (Q1) | |
| Não | 6 (5,5%) |
| Sim | 104 (94,5%) |
| Compartilhamento emocional (Q3) | |
| Não | 26 (23,6%) |
| Sim | 84 (76,4%) |
| Dimensionalidade - percepção das necessidades do paciente (Q2) | |
| Dimensão indefinida* | 3 (2,7%) |
| Unidimensional | 44 (40,0%) |
| Biomédico | 38 (34,5%) |
| Afetivo | 4 (3,6%) |
| Social | 2 (1,8%) |
| Bidimensional | 47 (42,7%) |
| Biomédico + Afetivo | 32 (29,1%) |
| Biomédico + Social | 14 (12,7%) |
| Afetivo + Social | 1 (0,9%) |
| Multidimensional | 16 (14,5%) |
| Percepção das necessidades do paciente- dimensões percebidas (Q2) | |
| Dimensão indefinida* | 3 (2,7%) |
| Dimensão biomédica | 100 (90,9%) |
| Dimensão afetiva | 53 (48,2%) |
| Dimensão social | 33 (30,0%) |
| Dimensionalidade – preocupação empática (Q4) | |
| Unidimensional | 47 (42,7%) |
| Biomédico | 42 (38,2%) |
| Afetivo | 5 (4,5%) |
| Bidimensional | 55 (50,0%) |

Tabela 4 – Dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES

| Avaliações | Resultado (n = 110) (conclusão) |
|---|---------------------------------------|
| Biomédico + Afetivo | 45 (40,9%) |
| Biomédico + Social | 10 (9,1%) |
| Multidimensional | 8 (7,3%) |
| Preocupação empática – dimensões (Q4) | |
| Dimensão biomédica | 105 (95,5%) |
| Dimensão afetiva | 58 (52,7%) |
| Dimensão social | 18 (16,4%) |
| Razão Q2/Q4 (Percepção/Preocupação empática) | |
| Igual (Q2 = Q4) | 55 (50,0%) |
| Maior (Q2 > Q4) | 28 (25,5%) |
| Menor (Q2 < Q4) | 27 (24,5%) |
| Percepção dos sentimentos do paciente | |
| Indiferença | 2 (1,8%) |
| Medo | 58 (53,2%) |
| Surpresa | 2 (1,8%) |
| Tristeza | 47 (43,2%) |
| Casos sem informação | 1 |

Base de dados: 110 alunos.

Nota: Não foi possível definir a dimensionalidade na resposta dada (*).

Fonte: Elaborada pela autora.

6.5 Influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da empatia clínica demonstrada pelo estudante ao preencher o MES

Neste estudo, não houve influência das características sociodemográficas avaliadas com a capacidade do estudante de refletir sobre os seus sentimentos frente ao quadro do paciente (compartilhamento emocional).

Os resultados mostraram que a percepção das necessidades do paciente (Q2) não são influenciadas significativamente pela maioria das características sociodemográficas. Foi verificado que a percepção da dimensão social no grupo feminino foi significativamente superior quando comparado ao grupo masculino. Observou-se ainda que no grupo de estudantes com renda familiar de até 5 salários-mínimos houve uma menor percepção da dimensão biomédica e social em relação aos outros grupos (TABELA 5). Neste mesmo grupo, nenhum

dos alunos apresentou a percepção multidimensional das necessidades do paciente (TABELA 6).

Em relação às dimensões da preocupação empática (Q4), que se relacionam com a conduta do estudante diante do quadro do paciente, observou-se que o percentual de alunos que abordaram a dimensão social foi significativamente superior no grupo de alunos do sexo masculino. Em relação à faixa etária, observou-se um menor percentual de alunos que abordaram a dimensão biomédica no grupo de alunos com mais de 30 anos, quando comparado com os demais grupos etários. O grupo de alunos que pretendem fazer uma especialização na área clínica apresentou o menor percentual de abordagem da dimensão afetiva e o grupo de alunos que pretendem fazer uma especialização na área clínica e cirúrgica foi o grupo que apresentou o maior percentual (TABELA 5).

Observou-se também que, na associação entre as características sociodemográficas e a razão entre a tomada de perspectiva e a preocupação empática (razão Q2/Q4), houve associação significativa apenas com o sexo, em que o percentual de alunos que abordaram na conduta o mesmo número de dimensões percebidas foi superior no grupo de alunos do sexo masculino, e o percentual de alunos que abordaram na conduta mais dimensões do que as percebidas foi superior no grupo de estudantes do sexo feminino (TABELA 6).

Tabela 5 – Estudo da influência das características sociodemográficas nas dimensões observadas na percepção das necessidades do paciente (Q2) e na preocupação empática (Q4)

(continua)

| Características | Dimensões da percepção das necessidades do paciente | | | | | | Dimensões da preocupação empática | | | | | |
|-------------------------|---|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| | Biomédica | | Afetiva | | Social | | Biomédica | | Afetiva | | Social | |
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 4 (6,0%) | 63 (94,0%) | 34 (50,7%) | 33 (49,3%) | 42 (62,7%) | 25 (37,3%) | 3 (4,5%) | 64 (95,5%) | 33 (49,3%) | 34 (50,7%) | 60 (89,6%) | 7 (10,4%) |
| Masculino | 6 (14,0%) | 37 (86,0%) | 23 (53,5%) | 20 (46,5%) | 35 (81,4%) | 8 (18,6%) | 2 (4,7%) | 41 (95,3%) | 19 (44,2%) | 24 (55,8%) | 32 (74,4%) | 11 (25,6%) |
| p | 0,185** | | 0,779* | | 0,037* | | 1,000** | | 0,603* | | 0,036* | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | |
| 19 a 20 anos | 4 (26,7%) | 11 (73,3%) | 7 (46,7%) | 8 (53,3%) | 10 (66,7%) | 5 (33,3%) | 3 (20,0%) | 12 (80,0%) | 4 (26,7%) | 11 (73,3%) | 12 (80,0%) | 3 (20,0%) |
| 21 a 25 anos | 6 (8,5%) | 65 (91,5%) | 37 (52,1%) | 34 (47,9%) | 49 (69,0%) | 22 (31,0%) | 0 (0,0%) | 71 (100,0%) | 36 (50,7%) | 35 (49,3%) | 61 (85,9%) | 10 (14,1%) |
| 26 a 30 anos | 0 (0,0%) | 16 (100,0%) | 8 (50,0%) | 8 (50,0%) | 12 (75,0%) | 4 (25,0%) | 0 (0,0%) | 16 (100,0%) | 8 (50,0%) | 8 (50,0%) | 13 (81,3%) | 3 (18,8%) |
| Mais de 30 anos | 0 (0,0%) | 7 (100,0%) | 4 (57,1%) | 3 (42,9%) | 6 (85,7%) | 1 (14,3%) | 2 (28,6%) | 5 (71,4%) | 4 (57,1%) | 3 (42,9%) | 5 (71,4%) | 2 (28,6%) |
| p | 0,083** | | 0,986** | | 0,877** | | < 0,001** | | 0,381** | | 0,619** | |
| Tem religião | | | | | | | | | | | | |
| Não | 3 (18,8%) | 13 (81,3%) | 7 (43,8%) | 9 (56,3%) | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) | 1 (6,3%) | 15 (93,8%) | 5 (31,3%) | 11 (68,8%) | 12 (75,0%) | 4 (25,0%) |
| Sim | 7 (7,4%) | 87 (92,6%) | 50 (53,2%) | 44 (46,8%) | 67 (71,3%) | 27 (28,7%) | 4 (4,3%) | 90 (95,7%) | 47 (50,0%) | 47 (50,0%) | 80 (85,1%) | 14 (14,9%) |
| p | 0,159** | | 0,485* | | 0,557** | | 0,552** | | 0,165* | | 0,294** | |
| Renda familiar | | | | | | | | | | | | |
| 1 a 5 salários-mínimos | 6 (20,7%) | 23 (79,3%) | 16 (55,2%) | 13 (44,8%) | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) | 1 (3,4%) | 28 (96,6%) | 14 (48,3%) | 15 (51,7%) | 27 (93,1%) | 2 (6,9%) |
| 5 a 15 salários-mínimos | 4 (6,2%) | 61 (93,8%) | 31 (47,7%) | 34 (52,3%) | 46 (70,8%) | 19 (29,2%) | 4 (6,2%) | 61 (93,8%) | 31 (47,7%) | 34 (52,3%) | 53 (81,5%) | 12 (18,5%) |
| > 15 salários-mínimos | 0 (0,0%) | 16 (100,0%) | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) | 7 (43,8%) | 9 (56,3%) | 0 (0,0%) | 16 (100,0%) | 7 (43,8%) | 9 (56,3%) | 12 (75,0%) | 4 (25,0%) |
| p | 0,037** | | 0,521* | | 0,028** | | 0,834** | | 0,953* | | 0,231** | |

Tabela 5 – Estudo da influência das características sociodemográficas nas dimensões observadas na percepção das necessidades do paciente (Q2) e na preocupação empática (Q4)

(continua)

| Características | Dimensões da percepção das necessidades do paciente | | | | | | Dimensões da preocupação empática | | | | | |
|---|---|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| | Biomédica | | Afetiva | | Social | | Biomédica | | Afetiva | | Social | |
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Escola de origem no ensino médio | | | | | | | | | | | | |
| Pública | 0 (0,0%) | 22 (100,0%) | 12 (54,5%) | 10 (45,5%) | 15 (68,2%) | 7 (31,8%) | 0 (0,0%) | 22 (100,0%) | 10 (45,5%) | 12 (54,5%) | 16 (72,7%) | 6 (27,3%) |
| Privada ou Pública/Privada | 10 (11,4%) | 78 (88,6%) | 45 (51,1%) | 43 (48,9%) | 62 (70,5%) | 26 (29,5%) | 5 (5,7%) | 83 (94,3%) | 42 (47,7%) | 46 (52,3%) | 76 (86,4%) | 12 (13,6%) |
| p | 0,207** | | 0,775* | | 0,835* | | 0,581** | | 0,849* | | 0,193** | |
| Período do curso | | | | | | | | | | | | |
| 5º/6º período | 5 (8,6%) | 53 (91,4%) | 33 (56,9%) | 25 (43,1%) | 38 (65,5%) | 20 (34,5%) | 4 (6,9%) | 54 (93,1%) | 30 (51,7%) | 28 (48,3%) | 50 (86,2%) | 8 (13,8%) |
| 11º período | 5 (9,6%) | 47 (90,4%) | 24 (46,2%) | 28 (53,8%) | 39 (75,0%) | 13 (25,0%) | 1 (1,9%) | 51 (98,1%) | 22 (42,3%) | 30 (57,7%) | 42 (80,8%) | 10 (19,2%) |
| p | 1,000** | | 0,260* | | 0,279* | | 0,367** | | 0,323* | | 0,442** | |
| Especialidade pretendida | | | | | | | | | | | | |
| Clínica | 4 (8,0%) | 46 (92,0%) | 28 (56,0%) | 22 (44,0%) | 39 (78,0%) | 11 (22,0%) | 2 (4,0%) | 48 (96,0%) | 30 (60,0%) | 20 (4,0%) | 40 (80,0%) | 10 (20,0%) |
| Cirúrgica | 4 (16,7%) | 20 (83,3%) | 13 (54,2%) | 11 (45,8%) | 18 (75,0%) | 6 (25,0%) | 1 (4,2%) | 23 (95,8%) | 10 (41,7%) | 14 (58,3%) | 22 (91,7%) | 2 (8,3%) |
| Clínica/Cirúrgica | 2 (5,6%) | 34 (94,4%) | 16 (44,4%) | 20 (55,6%) | 20 (55,6%) | 16 (44,4%) | 2 (5,6%) | 34 (94,4%) | 12 (33,3%) | 24 (66,7%) | 30 (83,3%) | 6 (16,7%) |
| p | 0,384** | | 0,552* | | 0,068* | | 1,000** | | 0,042* | | 0,479** | |

Tabela 5 – Estudo da influência das características sociodemográficas nas dimensões observadas na percepção das necessidades do paciente (Q2) e na preocupação empática (Q4)

(continua)

| Características | Dimensões da percepção das necessidades do paciente | | | | | | Dimensões da preocupação empática | | | | | |
|--|---|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| | Biomédica | | Afetiva | | Social | | Biomédica | | Afetiva | | Social | |
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Possui auxílio financeiro para estudar | | | | | | | | | | | | |
| Não | 0 (0,0%) | 14 (100,0%) | 7 (50,0%) | 7 (50,0%) | 10 (71,4%) | 4 (28,6%) | 0 (0,0%) | 14 (100,0%) | 5 (35,7%) | 9 (64,3%) | 11 (78,6%) | 3 (21,4%) |
| Sim | 10 (10,4%) | 86 (89,6%) | 50 (52,1%) | 46 (47,9%) | 67 (69,8%) | 29 (30,2%) | 5 (5,2%) | 91 (94,8%) | 47 (49,0%) | 49 (51,0%) | 81 (84,4%) | 15 (15,6%) |
| p | 0,356** | | 0,884* | | 1,000* | | 1,000** | | 0,354* | | 0,698** | |
| Mora atualmente | | | | | | | | | | | | |
| Família (pai e/ou mãe) | 3 (12,5%) | 21 (87,5%) | 14 (58,3%) | 10 (41,7%) | 13 (54,2%) | 11 (45,8%) | 1 (4,2%) | 23 (95,8%) | 11 (45,8%) | 13 (54,2%) | 23 (95,8%) | 1 (4,2%) |
| Com parentes | 3 (8,6%) | 32 (91,4%) | 21 (60,0%) | 14 (40,0%) | 23 (65,7%) | 12 (34,3%) | 1 (2,9%) | 34 (97,1%) | 18 (51,4%) | 17 (48,6%) | 29 (82,9%) | 6 (17,1%) |
| Com amigos ou colegas | 4 (11,1%) | 32 (88,9%) | 16 (44,4%) | 20 (55,6%) | 28 (77,8%) | 8 (22,2%) | 3 (8,3%) | 33 (91,7%) | 15 (41,7%) | 21 (58,3%) | 30 (83,3%) | 6 (16,7%) |
| Outros | 0 (0,0%) | 14 (100,0%) | 6 (42,9%) | 8 (57,1%) | 12 (85,7%) | 2 (14,3%) | 0 (0,0%) | 14 (100,0%) | 8 (57,1%) | 6 (42,9%) | 9 (64,3%) | 5 (35,7%) |
| p | 0,627** | | 0,462* | | 0,129* | | 0,746** | | 0,740* | | 0,090** | |
| Possui experiência com doença crônica ou grave na família | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 7 (8,6%) | 74 (91,4%) | 40 (49,4%) | 41 (50,6%) | 55 (67,9%) | 26 (32,1%) | 4 (4,9%) | 77 (95,1%) | 34 (42,0%) | 47 (58,0%) | 68 (84,0%) | 13 (16,0%) |
| Não | 3 (10,3%) | 26 (89,7%) | 17 (58,6%) | 12 (41,4%) | 22 (75,9%) | 7 (24,1%) | 1 (3,4%) | 28 (96,6%) | 18 (62,1%) | 11 (37,9%) | 24 (82,8%) | 5 (17,2%) |
| p | 0,722** | | 0,939* | | 0,422* | | 1,000** | | 0,063* | | 1,000** | |

Tabela 5 – Estudo da influência das características sociodemográficas nas dimensões observadas na percepção das necessidades do paciente (Q2) e na preocupação empática (Q4)

(conclusão)

| Características | Dimensões da percepção das necessidades do paciente | | | | | | Dimensões da preocupação empática | | | | | |
|---|---|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Biomédica | | Afetiva | | Social | | Biomédica | | Afetiva | | Social | |
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| Utiliza medicamentos relacionados à saúde mental | | | | | | | | | | | | |
| Não | 7 (9,6%) | 66 (90,4%) | 38 (52,1%) | 35 (47,9%) | 54 (74,0%) | 19 (26,0%) | 3 (4,1%) | 70 (95,9%) | 35 (47,9%) | 38 (52,1%) | 62 (84,9%) | 11 (15,1%) |
| Sim | 3 (8,1%) | 34 (91,9%) | 19 (51,4%) | 18 (48,6%) | 23 (62,2%) | 14 (37,8%) | 2 (5,4%) | 35 (94,6%) | 17 (45,9%) | 20 (54,1%) | 30 (81,1%) | 7 (18,9%) |
| p | 1,000** | | 0,944 | | 0,202* | | 1,000** | | 0,843* | | 0,597** | |

Base de dados: 110 alunos.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado (*) e ao teste exato de Fisher (**).

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 6 – Estudo da influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente, na dimensionalidade da preocupação empática e na razão Q2/Q4 (Tomada de Perspectiva/Preocupação empática)

(continua)

| Características | Dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente | | | Dimensionalidade da preocupação empática | | | Razão Q2/Q4 | | |
|---|--|---------------|------------------|--|---------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Igual (Q2 = Q4) | Maior (Q2 > Q4) | Menor (Q2 < Q4) |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Feminino | 25 (37,3%) | 30 (44,8%) | 12 (17,9%) | 31 (46,3%) | 34 (50,7%) | 2 (3,0%) | 11 (16,4%) | 32 (47,8%) | 24 (35,8%) |
| Masculino | 19 (47,5%) | 17 (42,5%) | 4 (10%) | 16 (37,2%) | 21 (48,8%) | 6 (14,0%) | 16 (37,2%) | 23 (53,5%) | 4 (9,3%) |
| p | | 0,425* | | | 0,102** | | | 0,002* | |
| Faixa etária | | | | | | | | | |
| 19 a 20 anos | 6 (42,9%) | 6 (42,9%) | 2 (14,3%) | 5 (33,3%) | 9 (60,0%) | 1 (6,7%) | 5 (33,3%) | 7 (46,7%) | 3 (20,0%) |
| 21 a 25 anos | 27 (39,1%) | 32 (46,4%) | 10 (14,5%) | 31 (43,7%) | 35 (49,3%) | 5 (7,0%) | 17 (23,9%) | 35 (49,3%) | 19 (26,8%) |
| 26 a 30 anos | 7 (43,8%) | 6 (37,5%) | 3 (18,8%) | 7 (43,8%) | 7 (43,8%) | 2 (12,5%) | 4 (25,0%) | 8 (50,0%) | 4 (25,0%) |
| Mais de 30 anos | 4 (57,1%) | 2 (28,6%) | 1 (14,3%) | 4 (57,1%) | 3 (42,9%) | 0 (0,0%) | 1 (14,3%) | 4 (57,1%) | 2 (28,6%) |
| p | | 0,971** | | | 0,921** | | | 0,987** | |
| Tem religião | | | | | | | | | |
| Não | 4 (26,7%) | 9 (60%) | 2 (13,3%) | 6 (37,5%) | 6 (37,5%) | 4 (25,0%) | 6 (37,5%) | 7 (43,8%) | 3 (18,8%) |
| Sim | 40 (43,5%) | 38 (41,3%) | 14 (15,2%) | 41 (43,6%) | 49 (52,1%) | 4 (4,3%) | 21 (22,3%) | 48 (51,1%) | 25 (26,6%) |
| p | | 0,414** | | | 0,030** | | | 0,469** | |
| Renda familiar | | | | | | | | | |
| 1 a 5 salários-mínimos | 13 (48,1%) | 14 (51,9%) | 0 (0,0%) | 14 (48,3%) | 14 (48,3%) | 1 (3,4%) | 8 (27,6%) | 17 (58,6%) | 4 (13,8%) |
| 5 a 15 salários-mínimos | 25 (39,1%) | 28 (43,8%) | 11 (17,2%) | 28 (43,1%) | 32 (49,2%) | 5 (7,7%) | 15 (23,1%) | 33 (50,8%) | 17 (26,2%) |
| > 15 salários-mínimos | 6 (37,5%) | 5 (31,3%) | 5 (31,3%) | 5 (31,3%) | 9 (56,3%) | 2 (12,5%) | 4 (25,0%) | 5 (31,3%) | 7 (43,8%) |
| p | | 0,044** | | | 0,715** | | | 0,247** | |
| Escola de origem no ensino médio | | | | | | | | | |
| Pública | 9 (40,9%) | 9 (40,9%) | 4 (18,2%) | 8 (36,4%) | 10 (45,5%) | 4 (18,2%) | 7 (31,8%) | 9 (40,9%) | 6 (27,3%) |
| Privada ou Pública/Privada | 35 (41,2%) | 38 (44,7%) | 12 (14,1%) | 39 (44,3%) | 45 (51,1%) | 4 (4,5%) | 20 (22,7%) | 46 (52,3%) | 22 (25,0%) |
| p | | 0,898** | | | 0,113** | | | 0,582* | |

Tabela 6 – Estudo da influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente, na dimensionalidade da preocupação empática e na razão Q2/Q4 (Tomada de Perspectiva/Preocupação empática)

(continua)

| Características | Dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente | | | Dimensionalidade da preocupação empática | | | Razão Q2/Q4 | | |
|---|--|---------------|------------------|--|---------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Igual (Q2 = Q4) | Maior (Q2 > Q4) | Menor (Q2 < Q4) |
| Período do curso | | | | | | | | | |
| 5º/6º período | 22 (39,3%) | 26 (46,4%) | 8 (14,3%) | 28 (48,3%) | 28 (48,3%) | 2 (3,4%) | 13 (22,4%) | 27 (46,6%) | 18 (31,0%) |
| 11º período | 22 (43,1%) | 21 (41,2%) | 8 (15,7%) | 19 (36,5%) | 27 (51,9%) | 6 (11,5%) | 14 (26,9%) | 28 (53,8%) | 10 (19,2%) |
| p | | 0,867** | | | 0,190** | | | 0,364* | |
| Especialidade pretendida | | | | | | | | | |
| Clínica | 23 (46,9%) | 22 (44,9%) | 4 (8,2%) | 24 (48,0%) | 24 (48%) | 2 (4,0%) | 12 (24,0%) | 25 (50,0%) | 13 (26,0%) |
| Cirúrgica | 10 (45,5%) | 9 (40,9%) | 3 (13,6%) | 10 (41,7%) | 13 (54,2%) | 1 (4,2%) | 8 (33,3%) | 10 (41,7%) | 6 (25,0%) |
| Clínica/Cirúrgica | 11 (30,6%) | 16 (44,4%) | 9 (25%) | 13 (36,1%) | 18 (50,0%) | 5 (13,9%) | 7 (19,4%) | 20 (55,6%) | 9 (25,0%) |
| p | | 0,250** | | | 0,473** | | | 0,789* | |
| Possui auxílio financeiro para estudar | | | | | | | | | |
| Não | 4 (28,6%) | 9 (64,3%) | 1 (7,1%) | 4 (28,6%) | 8 (57,1%) | 2 (14,3%) | 4 (28,6%) | 7 (50,0%) | 3 (21,4%) |
| Sim | 40 (43%) | 38 (40,9%) | 15 (16,1%) | 43 (44,8%) | 47 (49,0%) | 6 (6,3%) | 23 (24,0%) | 48 (50,0%) | 25 (26,0%) |
| p | | 0,334** | | | 0,276** | | | 0,934** | |
| Mora atualmente | | | | | | | | | |
| Família (pai e/ou mãe) | 6 (27,3%) | 12 (54,5%) | 4 (18,2%) | 12 (50,0%) | 11 (45,8%) | 1 (4,2%) | 5 (20,8%) | 9 (37,5%) | 10 (41,7%) |
| Com parentes | 17 (50%) | 10 (29,4%) | 7 (20,6%) | 17 (48,6%) | 14 (40,0%) | 4 (11,4%) | 10 (28,6%) | 16 (45,7%) | 9 (25,7%) |
| Com amigos ou colegas | 16 (44,4%) | 16 (44,4%) | 4 (11,1%) | 15 (41,7%) | 18 (50,0%) | 3 (8,3%) | 9 (25,0%) | 19 (52,8%) | 8 (22,2%) |
| Outros | 5 (35,7%) | 8 (57,1%) | 1 (7,1%) | 3 (21,4%) | 11 (78,6%) | 0 (0,0%) | 3 (21,4%) | 10 (71,4%) | 1 (7,1%) |
| p | | 0,380** | | | 0,342** | | | 0,349** | |

Tabela 6 – Estudo da influência das características sociodemográficas na dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente, na dimensionalidade da preocupação empática e na razão Q2/Q4 (Tomada de Perspectiva/Preocupação empática) (conclusão)

| Características | Dimensionalidade da percepção das necessidades do paciente | | | Dimensionalidade da preocupação empática | | | Razão Q2/Q4 | | |
|--|--|---------------|------------------|--|---------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Unidimensional | Bidimensional | Multidimensional | Igual (Q2 = Q4) | Maior (Q2 > Q4) | Menor (Q2 < Q4) |
| Possui experiência com doença crônica ou grave na família | | | | | | | | | |
| Sim | 31 (38,8%) | 37 (46,3%) | 12 (15%) | 33 (40,7%) | 40 (49,4%) | 8 (9,9%) | 18 (22,2%) | 43 (53,1%) | 20 (24,7%) |
| Não | 13 (48,1%) | 10 (37%) | 4 (14,8%) | 14 (48,3%) | 15 (51,7%) | 0 (0,0%) | 9 (31,0%) | 12 (41,4%) | 8 (27,6%) |
| p | | 0,688** | | | 0,205** | | | 0,514* | |
| Utiliza medicamentos relacionados à saúde mental | | | | | | | | | |
| Não | 31 (43,7%) | 31 (43,7%) | 9 (12,7%) | 31 (42,5%) | 38 (52,1%) | 4 (5,5%) | 19 (26,0%) | 36 (49,3%) | 18 (24,7%) |
| Sim | 13 (36,1%) | 16 (44,4%) | 7 (19,4%) | 16 (43,2%) | 17 (45,9%) | 4 (10,8%) | 8 (21,6%) | 19 (51,4%) | 10 (27,0%) |
| p | | 0,550** | | | 0,576** | | | 0,874* | |

Base de dados: 107 alunos.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado (*) e ao teste exato de Fisher (**).

Fonte: Elaborada pela autora.

6.6 Correlação entre o escore de empatia clínica obtida pela EBEC com a dimensionalidade de empatia obtida na análise do conteúdo do MES

Observou-se neste estudo que, diante do quadro do paciente, no geral, a percepção de duas ou mais dimensões da empatia pelo estudante se correlacionou com maiores escores médios, tanto na empatia global quanto no domínio compreensão empática da escala, quando comparados com os alunos com percepção unidimensional (TABELA 7). Em relação à ação empática, nenhuma diferença foi identificada entre os grupos de alunos, ou seja, o resultado da ação empática não é influenciado pela dimensionalidade observada no mapa da empatia.

Tabela 7 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia pela EBEC

| Avaliações | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|-----------------------------------|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Dimensionalidade (Q2 + Q4) | | | | | | |
| Unidimensional (28) | 3,9 ± 0,6 | 3,9 (3,6; 4,3) | 3,7 ± 0,7 | 3,7 (3,2; 4,1) | 4,0 ± 0,6 | 4,0 (3,7; 4,4) |
| Bidimensional (60) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,2 ± 0,4 | 4,1 (3,9; 4,5) |
| Multidimensional (22) | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (4,0; 4,4) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,5) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,5) |
| p | 0,028** | | 0,007** | | 0,183** | |
| Conclusão | (M = B) > U | | (M = B) > U | | M = B = U | |

Base de dados: 110 alunos.

Legenda: dp: desvio-padrão; P₅₀: Mediana; P₂₅: percentil 25; P₅₀: percentil 50.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando a análise foi realizada por quadrante, observou-se que a percepção da dimensão biomédica se correlacionou com maiores médias de escore na empatia global e no domínio compreensão empática, enquanto a percepção da dimensão afetiva se correlacionou com maiores médias de escore no domínio compreensão empática. Observou-se, ainda, que a percepção de duas ou mais dimensões das necessidades do paciente se correlacionou

com maiores escores no domínio compreensão empática na EBEC (TABELA 8). A abordagem da dimensão afetiva na conduta (preocupação empática) se correlacionou com maiores médias de escores na EBEC, tanto no escore global quanto na dimensão da compreensão empática. Observou-se também que a abordagem de duas ou mais dimensões na conduta do estudante em relação ao paciente se correlacionou com maiores escores no domínio compreensão empática da EBEC (TABELA 8).

Tabela 8 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia

(continua)

| Avaliações | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|---|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Tomada de perspectiva | | | | | | |
| Não | 3,7 ± 0,5 | 3,7 (3,3; 4,2) | 3,7 ± 0,7 | 3,7 (3,2; 4,4) | 3,8 ± 0,5 | 3,8 (3,4; 4,1) |
| Sim | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| p | | 0,099* | | 0,259* | | 0,074* |
| Percepção das necessidades do paciente | | | | | | |
| Dimensão biomédica | | | | | | |
| Não | 3,9 ± 0,3 | 3,9 (3,8; 4,0) | 3,6 ± 0,5 | 3,7 (3,3; 4,0) | 4,0 ± 0,3 | 3,9 (3,9; 4,3) |
| Sim | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| p | | 0,049* | | 0,020* | | 0,468* |
| Dimensão afetiva | | | | | | |
| Não | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) | 3,8 ± 0,7 | 4,0 (3,4; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| Sim | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,2 ± 0,5 | 4,1 (3,9; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,1 (3,8; 4,4) |
| p | | 0,371* | | 0,018* | | 0,810* |
| Dimensão social | | | | | | |
| Não | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 3,9 ± 0,7 | 4,0 (3,4; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) |
| Sim | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,3 (3,9; 4,4) | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,315* | | 0,244* | | 0,443 | |

Tabela 8 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia

(continua)

| Avaliações | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|--|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Dimensionalidade — percepção das necessidades do paciente | | | | | | |
| Unidimensional | 4,0 ± 0,5 | 4,0 (3,6; 4,4) | 3,8 ± 0,7 | 3,9 (3,4; 4,1) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,5) |
| Bidimensional | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,2 ± 0,6 | 4,3 (3,9; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| Multidimensional | 4,1 ± 0,3 | 4,2 (3,8; 4,4) | 4,2 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,6; 4,4) |
| p | 0,173** | | 0,002** | | 0,815** | |
| Compartilhamento emocional | | | | | | |
| Não | 3,9 ± 0,6 | 4,1 (3,5; 4,4) | 3,8 ± 0,8 | 4,0 (3,3; 4,3) | 4,0 ± 0,6 | 4,2 (3,6; 4,5) |
| Sim | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,7; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,226* | | 0,080 | | 0,711* | |
| Preocupação empática | | | | | | |
| Dimensão biomédica | | | | | | |
| Não | 4,3 ± 0,5 | 4,6 (3,7; 4,7) | 4,2 ± 0,6 | 4,3 (3,7; 4,8) | 4,3 ± 0,6 | 4,6 (3,7; 4,7) |
| Sim | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,6 | 4,1 (3,6; 4,4) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| p | 0,270* | | 0,463* | | 0,317* | |
| Dimensão afetiva | | | | | | |
| Não | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) | 3,8 ± 0,7 | 3,9 (3,4; 4,3) | 4,0 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,4) |
| Sim | 4,2 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) | 4,2 ± 0,6 | 4,3 (3,9; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,044* | | 0,001* | | 0,628* | |

Tabela 8 – Avaliação da associação dos resultados do mapa da empatia e da avaliação da empatia

(conclusão)

| Avaliações | Empatia global | | Compreensão empática | | Ação empática | |
|--|----------------|--|----------------------|--|---------------|--|
| | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) | Média ± dp | P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅) |
| Dimensão social | | | | | | |
| Não | 4,1 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4 (3,5; 4,6) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| Sim | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,8; 4,4) | 4,1 ± 0,4 | 4,1 (3,7; 4,3) | 4,1 ± 0,5 | 4,2 (3,8; 4,5) |
| p | 0,932* | | 0,680* | | 0,852* | |
| Dimensionalidade — preocupação empática | | | | | | |
| Unidimensional | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,6; 4,4) | 3,8 ± 0,7 | 3,9 (3,4; 4,3) | 4,0 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,4) |
| Bidimensional | 4,1 ± 0,4 | 4,1 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,3 (3,7; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (3,8; 4,4) |
| Multidimensional | 4,2 ± 0,3 | 4,2 (4,1; 4,4) | 4,3 ± 0,4 | 4,2 (4,0; 4,6) | 4,1 ± 0,4 | 4,2 (4,0; 4,4) |
| p | 0,395** | | 0,016** | | 0,967** | |
| Razão Q2/Q4 | | | | | | |
| Igual (Q2 = Q4) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,0 ± 0,7 | 4,1 (3,6; 4,6) | 4,0 ± 0,5 | 4,1 (3,7; 4,4) |
| Maior (Q2 > Q4) | 4,1 ± 0,4 | 4,3 (3,9; 4,4) | 4,1 ± 0,6 | 4,1 (3,8; 4,4) | 4,2 ± 0,5 | 4,2 (3,7; 4,6) |
| Menor (Q2 < Q4) | 4,1 ± 0,4 | 4,1 (3,8; 4,4) | 3,9 ± 0,7 | 4,0 (3,4; 4,3) | 4,2 ± 0,5 | 4,2 (3,9; 4,4) |
| p | 0,638** | | 0,538** | | 0,252** | |

Base de dados: 110 alunos.

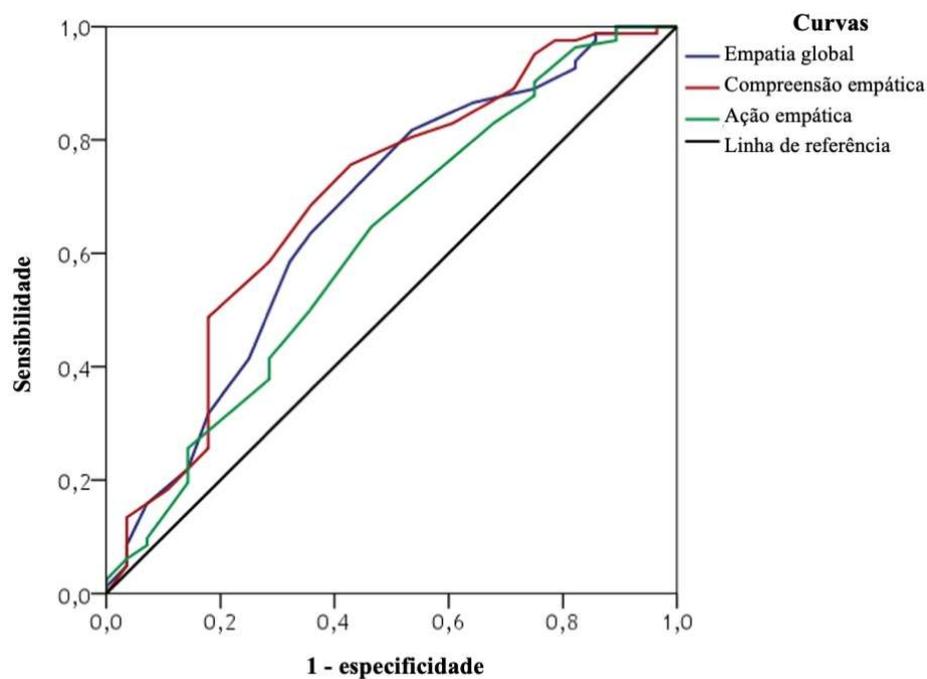
Legenda: dp: desvio-padrão; P₅₀: Mediana; P₂₅: percentil 25; P₅₀: percentil 50.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**).

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi realizada uma análise através da curva ROC para identificar se a empatia global, a compreensão empática e a ação empática seriam capazes de discriminar os alunos com unidimensionalidade daqueles com bidimensionalidade ou multidimensionalidade. Os resultados demonstraram que tanto a empatia global quanto os escores das dimensões compreensão empática e ação empática possuem moderada precisão para discriminar os alunos com uma única dimensão (unidimensional) daqueles com pelo menos duas dimensões (bidimensional ou multidimensional). Conforme demonstrado na figura 3, a maior área sob a curva observada foi referente à compreensão empática (0,70), enquanto para a empatia global foi igual a 0,67 e para a ação empática foi igual a 0,62. Dessa forma, a ação empática tem o menor poder de discriminação, e a compreensão empática, o maior poder de discriminação.

Figura 3 – Curva ROC para dimensionalidade à luz da empatia global, compreensão empática e ação empática



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise da curva ROC, é possível determinar o ponto de corte que melhor discrimina a dimensionalidade. Os resultados mostraram que os melhores pontos de corte são o valor de 4,0 para a empatia global e ação empática, e o valor de 3,9 para a compreensão empática.

Como pode ser observado, o ponto de corte igual a 4 na escala da empatia global produz uma sensibilidade igual a 74,4 e especificidade igual a 53,6. Isto é, a escala detecta 74,4% do grupo

de alunos bidimensional ou multidimensional e detecta 53,6% do grupo de alunos unidimensional. Além disso, produz um VPP igual a 82,4% e um VPN igual a 41,7%. Logo, 82,4% dos alunos com resultado na escala superior a 4 pontos (maior empatia) são bidimensionais ou multidimensionais no mapa da empatia; e 41,7% dos alunos com resultado na escala inferior a 4 pontos (menor empatia) são unidimensionais no mapa da empatia. Além disso, a acurácia foi de 69%, ou seja, utilizando esse ponto de corte, a escala de empatia global é capaz de classificar corretamente 69% dos alunos (TABELA 9).

Verificou-se também que o ponto de corte igual a 3,9 na dimensão compreensão empática produz uma sensibilidade igual a 75,6 e especificidade de 57,1. Assim, a escala detecta 75,6% do grupo de alunos bidimensional ou multidimensional e detecta 57,1% do grupo de alunos unidimensional. Além disso, produz um VPP igual a 83,8% e um VPN igual a 44,4%. Logo, 83,8% dos alunos com resultado na escala superior a 3,9 pontos (maior empatia) são bidimensionais ou multidimensionais no mapa da empatia; e 44,4% dos alunos com resultado na escala inferior a 3,9 pontos (menor empatia) são unidimensionais no mapa da empatia. Além disso, a acurácia foi de 65%, ou seja, utilizando esse ponto de corte, a dimensão compreensão empática é capaz de classificar corretamente 65% dos alunos (TABELA 9).

Em relação à ação empática, pode-se perceber que o ponto de corte igual a 4 nessa dimensão produz uma sensibilidade igual a 70,7 e especificidade igual a 46,4. Isto é, a escala detecta 70,7% do grupo de alunos bidimensional ou multidimensional e detecta 46,4% do grupo de alunos unidimensional. Além disso, produz um VPP igual a 79,5% e um VPN igual a 35,1%. Assim, 79,5% dos alunos com resultado na escala superior a 4 pontos (maior empatia) são bidimensionais ou multidimensionais no mapa da empatia; e 35,1% dos alunos com resultado na escala inferior a 4 pontos (menor empatia) são unidimensionais no mapa da empatia. Ademais, a acurácia foi de 67%, ou seja, utilizando esse ponto de corte, a dimensão ação empática é capaz de classificar corretamente 67% dos alunos (TABELA 9).

Tabela 9 – Medidas de avaliação da curva ROC

| Medidas de avaliação | Escala | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|
| | Empatia global | Compreensão empática | Ação empática |
| Área sob a curva | 0,67 | 0,70 | 0,62 |
| Ponto de corte | 4,0 | 3,9 | 4,0 |
| Sensibilidade | 74,4 | 75,6 | 70,7 |
| Especificidade | 53,6 | 57,1 | 46,4 |
| VPP | 82,4 | 83,8 | 79,5 |
| VPN | 41,7 | 44,4 | 35,1 |
| Acurácia | 69% | 65% | 67% |

Fonte: Elaborada pela autora.

7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que os participantes são, em sua maioria, do sexo feminino, solteiros, católicos, com renda familiar entre 5 e 15 salários-mínimos. Quase metade dos estudantes pretende fazer especialização na área clínica e, além disso, a maioria fez o ensino médio em uma escola particular e possui experiência com doenças crônicas ou graves na família. O perfil sociodemográfico da população estudada se assemelha ao perfil observado em outros estudos realizados com estudantes de medicina brasileiros de instituições públicas e privadas (SILVA; PEREIRA; MOURA, 2020; SOUSA *et al.*, 2021; GENEROSO, 2022).

A análise da avaliação da empatia pela EBEC mostrou que os estudantes apresentaram médias de escores elevados tanto na empatia global quanto nos domínios compreensão e ação empática. Resultados semelhantes foram observados por Sousa *et al.* (2021) e Caires (2019) ao avaliarem a empatia, utilizando a Escala de Jefferson (PARO *et al.*, 2012), em estudos na mesma instituição.

Em relação à influência das variáveis sociodemográficas no escore de empatia obtido pela EBEC, este foi influenciado positivamente pelo sexo feminino (maior escore). O mesmo resultado foi encontrado no Brasil por Generoso (2022), ao avaliar a empatia pela EBEC de estudantes brasileiros, bem como em estudos internacionais realizados nos Estados Unidos por Hojat e Gonella (2015) e Berg *et al.* (2011), no Peru por Saucedo-Chinchay *et al.* (2012) e na Coreia do Sul por Yeo e Kim (2021). Para Batchelder, Brosnan e Ashwin (2017), a vantagem feminina é mais aparente no componente afetivo e menos evidente no componente cognitivo, revelando que as mulheres se sintonizam mais naturalmente com os estados emocionais do outro e são mais propensas a reagir às emoções e sentimentos do outro. Um estudo sugere que as mulheres utilizam, em interações empáticas, áreas cerebrais que contêm neurônios-espelho em maior medida do que os homens, o que explicaria os mecanismos neurobiológicos subjacentes que facilitam o compartilhamento emocional (MOYA-ALBIOL; HERRERO; BERNAL, 2010).

Além disso, observaram-se maiores escores de empatia em estudantes com experiência de doença grave na família, semelhante ao estudo realizado por Esquerda *et al.* (2016); e, ainda, naqueles que pretendem cursar especialidade clínica ou clínica/cirúrgica, também evidenciado em estudo realizado por Bailey (2001). Um estudo realizado com 595 estudantes de medicina

de uma universidade de Santa Catarina também demonstrou que, entre os alunos que indicaram uma preferência por atuar em especialidade da área clínica, os escores de empatia se apresentavam mais altos em relação aos que preferiram uma especialidade orientada para área cirúrgica (SANTOS *et al.*, 2016). O estudo realizado por Suartz *et al.* (2013) mostrou que há uma preponderância de homens nas especialidades cirúrgicas (77,5%) e de mulheres nas especialidades clínicas (72,5%).

Ainda, existe uma diferença significativa entre clínicos e cirurgiões no quesito altruísmo. Trata-se de um componente afetivo da empatia caracterizado pela disposição de ajudar outra pessoa sem expectativa de qualquer forma de recompensa. A diferença observada entre esses grupos pode indicar que há um perfil na escolha da especialidade que se acentua com a prática médica. A prática dos médicos clínicos, que enfatiza mais habilidades sociais, em contraste com a dos cirurgiões, focada em aspectos técnicos, pode estar relacionada a esse maior interesse dos médicos clínicos em prestar assistência sem esperar compensações (SUARTZ *et al.*, 2013).

Esses resultados demonstram que a EBEC foi sensível em detectar a influência das variáveis percebidas por outras escalas na população estudada.

Ademais, observou-se associação entre escores mais baixos de empatia em estudantes com renda familiar abaixo de 5 salários-mínimos, dado também notado por Generoso (2022). E um menor percentual de alunos que abordaram a dimensão biomédica no grupo de alunos com mais de 30 anos quando comparado com os demais grupos etários. Contudo, no atual estudo, o número de estudantes com renda familiar abaixo de 5 salários-mínimos e o número de estudantes com idade acima de 30 anos foi pequeno em relação ao tamanho total da amostra, podendo ter influenciado nesse resultado. Portanto, esses resultados devem ser analisados com ressalvas, não sendo possível afirmar categoricamente tais dados.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de escores entre os estudantes do início da fase clínica do curso (5º/6º períodos) e os estudantes do final do curso (11º período). Esses resultados corroboram com os achados de Nascimento *et al.* (2018), Caires (2019) e Araújo e Toledo Júnior (2020). Um estudo realizado por Costa, Magalhães e Costa (2013) também demonstrou que os escores de empatia permaneceram estáveis ao longo dos anos da graduação. Entretanto, alguns estudos demonstram que a empatia entre estudantes de medicina sofre deterioração entre o início e o fim do processo formativo, sendo mais evidente no terceiro

ano, no qual, em currículos tradicionais, ocorre a transição do ciclo básico para o clínico (HOJAT *et al.*, 2004; HOJAT *et al.*, 2009). No atual estudo, não foi observado a erosão dos níveis de empatia ao longo do curso na UNIFENAS Alfenas, apesar de não estar incluso o treinamento de empatia no currículo formal dessa instituição. Esse é um dado positivo, porém existe a limitação do uso de um instrumento quantitativo (EBEC) em que, muitas vezes, o estudante pode optar pela resposta com base no que seria mais aceito socialmente e não ao que realmente reflete seu comportamento diante do paciente.

Em todo caso, evidências na literatura demonstram que intervenções estruturadas podem aumentar os níveis de empatia dos estudantes de medicina, especialmente quando o foco do ensino considera o tema da empatia permeada às atividades assistenciais (MERCER; REYNOLDS, 2002). O treinamento pode produzir mudanças na habilidade da empatia, que, como qualquer outra habilidade, melhora a partir da execução de forma sequencial (CARDINALE *et al.*, 2018). Com isso, é importante refletir sobre alterações estruturais curriculares para formalização do ensino da empatia na UNIFENAS Alfenas, com a finalidade de elevar os níveis de empatia e manter o escore elevado ao longo do curso — e, porventura, após a graduação.

Em relação à dimensionalidade da empatia identificada na análise do MES, através do ICEC-MES, observou-se que somente 14,5% dos estudantes perceberam as três dimensões da empatia (biomédica, afetiva e social) nas necessidades do paciente (Q2) e apenas 7,3% abordaram as três dimensões na conduta (Q4). Tais achados corroboram com resultados encontrados em estudo realizado por Teixeira (2023), também utilizando o MES e o ICEC-MES em sua análise. Esses resultados são importantes para auxiliar na definição de estratégias direcionadas para o desenvolvimento da empatia na graduação médica. Em uma revisão sistemática realizada por Moura *et al.* (2021) foi possível observar que, devido à natureza multidimensional da empatia, estratégias que abordam tanto os seus aspectos emocionais quanto cognitivos se mostraram mais eficazes em aumentar os níveis de empatia em estudantes de medicina, bem como minimizar o seu decréscimo a longo prazo. Assim, a utilização de métodos combinados pode ser benéfica para o ensino, por exemplo, arte, cursos de treinamento de comunicação, contato com pacientes e reflexão e utilização da realidade virtual. Além disso, os resultados sugerem que tais estratégias devem ser realizadas de forma longitudinal, e não pontuais, para garantir a consolidação do aprendizado (MOURA *et al.*, 2021).

Neste estudo foi possível identificar uma heterogeneidade dos estudantes em relação às dimensões da empatia relatadas nas respostas ao MES. A dimensão mais citada foi a biomédica, sendo que 90,9% dos estudantes perceberam essa dimensão nas necessidades do paciente e 95,5% abordaram em sua conduta. A dimensão afetiva foi a segunda mais relatada, sendo que 48,2% dos estudantes a relataram nas necessidades do paciente e 52,2% abordaram em sua conduta. A dimensão social foi relatada nas necessidades por 30% dos estudantes, mas somente 16,4% abordaram em sua conduta. Esses resultados obtidos no MES não espelham as respostas à escala, uma vez que obtivemos no domínio preocupação empática 92,7% de discordância no item “*Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas*”. Na dimensão social, obtivemos 78,2% de concordância no item “*As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados*”, e 52,7% concordaram com o item “*Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde*” (APÊNDICE D). Esses resultados apontam para a fragilidade de mensurar a empatia utilizando somente instrumentos quantitativos (escalas), em que o estudante, muitas vezes, responde o que é politicamente correto, sem conseguir, entretanto, inserir essa prática na sua conduta clínica. Segundo Sousa *et al.* (2021), Ren *et al.* (2016) e Berg *et al.* (2015), a avaliação da empatia requer a associação de instrumentos metodológicos com abordagens distintas. Por se tratar de um construto cuja análise é complexa e multidimensional, a incorporação de instrumentos qualitativos tem o potencial de oferecer contribuições adicionais ao entendimento da empatia e à sua própria avaliação em distintos cenários de ensino e aprendizagem (SOUSA *et al.*, 2021).

Em relação à tomada de perspectiva e ao compartilhamento emocional, obtidos pela análise do conteúdo das respostas ao MES, nos quadrantes 1 e 3 respectivamente, foi possível identificar que os estudantes têm mais facilidade de imaginar como se sentiriam se estivessem no lugar do paciente (tomada de perspectiva) do que refletir sobre os seus sentimentos diante do quadro do paciente. Esses resultados espelham os achados da EBEC, na qual, no domínio compreensão empática, os itens “*Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele*” obteve 81,6% de concordância. Entretanto, perguntas que abordam o sentimento do estudante diante do quadro do paciente, como: “*Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente*” e “*Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave*”, obtiveram 46,4% e 52,7% de concordância, respectivamente (APÊNDICE D). Esses resultados reforçam os achados de outros estudos desenvolvidos na mesma linha de pesquisa, indicando uma provável dificuldade do estudante

em abordar o seu próprio sentimento diante do quadro apresentado pelo paciente (SOUSA *et al.*, 2021). Outra possibilidade seria uma tendência do estudante em ocultar seu próprio sentimento como mecanismo de defesa ao lidar com situações difíceis e com o sofrimento alheio.

Além disso, também é possível ocorrer uma necessidade de modulação empática como mecanismo regulador de emoções para prestar atendimento ao paciente de forma adequada e ser capaz de tomar decisões. Segundo Cheng, Chen e Decety (2017), embora a empatia tenha claramente um papel positivo na interação social, níveis excessivos de sensibilidade emocional podem levar a resultados negativos como sofrimento emocional, esgotamento ou fadiga por compaixão, principalmente no contexto clínico assistencial. O distanciamento emocional adequado, guiado pela função executiva, atenua o potencial contágio do sofrimento do paciente e permite que os profissionais de saúde forneçam cuidados médicos objetivos (CHENG; CHEN; DECETY, 2017).

Tanto os estudantes que abordaram a dimensão afetiva quanto aqueles classificados como bidimensional ou multidimensional apresentaram escores mais elevados de empatia, demonstrando que a EBEC foi capaz de diferenciar o estudante segundo a sua classificação de empatia clínica. Esses resultados foram reforçados pela análise da curva ROC, indicando que a EBEC apresentou capacidade de discriminação (AUC maior que 0,5), sendo que apresentou um moderado poder discriminatório em relação ao domínio compreensão empática (AUC igual a 0,70), que aborda os aspectos afetivos, e um menor poder discriminatório em relação à empatia global e ao domínio ação empática (AUC igual a 0,67 e 0,62, respectivamente). Esses resultados podem estar relacionados com o aspecto subjetivo do construto avaliado, uma vez que este estudo não considerou a presença ou ausência de empatia, mas sim graus variados dela. Ribas *et al.* (2016), em um estudo para avaliar a sensibilidade e especificidade de instrumentos para medir a qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide, observaram valores menores de área sob a curva no domínio aspecto emocional em relação aos outros domínios dos instrumentos (Capacidade Funcional; Aspecto Físico e Estado Geral de Saúde), reforçando a dificuldade de avaliar variáveis subjetivas.

Outro aspecto que deve ser considerado é a resposta desvirtuada aos itens de escalas autoaplicadas. Segundo Pasquali (1997), esses vieses na resposta falseiam os dados, introduzindo correlações espúrias, mesmo em se tratando de bons instrumentos. Segundo o

autor, as causas desse erro podem ser a resposta ao acaso, ocasionada por fatores aleatórios e não sistemáticos, como a má disposição do sujeito em responder ao teste; a incompreensão das instruções; a resposta estereotipada, devido à deseabilidade social representando um traço de personalidade que afeta negativamente a objetividade nas respostas de autorrelato, e a resposta sistemática, que, ao contrário da anterior, é constituída por erros de julgamento.

Este estudo apresenta limitações, como o fato de ter sido realizado em cenário simulado, com ator, no qual o estudante não teve contato direto com o paciente. Outra limitação está relacionada ao desenho transversal do estudo, realizado em um único momento do curso, bem como com temática restrita, não permitindo extrapolação para outras áreas e cenários da medicina. Mais estudos deverão ser realizados com a utilização dos instrumentos em cenários variados para consolidar a validação da EBEC.

No entanto, este estudo apresenta importantes contribuições para a compreensão da empatia clínica demonstrada pelo estudante. Trata-se do primeiro estudo que utiliza um instrumento qualitativo para validar a consistência dos resultados obtidos por um instrumento quantitativo, bem como a curva ROC para a análise do poder discriminatório de uma escala de empatia. Esses resultados contribuem para a validação da escala, que foi elaborada com o intuito de conseguir discriminar as diferentes dimensões da empatia clínica demonstrada pelo estudante no cenário de aprendizado da prática clínica.

O desenvolvimento de instrumentos que apresentem maior sensibilidade em detectar o nível de empatia demonstrada pelo estudante é de fundamental importância para a abordagem do tema no cenário de aprendizado da prática clínica, auxiliando o estudante a evoluir na capacidade de tomada de perspectiva em níveis mais complexos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados, podemos inferir que a EBEC é uma ferramenta útil em identificar as diferenças de dimensões de empatia entre os estudantes, quando estes apresentam bidimensionalidade ou multidimensionalidade. Esse instrumento também foi capaz de identificar as variáveis sociodemográficas que impactam no escore de empatia.

Podemos concluir, portanto, que a EBEC é um instrumento com potencial de auxiliar tanto o docente quanto o discente no desenvolvimento da empatia no cenário de aprendizado da prática clínica.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. *et al.* Empatia Médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. In: CONGRESSO GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA, 10., 2009, Braga, **Actas [...]** Braga: Universidade do Minho, 2009. p. 3705-3716.
- AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JÚNIOR, A. C. C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 14-28, 2018.
- ARAÚJO, N. S. C.; TOLEDO JÚNIOR, A. A Empatia em Acadêmicos de Medicina em Relação ao Paciente Pediátrico: Estudo Transversal Unicêntrico, 2019. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 3, p. 1-8, 2020.
- AZEVEDO-MARQUES, P. M. de. Diagnóstico auxiliado por computador na radiologia. **Radiologia Brasileira**, [S. l.], v. 34, p. 285-293, 2001.
- BAILEY, B. A. Empathy in medical students: assessment and relationship to specialty choice. **Dissertation Abstracts International**, [S. l.], v. 62, n. 6-A, p. 2024, 2001.
- BATCHELDER, L.; BROSNAN, M.; ASHWIN, C. The development and validation of the empathy components questionnaire (ECQ). **PLOS ONE**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-34, jan. 2017.
- BATISTA, N.; LESSA, S. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, sup. 1, p. 349-356, 2019.
- BATSON, C. D. *et al.* Empathic Joy and the Empathy-Altruism Hypothesis. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S. l.], v. 61, n. 3, p. 413-426, 1991.
- BERG, K. *et al.* Standardized patient assessment of medical student empathy. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 90, n. 1, p. 105-111, 2015.
- BERG, K. *et al.* Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 86, n. 8, p. 984-988, 2011.
- BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 23-29, 1984.
- CAIRES, V. V. **Análise da empatia no estudante de medicina da Faculdade de Medicina – Unifenas-BH ao longo da graduação**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Velano, Belo Horizonte, 2019.
- CARDINALE, E. M. *et al.* Externalizing behavior severity in youths with callous unemotional traits corresponds to patterns of amygdala activity and connectivity during judgments of causing fear. **Development and psychopathology**, New York, v. 30, n. 1, p. 191-201, 2018.

- CATARUCCI, F. M. *et al.* Empatia em estudantes de Medicina: efeitos de um programa de gerenciamento do estresse. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 1-7, 2022.
- CHEN, D. *et al.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of general internal medicine**, [S. l.], v. 22, n. 10, p. 1434-1438, 2007.
- CHENG, Y.; CHEN, C.; DECETY, J. How situation context impacts empathic responses and brain activation patterns. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, [S. l.], v. 11, p. 1-13, set. 2017.
- CLARK, P. A. What residents are not learning: observations in an NICU. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 76, n. 5, p. 419-424, 2001.
- 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.
- COSTA, P.; MAGALHÃES, E.; COSTA, M. J. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. **Advances in Health Sciences Education**, Dordrecht, v. 18, n. 3, p. 509-522, ago. 2013.
- DAVIS, M. H. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, [S. l.], v. 10, p. 85-104, jan. 1980.
- DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.
- DECETY, J.; COWELL, J. M. Friends or Foes: Is Empathy Necessary for Moral Behavior? **Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science**, Thousand Oaks, v. 9, n. 5, p. 525-537, set. 2014.
- D'SOUZA, P. C. *et al.* Effect of a Single-Session Communication Skills Training on Empathy in Medical Students. **Academic Psychiatry**, [S. l.], v. 44, p. 289-294, jun. 2020.
- EISENBERG, N.; EGGUM, N. D. Empathic responding: Sympathy and personal distress. In: DECETY, J.; ICKES, W. (orgs.). **The social neuroscience of empathy**, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, p. 71-83, 2009.
- EISENBERG, N.; STRAYER, J. **Empathy and its development**. New York: Cambridge University Press, 1987.
- ERES, R.; MOLENBERGHS, P. The influence of group membership on the neural correlates involved in empathy. **Frontiers in Human Neuroscience**, [S. l.], v. 7, n. 176, p. 1-6, 2013.
- ESQUERDA, M. *et al.* La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. **Atención Primaria**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 8-14, 2016.

FALCONE, E. M. O. *et al.* Inventário de empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008.

FAWCETT, T. An introduction to ROC analysis. **Pattern Recognition Letters**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 861-874, jun. 2006.

FEITOSA, I. P. *et al.* A tomada de perspectiva social: uma análise qualitativa com estudantes paraibanos. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 101-129, 2016.

FERREIRA, A. T. F. **Evolução da Empatia em Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior – Estudo Longitudinal**. 2019. Tese (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2019.

FUCHS, T. Levels of Empathy-primary, Extended, and Reiterated Empathy. In: LUX, V.; WEIGEL, S. (ed.). **Empathy: Epistemic problems and cultural-historical perspectives of a cross-disciplinary concept**. Reino Unido: Palgrave Macmillan, p. 27-47, 2017.

GALLESE, V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. **Psychopathology**, Basel, v. 36, n. 4, p. 171-180, 2003.

GENEROSO, A. T. A. **Elaboração de uma escala brasileira de empatia clínica**. 2022. 110f. Dissertação (Mestrado em ensino em saúde) – Universidade Prof. Edson Antônio Velano, Belo Horizonte, 2022.

HALPERN, J. **From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice**. New York: Oxford University Press; 2001.

HOFFMAN, M. L. The contribution of empathy to justice and moral judgment. In: N. EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Eds.). **Empathy and its development**. New York: Cambridge University Press, p. 47-79, 1987.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, [S. l.], v. 61, p. 349-365 2001.

HOJAT, M. *et al.* An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical education**, Oxford, v. 38, n. 9, p. 934-941, out. 2004.

HOJAT, M. *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, set. 2009.

HOJAT, M.; ERDMANN, J. B.; GONELLA, J. S. Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide N° 79. **Medical Teacher**, [S. l.], v. 35, p. e1267-e1301, 2013.

HOJAT, M.; GONNELLA, J. S. Eleven years of data on the Jefferson scale of empathy medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. **Medical Principles and Practice**, New York, v. 24, n. 4, p. 344-350, 2015.

JOÃO, C. F. G. **O uso da empatia na relação médico-paciente e na prática clínica.** 2019. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2019.

KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 43–53, set./dez. 2001.

KRUPAT, E.; PUTNAM, S. M.; YEAGER, C. The fit between physicians and patients: can it be measured? **Journal General Internal Medicine**, [S. l.], v. 11, p. 134, 1996.

LARA, J. R. L.; MORAL, R. R.; CAMPAYO, J. G. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? [Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients?]. **Atención Primaria**, Navarra, v. 41, n. 11, p. 646-649, 2009.

LIMPO, T.; ALVES, R. A.; CASTRO, S. L. Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. **Laboratório de Psicologia**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 171-184, 2010.

MARTINS, J. S. *et al.* Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 50-56, 2018.

MAYER, J. D.; DIPAOLLO, M. T.; SALOVEY, P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. **Journal of Personality Assessment**, [S. l.], v. 54, p. 772-781, 1990.

MERCER, S. W. *et al.* The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Family Practice**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 699-705, 2004.

MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. **The British Journal of General Practice**, [S. l.], v.52, p. S9-S12, 2002.

MORSE, J. M. *et al.* Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? **Journal of Nursing Scholarship**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 273-280, 1992.

MORETO, G. **Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos.** 2015. Tese (Doutorado em Educação e Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MOURA, E. P. *et al.* Estratégias atuais utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1-18, 2021.

MOYA-ALBIOL, L.; HERRERO, N.; BERNAL, M. C. Bases Neuronales de la Empatía. **Revista de Neurologia**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. 89-100, 2010.

NASCIMENTO, H. C. F. *et al.* Análise dos Níveis de Empatia de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 150-158, 2018.

NUNES, R. A. A. **Perfil da empatia médica de residentes do 3º ano de ortopedia e traumatologia**. 2018. Dissertação (Mestrado em ensino em saúde) - Universidade José do Rosário Velano, Belo Horizonte, 2018.

PARO, H. B. M. S. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. Dissertação (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PARO, H. B. *et al.* Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, [S. l.], v. 1, p. 12-73, 2012.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UNB, 1997.

PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Mapa da Empatia em Saúde: elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da empatia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, 2020.

PIGMAN, G. W. Freud and the history of empathy. **The International Journal of Psychoanalysis**, [S. l.], v. 76, p. 237-256, 1995.

PINTEA, S.; MOLDOVAN, R. The Receiver-Operating Characteristic (ROC) Analysis: Fundamentals and Applications in Clinical Psychology. **Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 49-66, mar. 2009.

REN, G. S. G. *et al.* Complex and novel determinants of empathy change in medical students. **Korean Journal of Medical Education**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 67-78, 2016.

RIBAS, S. A. *et al.* Sensibilidade e especificidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S. l.], v. 56, n. 5, p. 406-413, 2016.

RIESS, H. Empathy in Medicine-A Neurobiological Perspective. **The Journal of the American Medical Association**, [S. l.], v. 304, n. 14, out. 2010.

SAMPAIO, A. A. S. *et al.* Introdução aos Delineamentos Experimentais de Sujeito Único. **Interação em Psicologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 151-164, 2008.

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 212-27, 2009.

SANTOS, M. A. *et al.* Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 7, p. 149-153, mai. 2016.

SAUCEDO-CHINCHAY, J. L. *et al.* Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo- Junio del 2011. **Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 17-21, 2012.

SELMAN, R. L. The Relation of Role Taking to the Development of Moral Judgment in Children. **Child Development**, [S. l.], v. 42, p. 79-91, mar. 1971.

SILVA, R. C.; PEREIRA, A. A.; MOURA, E. P. Qualidade de Vida e Transtornos Mentais Menores dos Estudantes de Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC) - Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 44, n. 2, p. 1-7, 2020.

SOUSA, L. U. R. *et al.* Mapa da Empatia em Saúde como instrumento de reflexão em cenário de ensino não assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 4, e195, 2021.

STEPIEN, K. A.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 524-30, 2006.

SUARTZ, C. V. *et al.* Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 320-325, 2013.

TEIXEIRA, C. G. **Elaboração de um instrumento de classificação da empatia clínica demonstrada pelos estudantes de medicina**. 2023. Dissertação (Mestrado em ensino em saúde) - Universidade José do Rosário Velano, Belo Horizonte, 2023.

THOMAZI, L.; MOREIRA, F. G.; MARCO, M. A. Avaliação da evolução da empatia em alunos do quarto ano da graduação em medicina da Unifesp em 2012. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 87-93, 2014.

USHERWOOD, T. **Understanding the consultation: evidence, theory and practice**. Buckingham, UK: Open University Press, 1999.

VEIGA, F.; SANTOS, E. Uma escala de avaliação da empatia: adaptação portuguesa do Questionnaire to Assess Affective and Cognitive Empathy. *In*: VIII CONGRESSO IBEROAMERICANO DE AVALIAÇÃO/EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, XV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS, 2011, Lisboa, **Actas [...]** Lisboa: Universidade Lisboa, 2011. p. 1172-1180.

WESTIN, L. K. **Receiver operating characteristic (ROC) analysis: Evaluating discriminance effects among decision support systems**. Umeå: Department of Computing Science Umeå University, 2001.

WISPÉ, L. Historia del concepto de empatía. *In*: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (orgs.). **La empatía y su desarrollo**. Bilbao: Desclée de Brouwer, p. 27-48, 1992.

YEO S.; KIM, K. J. A validation study of the Korean version of the Toronto empathy questionnaire for the measurement of medical students' empathy. **BMC Medical Education**, [S. l.], v. 21, n. 119, p. 1-8, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade Prof. José do Rosário Velano, descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir, que irão informá-lo e esclarecer-lhe de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Responsável Legal (se aplicável): _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto:

Avaliação do poder discriminatório da Escala Brasileira de Empatia Clínica em relação à dimensionalidade de empatia demonstrada pelo estudante de medicina

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

Universidade Prof. José do Rosário Velano

Departamento de pós-graduação

Faculdade de Medicina da Unifenas

Mestrado em Ensino em Saúde

c. Projeto: (x) Unicêntrico () Multicêntrico

d. Instituição Coparticipante:

Não se aplica

e. Patrocinador:

Não se aplica

f. Professor Orientador:

Eliane Perlatto Moura

Pesquisador Responsável: (x) Estudante de Pós-graduação () Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar o poder discriminatório da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) em relação à dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante de medicina no contexto do aprendizado da prática clínica.

4. Justificativa da pesquisa:

A empatia é um elemento primordial na relação médico paciente. Trata-se de um construto multidimensional de difícil mensuração. O desenvolvimento de instrumentos capazes de detectar as diferentes dimensões de empatia demonstradas pelos estudantes faz-se necessário para embasar estratégias de ensino que visem ao desenvolvimento da empatia no contexto do atendimento clínico. Assim, este estudo se propõe a aprofundar a análise do poder discriminatório do modelo proposto da EBEC, em relação à dimensionalidade da empatia demonstrada pelo estudante, visando dar continuidade ao estudo da validade do modelo proposto.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Para a avaliação do poder discriminatório da escala proposta os alunos do curso de medicina que forem recrutados levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão do estudo, serão convidados a responder a um questionário sociodemográfico e a EBEC. Logo após, assistirão a um vídeo com um relato de um caso clínico e, em seguida, responderão o Mapa da Empatia em Saúde (MES) sobre o caso clínico contido no vídeo. O questionário sociodemográfico, a EBEC e o MES serão recolhidos pelos pesquisadores e as respostas serão inseridas numa planilha de Excel para facilitar a

análise do conteúdo. A todos os participantes será assegurada a confidencialidade das respostas.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

Com relação ao preenchimento dos instrumentos, existe o risco de constrangimento, cansaço e da possibilidade de reconhecer sua identidade (sigilo). Ressalta-se que a identidade será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa.

(x) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Não haverá benefícios diretos para o estudante, entretanto a validação de uma escala de empatia para estudantes de medicina em língua portuguesa e baseada em nossa cultura será útil para embasar futuras intervenções curriculares.

8. Despesas, compensações e indenizações:

- a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade:

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas, se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa:

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

11. Liberdade de retirada do consentimento:

Você tem direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

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:

Professor Orientador: Eliane Perlatto Moura

Telefone: (31) 98226 7999

E-mail: elianeperlatto@gmail.com

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:

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

Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos 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.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

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 Prof. José do Rosário Velano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a sua divulgação, sempre preservando minha identidade.

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

Alfenas, _____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

| | | |
|-------------------------------|------------|---------------------|
| <hr/> Voluntário | | |
| <hr/> Representante Legal | | |
| <hr/> Pesquisador Responsável | | |
| | Voluntário | Representante Legal |

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____

2. Idade em anos: _____

3. Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Não quero informar

4. Estado civil

- Casado(a)
- Solteiro(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- União Estável

5. Tem Religião

- Não
- Sim. Qual? _____

6. Renda Familiar

- Mais de 15 salários-mínimos;
- De 5 a 15 salários-mínimos;
- De 3 a 5 salários-mínimos;
- De 1 a 3 salários-mínimos;
- Até 1 salário-mínimo.

7. Escola de origem no ensino médio

- Pública;
- Privada;
- Pública e privada.

8. Motivo principal de escolha do curso de medicina

- Curso adequado à aptidão pessoal e vocacional;
- Possibilidade de poder contribuir para a sociedade;
- Possibilidade de emprego;
- Influência de familiares;
- Amplas expectativas salariais;
- Prestígio social da profissão;

9. Período do curso

- 1º período;
- 2º período;
- 3º período;
- 4º período;
- 5º período;
- 6º período;
- 7º período;

- 8º período;
- 9º período;
- 10º período;
- 11º período;
- 12º período;

10. Especialidade pretendida

- Clínica;
- Cirúrgica;
- Clínica/cirúrgica;

11. Possui auxílio financeiro para estudar

- Sim: ProUni FIES Outro: _____
- Não

12. Mora atualmente com:

- Família (pai, mãe);
- Parentes;
- República;
- Moro sozinho;
- Amigos ou colegas.

13. Possui experiência com doença crônica ou grave na família

- Sim
- Não

14. Utiliza medicamentos relacionados à saúde mental?

- Ansiolíticos;
- Antidepressivos;
- Antipsicóticos;
- Não utiliza.

APÊNDICE C – ROTEIRO DA GRAVAÇÃO DO VÍDEO APRESENTADO AOS ESTUDANTES DE MEDICINA DOS 5º, 6º E 11º PERÍODOS

Paciente: Olá, doutora, tudo bem? Meu nome é Eduardo, tenho 62 anos. Eu vim aqui porque o médico do postinho me pediu. Ele disse que minha pressão não está controlada. Eu tenho pressão alta já tem uns 15 anos e ela não controla de jeito nenhum, os remédios que os médicos me passam são muito ruins, me fazem passar mal, doutora. Eu fico pior com eles.

O que eu faço? Eu sou motorista de caminhão, eu fui aposentado por invalidez por conta da minha diabetes, sabe? Eu tenho diabetes já tem uns 30 anos, eu tomo insulina todos os dias, mas não adiantou muito não, porque eu fiquei cego deste meu olho direito por conta da diabetes, deu sangramento nele. Mas eu tenho que trabalhar, eu sou casado, tenho quatro filhos, meus filhos ainda estão estudando, são todos novos. Meu filho mais velho é meu orgulho, sabe? Ele está estudando para ser advogado. Vai ser uma maravilha quando ele se formar, né, doutora? Mas por enquanto eu tenho que pagar a faculdade dele, a faculdade é particular, está difícil, viu. A minha esposa cuida da casa, a gente não tem jeito de pagar empregada, né? Eu sou aposentado com um salário-mínimo, pelo menos a gente tem nossa casa própria. Eu não devo nada. Nossa casinha é simples, mas ela é nossa.

O que eu sinto? Eu não sinto nada, doutora. Por isso eu acho estranho ter que tomar esse tanto de remédio que me faz passar mal. Esse aqui, Captopril, me faz tossir demais, dia e noite. Esse outro aqui, Anlodipino, ele inchou minhas pernas que eu não conseguia calçar os sapatos, como que eu dirijo desse jeito? E essa tal de Hidroclorotiazida, uma coisa assim, ela me faz urinar muito. E, doutora, como eu posso dizer? Eu não consigo mais fazer sexo como antes, e eu sou casado, a minha esposa quer, sabe como é? Então eu parei com todos os remédios. Eu só continuo tomando a insulina porque senão minha glicose sobe demais.

Se eu fumo? Esse é o problema, doutora, eu não consigo parar de fumar. Eu fumo um maço de cigarro por dia. Eu sei que faz mal, mas eu não tomo nada de álcool, acho que já é alguma coisa, né? Não, eu não faço exercício não, eu trabalho muito, sabe, eu trabalho o dia inteiro. Às vezes eu pego no pesado, eu ajudo a descarregar um caminhão, acho que já é algum exercício, né? Mas parar de fumar está difícil.

Doutora, eu queria falar uma coisa, eu ando muito ansioso, sabe? Às vezes eu até choro sem meus filhos ver, só a minha esposa sabe, as coisas estão difíceis para mim, sabe? As coisas não estão dando certo para mim, eu acho que na verdade elas nunca deram, viu, doutora? Um dia desses o meu olho esquerdo ficou todo borrado, aí eu fui procurar um médico de olho, ele me examinou e falou que o mesmo sangramento que eu tive no meu olho direito eu estou tendo agora no meu olho esquerdo. E disse que eu posso perder esse olho esquerdo também. Imagina, doutora? Será que se eu controlar minha glicose e minha pressão eu consigo salvar esse olho?

Médica: Nós vamos avaliar, senhor Eduardo, deixa eu te examinar. Veja bem, sua pressão está 170/100 mmHg, isso é 17 por 10 nos dois braços, ela está alta. Sua FC está de 70, sua FR está de 15, está bom. Mas o senhor está pesando 100 kg para uma altura de 1,70 m. Isso não está bom, né, senhor Eduardo? O resto do exame físico está bem. O senhor me trouxe uns exames de sangue, eu já estou avaliando, já tem uns probleminhas, veja bem, a sua glicose está em 230, o colesterol total 260, e já está aparecendo um probleminha aqui no seu rim, a creatinina está 1,8.

Paciente: E agora, doutora? O que vai acontecer? O que eu posso fazer?

**APÊNDICE D – AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS ALUNOS FRENTE A CADA UM DOS ITENS DA ESCALA
BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA**

| Item | Respostas | | | | | Continua... |
|--|-----------|------|------|------|------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total (%) |
| 1 Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica. | 42,7 | 32,7 | 8,2 | 10,9 | 5,5 | 100,0 |
| 2. Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados. | 76,4 | 19,1 | 0,9 | 3,6 | 0,0 | 100,0 |
| 3. Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele. | 1,8 | 4,5 | 9,1 | 29,1 | 55,5 | 100,0 |
| 4. Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente. | 10,0 | 23,6 | 20,0 | 33,7 | 12,7 | 100,0 |
| 5. Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica. | 0,9 | 1,8 | 6,4 | 15,4 | 75,5 | 100,0 |
| 6. O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual. | 59,1 | 26,4 | 7,3 | 5,4 | 1,8 | 100,0 |
| 7. A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença. | 6,4 | 1,8 | 3,6 | 28,2 | 60,0 | 100,0 |
| 8. Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta. | 0,0 | 0,0 | 4,5 | 7,3 | 88,2 | 100,0 |
| 9. Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave. | 9,1 | 17,3 | 20,9 | 30,0 | 22,7 | 100,0 |
| 10. As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese. | 25,5 | 31,8 | 9,1 | 21,8 | 11,8 | 100,0 |
| 11. Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente. | 61,8 | 28,2 | 0,9 | 6,4 | 2,7 | 100,0 |
| 12. Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta. | 4,6 | 11,8 | 11,8 | 42,7 | 29,1 | 100,0 |
| 13. As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica. | 29,1 | 30,9 | 10,9 | 18,2 | 10,9 | 100,0 |

| Item | Respostas | | | | | Conclusão. |
|--|-----------|------|------|------|------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total (%) |
| 14. Acredito que, na elaboração do plano terapêutico, as queixas de origem emocional não devem ser consideradas. | 70,9 | 21,8 | 0,0 | 6,4 | 0,9 | 100,0 |
| 15. Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta. | 65,5 | 23,6 | 3,6 | 5,5 | 1,8 | 100,0 |
| 16. Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta. | 56,4 | 30,9 | 5,5 | 2,7 | 4,5 | 100,0 |
| 17. Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente. | 0,9 | 6,4 | 10,0 | 33,6 | 49,1 | 100,0 |
| 18. As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados. | 2,7 | 11,8 | 12,7 | 40,0 | 32,8 | 100,0 |
| 19. Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde. | 20,0 | 19,1 | 8,2 | 20,0 | 32,7 | 100,0 |
| 20. Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo. | 0,9 | 4,5 | 15,5 | 21,8 | 57,3 | 100,0 |
| 21. As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados. | 45,5 | 30,9 | 10,9 | 9,1 | 3,6 | 100,0 |

BASE DE DADOS: 110 alunos

NOTA: 1. Discordo Totalmente 2. Discordo Parcialmente 3. Nem discordo, nem concordo 4. Concordo Parcialmente 5. Concordo Totalmente

Destaque em VERMELHO → Itens com sentido contrário aos demais (questão invertida)

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA

| Item | Questão | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Não concordo e nem discordo | Concordo parcialmente | Concordo totalmente |
|------|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica. | | | | | |
| 2 | Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados. | | | | | |
| 3 | Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele. | | | | | |
| 4 | Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente | | | | | |
| 5 | Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica. | | | | | |
| 6 | O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual. | | | | | |
| 7 | A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença. | | | | | |
| 8 | Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta. | | | | | |
| 9 | Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave. | | | | | |
| 10 | As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese. | | | | | |
| 11 | Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente. | | | | | |
| 12 | Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta. | | | | | |
| 13 | As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica. | | | | | |
| 14 | Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas. | | | | | |
| 15 | Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta. | | | | | |
| 16 | Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 17 | Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente. | | | | | |
| 18 | As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados. | | | | | |
| 19 | Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde. | | | | | |
| 20 | Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo. | | | | | |
| 21 | As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados | | | | | |

ANEXO B – MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE

Mapa da Empatia em Saúde

Estudante: _____ Período: _____
 Pessoa atendida (iniciais): _____ Idade: _____ Gênero: _____ Data: __/__/__

Instruções: Após realizar o atendimento, preencha o Mapa da Empatia em Saúde na ordem numérica apresentada. Registre suas impressões e sentimentos a respeito da situação atual desta pessoa.

1. O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? [Tomada de Perspectiva]

2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? [Tomada de Perspectiva]



3. Como me sinto conhecendo a história desta pessoa? [Compartilhamento emocional]

4. Como posso ajudar esta pessoa?
[Preocupação empática]

Ao final do preenchimento, complete o desenho do “rosto” ao centro, de modo a demonstrar a imagem que melhor expresse os sentimentos predominantes dessa pessoa (veja exemplos abaixo). Fique à vontade para citar outros sentimentos:


Alegria


Tristeza


Medo


Surpresa


Raiva


Indiferença

ANEXO C – INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO DA EMPATIA CLÍNICA DEMONSTRADA

INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO DA EMPATIA CLÍNICA DEMONSTRADA

| Quadrantes do MES | CARACTERÍSTICA DA RESPOSTA | Pontos/Presença |
|--|---|---------------------|
| Q1: O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa | Avalia a transposição imaginária (empatia estendida) | () não () sim |
| | A resposta deve indicar que o estudante se colocou no lugar do paciente e refletiu sobre seus sentimentos caso estivesse no lugar do paciente | |
| Q2: Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? | Avalia as dimensões PERCEBIDAS sobre as necessidades do paciente | () 0-não () 1-sim |
| | Dimensão Biomédica: a resposta demonstra que o estudante identificou as necessidades do paciente relacionadas à doença e/ou aspectos biomédicos. | |
| | Dimensão Afetiva: a resposta demonstra que o estudante identificou as necessidades afetivas e/ou emocionais do paciente. | |
| | Dimensão Social: a resposta demonstra que o estudante identificou as necessidades do paciente relacionadas ao seu contexto social e/ou familiar. | |
| | TOTAL (pts) | |
| Q3: Como me sinto conhecendo a história desta pessoa? | Avalia a ressonância corporal (empatia primária) | () não () sim |
| | A resposta indica que o estudante descreveu seus sentimentos ao conhecer a história do paciente | |
| Q4: Como posso ajudar esta pessoa? | Avalia a CONDUTA diante das dimensões percebidas pelo estudante | () 0-não () 1-sim |
| | Dimensão Biomédica: a resposta demonstra que o estudante propõe conduta(s) direcionada(s) à abordagem da doença e/ou aspectos biomédicos. | |
| | Dimensão Afetiva: a resposta demonstra que o estudante propõe conduta(s) direcionada(s) à abordagem dos aspectos afetivos e/ou emocionais do paciente. | |
| | Dimensão Social: a resposta demonstra que o estudante propõe conduta(s) direcionada(s) ao contexto social e/ou familiar do paciente. | |
| | TOTAL (pts) | |

NOTA: Deverá ser considerada, separadamente, a somatória da pontuação obtida no quadrante Q2 e no Q4, conforme definições no quadro abaixo e, em seguida, efetuar a **categorização da dimensão empática**.

| Pontuação-dimensão / quadrante | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| | Pré dimensional | Empatia unidimensional | Empatia bidimensional | Empatia multidimensional |
| Q2 | Não identifica nenhuma necessidade do paciente | As respostas consideram apenas uma das dimensões do processo de adoecimento do paciente. | As respostas consideram duas das dimensões do processo de adoecimento do paciente | As respostas consideram três das dimensões do processo de adoecimento do paciente |
| Q4 | A conduta não aborda nenhuma dimensão | A conduta aborda apenas uma das dimensões | A conduta aborda duas dimensões | A conduta aborda as três dimensões |
| Razão Q2/Q4 | Q2 > Q4 | Q2 = Q4 | Q2 < Q4 | |
| | Não aborda na conduta todas as necessidades percebidas | Aborda em sua conduta todas as necessidades percebidas | Aborda em sua conduta mais necessidades do que as percebidas | |

| CATEGORIZAÇÃO DA EMPATIA CLÍNICA | | |
|----------------------------------|----------------------|-----------------|
| DIMENSÃO | | RELAÇÃO Q2 / Q4 |
| Q2 | Q4 | |
| () UNIDIMENSIONAL | () UNIDIMENSIONAL | () Q2 = Q4 |
| () BIDIMENSIONAL | () BIDIMENSIONAL | () Q2 < Q4 |
| () MULTIDIMENSIONAL | () MULTIDIMENSIONAL | () Q2 > Q4 |