Graziela Moreto

**Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma
universidade na cidade de São Paulo utilizando dois
instrumentos.**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências**

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo

**Coorientador: Prof Dr. Itamar de Souza
Santos**

São Paulo

2015

Graziela Moreto

Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma
universidade na cidade de São Paulo utilizando dois
instrumentos.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo

Coorientador: Prof Dr. Itamar de Souza Santos

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Moreto, Graziela

Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos / Graziela Moreto. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Paulo Andrade Lotufo.

Coorientador: Itamar de Souza Santos.

Descritores: 1.Empatia 2.Estudantes de medicina 3.Educação médica
4.Humanismo 5.Relações médico-paciente 6.Questionários

USP/FM/DBD-002/15

*Aos meus queridos pais, Nilton e Dulcinéa
que me ensinaram e ensinam valores fundamentais para
oferecer um cuidado humanizado aos meus pacientes.*

*Ao Douglas, irmão querido,
pela sua calma e serenidade tão importantes
para enfrentar os desafios da Medicina
e da própria vida.*

Agradecimentos

Ao estimado Professor Doutor Paulo Andrade Lotufo, por oferecer a oportunidade de realizar esse projeto de pesquisa.

Ao Professor Doutor Itamar de Souza Santos, pela paciência em me ensinar a fazer e interpretar toda a análise estatística da pesquisa.

Ao querido Professor Doutor Pablo González Blasco, amigo e grande mestre, que sempre acreditou no meu potencial, muitas vezes mais do que eu mesma, e que com seu exemplo me estimula a ser uma médica melhor a cada dia.

Ao estimado amigo Padre Leo Pessini, pelo seu carinho e apoio que foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

Aos queridos amigos Marcelo, Marco Aurélio, Rosana, Pedro, Jaqueline e Carla que alimentam meu ideal de uma Medicina Humanizada.

A minha mais nova irmã, Eliana, pela disponibilidade em ler minha tese com tanto carinho e atenção.

À família SOBRAMFA, que torna o ideal da Humanização da Medicina, e dos médicos, em realidade.

Normalização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

Sumário

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1.MOTIVAÇÃO INICIAL: O PACIENTE.....	2
1.2 DOENÇAS, DOENTES E MÉDICOS.....	3
1.3 PROFISSIONALISMO E REFLEXÃO	7
1.4 ENSINO MÉDICO	12
1.5. A HUMANIZAÇÃO: UMA NECESSIDADE A SER CONTEMPLADA	17
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E JUSTIFICATIVAS	20
2.1 O QUE SE ENTENDE POR EMPATIA?	21
2.2 EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	24
2.3 EMPATIA NO ENSINO MÉDICO.....	26
2.4 INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DA EMPATIA.....	27
2.5 EVOLUÇÃO DA EMPATIA ENTRE OS ESTUDANTES DE MEDICINA	29
2.6 O PROJETO	29
3. OBJETIVOS	31
3.1. OBJETIVO GERAL.....	32
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4. METODOLOGIA	33
4.1 CENÁRIO	34
4.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DE EMPATIA	34
4.3 AMOSTRA E DESENHO DO ESTUDO.....	36
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO.....	50
6.1 DIMENSÃO COGNITIVA DA EMPATIA DURANTE O CURSO MÉDICO	51
6.2 EMPATIA E DIFERENÇAS COM RELAÇÃO AO GÊNERO E ESPECIALIDADE PRETENDIDA	55
6.2.1. <i>Mulheres e sua influência sobre a empatia</i>	55
6.2.2 <i>Influência da especialidade pretendida no escore da empatia</i>	58
6.3 AFETIVIDADE DO ESTUDANTE DURANTE O CURSO MÉDICO	60
6.3.1 <i>Diferenças entre afetividade, sentimento e emoção</i>	61
6.3.2 <i>O aluno e suas emoções.</i>	67
6.3.3 <i>Educando a afetividade para promover Empatia</i>	71
6.4 POSSÍVEIS MÉTODOS DE INTERVENÇÃO	76
6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	80
6.5.1 <i>Instrumento utilizado</i>	80
6.5.2 <i>Análise estatística</i>	81
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8. ANEXOS.....	89
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

Lista de siglas

ABIM	American Board of Internal Medicine
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
ACP-ASIM	American College of Physician – American Society of Internal Medicine
CARE	Consultation and Relational Empathy
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal
FHCS	Four Habits Coding Scheme
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
Sd	Desvio Padrão
VUNESP	Vestibular da Universidade Estadual Paulista

Lista de tabelas

Tabela 1: Classificação das especialidades conforme grupo	37
Tabela 2: Amostra de alunos envolvidos no estudo.....	40
Tabela 3. Análise dados sócio demográfico de acordo com o ano de graduação.....	41
Tabela 4: Escores das escalas de empatia e média padronizada.....	41
Tabela 5. Comparação dos escores de empatia de acordo com o ano de graduação.....	42
Tabela 6. Comparação dos escores de empatia padronizados de acordo com o ano de graduação	43
Tabela 7. Comparação dos escores de empatia com relação ao gênero.....	44
Tabela 8. Comparação dos escores de empatia padronizados com relação ao gênero	44
Tabela 9. Comparação dos escores de empatia com relação ao financiamento	45
Tabela 10. Comparação dos escores de empatia com relação à especialidade	45
Tabela 11. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na JSPE	46
Tabela 12. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI.....	47
Tabela 13. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI afetiva.....	48
Tabela 14. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI cognitiva.....	49

Resumo

Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015

Objetivo: avaliar o grau de empatia dos estudantes de medicina e suas mudanças durante o curso médico de uma Faculdade na cidade de São Paulo, Brasil. **Método:** Estudo descritivo, comparativo e transversal. Amostra não aleatória de 296 alunos. O estudo foi conduzido de Setembro até Dezembro de 2013. A avaliação da empatia foi realizada usando a escala de empatia médica de Jefferson (JSPE) na versão para estudantes de medicina, e a escala multidimensional de reatividade interpessoal de Davis (EMRI) na versão validade e adaptada no Brasil. Ambas escalas foram aplicadas simultaneamente a cada aluno. A JSPE contém 20 itens que são respondidos de acordo com a variante de escala de Likert de sete pontos (Concordo = 7 / Discordo = 1). Esta escala avalia atributos cognitivos da empatia. A EMRI contém 21 itens que são respondidos de acordo com a escala de Likert de cinco pontos (Descreve-me muito bem = 5 / Não me descreve muito bem = 1). Esta escala avalia tanto componentes cognitivos quanto afetivos da empatia. Os alunos foram divididos em três grupos de acordo com o ano da graduação: o grupo básico (1º e 2º ano), grupo clínico (3º e 4º ano) e o grupo do internato (5º e 6º ano), e foram comparados os escores de empatia entre os três grupos. **Resultados:** Ao aplicar JSPE não houve uma diferença significativa quando comparado o escore entre os 3 grupos. Por outro lado ao aplicar a EMRI foi identificado um escore de empatia significativamente menor no grupo do internato quando avaliado o componente afetivo ($p < 0,01$). Tanto na JSPE quanto na EMRI, as mulheres obtiveram os melhores escores de empatia ($p < 0,01$) quando comparada aos homens. Os alunos que

pretendiam seguir especialidade clínica obtiveram escore de empatia maior quando comparada com especialidade cirúrgica utilizando tanto a JSPE ($p=0,05$) quanto a EMRI ($p<0,01$). **Conclusões:** O nível de empatia pode mudar e, neste caso, a dimensão afetiva é a mais afetada durante o curso médico. A identificação desta erosão afetiva mostra a necessidade de elaborar estratégias educacionais efetivas que possam contribuir para uma boa formação do futuro profissional médico

Descritores: 1.Empatia 2.Estudantes de medicina 3.Educação médica 4.Humanismo
5.Relações médico-paciente 6.Questionários

Summary

Moreto G. Evaluating empathy in undergraduate medical students from a University in São Paulo using two questionnaires [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015

Purpose: This study was designed to examine changes in medical students' empathy during medical school in São Paulo, Brazil. **Method:** Descriptive, comparative and cross-sectional study. Not randomized sample of 296 students. The study was conducted from September to December 2013. The empathy evaluation was performed using the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), version for medical students, and the Davis's multidimensional Interpersonal Reactivity Index (EMRI), both of them being applied simultaneously to each student. The JSPE contains 20 items that are answered according to the scale of Likert variant of seven points (7= completely in agreement / 1= completely in disagreement). It is important to emphasize that this scale assesses cognitive attributes of empathy. The EMRI contains 21 items that are answered according to the scale of Likert variant of five points (5= describe me very well / 1= not describe me very well). This scale assesses cognitive and affective attributes of empathy. The students were divided into three groups, according to the year of professional career: the Basic Group (1st and 2nd year), the Clinical Group (3rd and 4th year) and the Clerkship group (5th and 6th year). The score of empathy between the three groups was compared. **Results:** The JSPE scores were similar among the students from the Basic, Clinical and Clerkship groups ($p=0.53$). On the other hand, the affective dimension of EMRI revealed a significantly lower score in the Clerkship Group ($p<0.01$). Women obtained better scores for empathy compared to men, in both scales ($p<0.01$). Students who intended to follow clinical careers had higher empathy scores

when compared to those who intended to follow surgical careers so when applied to JSPE ($p = 0.05$) as the EMRI ($p < 0.01$). **Conclusions:** The level of empathy can change and in this case, the affective dimension is most affected during medical school. The identification of affective erosion support the need to develop effective educational strategies that contribute to a good training medical professional future

Descriptors: 1. Empathy 2. Medical Students 3. Medical Education 4. Humanism
5. Physician-Patient Relations 6. Questionnaires

1. INTRODUÇÃO

«Onde há amor ao homem, há amor à arte.»
Corpus Hippocraticum (precepto 6)

1.1.Motivação inicial: o paciente.

Desde os anos de graduação sempre tive a preocupação em oferecer um bom atendimento aos meus futuros pacientes. Para alcançar tal objetivo acreditava que o conhecimento técnico científico aprendido durante os seis anos da faculdade seriam suficientes para ser uma profissional de qualidade. No entanto, durante o meu último ano da graduação tive uma experiência única: acompanhar o falecimento de um paciente. Nesse momento aprendi que para ser um bom médico e, para cuidar dos pacientes e da família até o final, são necessárias habilidades, bem como uma postura que vai muito além do conhecimento técnico oferecido durante os anos de graduação. Isso é o que chamamos de ARTE médica, um conhecimento além das doenças, o conhecimento da pessoa que padece daquela doença, pois cada pessoa vivencia a doença de maneira única e de acordo com seu ser pessoal.

A medicina é ciência e arte. Uma arte científica, se preferirmos. Nos dizeres do médico e filósofo americano Edmund D. Pellegrino, a medicina é “*a mais científica das humanidades e a mais humana das ciências*” (SANTIAGO, 2014). A vertente científica da medicina não é fácil de esquecer: os progressos diários da técnica e os avanços diagnósticos e terapêuticos encarregam-se de nos lembrar que, os médicos são, sem dúvida, cientistas. No entanto, a outra vertente, não menos importante - o componente artístico – é colocado em segundo plano, tanto durante o período da graduação quanto no dia a dia da prática médica.

Ser médico é, antes de tudo, uma harmonia proporcional de ciência e arte em pesos equivalentes. As anomalias que hipertrofiam um aspecto em detrimento do outro não tem como resultado apenas a baixa qualidade do profissional médico, mas atingem a sua própria essência (BLASCO, 2012).

A medicina, dizem alguns autores é como um sofá (MENDEL, 1991): A ciência é uma das pernas da poltrona; as outras são: a sabedoria, a experiência e o trato com o paciente. Não é possível sentar-se num sofá de uma só perna.

Aprender a colocar o doente em primeiro lugar, atuar com perspectiva humanística, melhorar a visão holística da prática clínica, crescer no modo de relacionar-se com o paciente e com a família são valores desejáveis para qualquer médico. (BLASCO, 2012).

Pode-se saber mais ou menos, pode-se conhecer as novidades técnicas com defasagem de minutos ou em ritmo mais demorado, mas o ponto crucial é como este conhecimento é aplicado e como ele chega até o paciente, para beneficiá-lo. Esta atitude e esta postura compõem a arte médica que, embora condicionada pela quantidade proveniente da técnica, encontra na qualidade da pessoa do médico o dispositivo regulador.

1.2 Doenças, Doentes e Médicos.

MC WHINNEY (1997) afirma: conhecemos a pessoa antes de conhecer a doença. Desta forma os recursos naturalmente utilizados para conhecer pessoas devem fazer parte dos modos e do instrumental do médico. Podemos citar aqui aspectos pouco concretos e de difícil mensuração, tais como a intuição, as emoções – próprias e alheias

– e as variadas vertentes que levam à **empatia**¹ e à compreensão entre os seres humanos.

KLEINMAN et al. (1978), abordam esta questão, apontando a distinção importantíssima entre a doença (disease) por um lado, e o estar doente, a vivência da doença por parte do paciente (illness) por outro. A doença é da competência das ciências médicas, da patologia, da fisiopatologia e da terapêutica, que apontarão as possíveis soluções. Mas a vivência tem uma relação com o mundo do paciente que sente e vive a doença. Um universo onde é preciso penetrar para poder lidar –e cuidar- de alguém que é acometido por uma moléstia.

A questão da qualidade do atendimento médico e a satisfação do paciente é tema presente no cenário da saúde – assistência médica e na academia. Atuando no serviço privado de saúde no cenário ambulatorial e hospitalar, com frequência nos deparamos com a insatisfação dos pacientes. Durante a consulta, alguns pacientes “gastam” mais tempo reclamando dos atendimentos anteriores do que com a queixa atual.

Na literatura sobre o tema da satisfação do paciente há um número muito pequeno de artigos no período de 1960 a 1970. No entanto, entre 1980 e 1996 há um aumento significativo nas publicações referente a esse tema (THIEDKE, 2007). Este aumento pode ser justificado por um aumento natural da pesquisa médica de uma maneira geral, ou devido à necessidade de avaliar os fatores envolvidos na satisfação do paciente.

Devemos ressaltar que as pesquisas realizadas sobre a satisfação do paciente têm como objetivo avaliar como o mesmo se sente referente à **qualidade** do cuidado recebido. Esta tem sido medida através da combinação entre: 1) Expectativas dos

¹ Ressaltamos o termo por ser a empatia o tema de pesquisa do presente estudo e será abordado com detalhes no capítulo Revisão Bibliográfica e Justificativa.

pacientes antes da consulta, 2) Experiência vivenciada com o encontro médico e sua influência na resolução da queixa que levou o paciente à consulta. Alguns outros fatores foram pontuados como importantes para a satisfação do paciente. Dentre eles podemos citar:

- Capacidade do médico de identificar as expectativas, muitas vezes implícitas do paciente (RAO et al, 2000). Ao perguntar aos pacientes sobre suas expectativas referente ao seu médico, os mesmos esperam que ele seja confiável, humano, respeitoso e **empático** (BENDAPUDI et al, 2006);
- Capacidade de comunicação médico-paciente positiva e de tratar o mesmo com dignidade (SHAW et al, 2005);
- Satisfação profissional do médico. Foi identificado uma correlação positiva entre os médicos que reportaram satisfação profissional com a satisfação dos seus pacientes (HASS et al, 2000).

Vale a pena comentar que há estudos sobre a dinâmica da consulta médica onde os elementos acima citados referente à satisfação do paciente são abordados. Um dos estudos (LANGEWITZ et al 2002) considerou em 335 entrevistas gravadas o tempo de resposta a seguinte pergunta do médico: “o que lhe trouxe a esta consulta hoje?”. Este estudo constatou que o tempo médio em que um paciente consegue falar sem interrupção do médico é de 92 segundos. Além disso, 77% dos pacientes utilizam 2 minutos para contar “todos os problemas”, e somente 2% falam por mais de 5 minutos. Este estudo concluiu que 80% dos pacientes conseguem em 2 minutos apontar os motivos que lhe trouxeram até a consulta. Em outros dois estudos, o foco do estudo foi o médico. Num deles (BECKMAN e FRANKEL, 1984) aponta que o médico interrompe o paciente ,em média, em 18 segundos, desistindo, o paciente de continuar referindo os motivos que lhe trouxeram a consulta. Outro estudo, conduzida por

médicos de família (MARVEL et al, 1999), mostrou que o tempo de redirecionamento da consulta isto é, interromper o paciente para lhe perguntar outra coisa, é de 23 segundos. Em resumo: temos de aprender a ouvir o paciente.

Na obra *Proper Doctoring*, o dr. David MENDEL (1991) comenta sobre as expectativas do paciente durante uma consulta e a postura médica:

Os pacientes querem ser escutados e ver que há interesse por eles; querem que o médico procure entender o que pensam, o que sentem, mesmo que não saibam expressá-lo. O médico tem de saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Este tipo de relação é impossível se o médico está convencido de ser uma estrela e que, ao paciente, caberia apenas admirá-lo. Todos temos a inclinação de pensar que somos o centro do Universo.

Aprofundando a questão da satisfação do médico, FAIRBURST e MAY (2006) identificaram alguns fatores que influenciam na satisfação do profissional. Dentre eles estão o relacionamento interpessoal entre médico e paciente, o cuidado do paciente como pessoa e o próprio crescimento do médico, o qual pode alcançado através das experiências com seus pacientes. Desta forma, para atingir a satisfação real, não basta fazer um diagnóstico brilhante ou instituir um tratamento adequado, é necessário fazer a diferença na vida dos nossos pacientes além de nos tornarmos melhores pessoas.

Ainda há contradições na literatura com relação a avaliação da satisfação do paciente. No entanto, existe uma razão para continuar estudos nessa área: aqueles pacientes que estão satisfeitos com o atendimento médico tem uma melhora no seu estado de saúde (KROENKE e JACKSON, 1998).

1.3 Profissionalismo e Reflexão

Nos dias de hoje uma terminologia muito utilizada para caracterizar a qualidade médica é o **profissionalismo**. A palavra de origem inglesa – *professionalism* – designa um movimento de caráter ético que se originou no meio acadêmico dos EUA na década de oitenta pelo qual definiram os elementos essenciais de uma prática médica de excelência (BORREL et al, 2006). Contempla aspectos como a reflexão sobre os valores da profissão, a atuação profissional correta e suas implicações curriculares na graduação e pós graduação.

A partir da década de 1980, o *American Board of Internal Medicine* (ABIM) reconheceu as qualidades humanísticas, incluindo integridade, respeito e compaixão, como um componente formal da competência clínica. A partir de então, com o desenvolvimento do Projeto Profissionalismo, o ABIM definiu profissionalismo como um conjunto de princípios e compromissos para: melhorar os resultados clínicos na saúde do paciente; maximizar a autonomia do paciente; criar relações caracterizadas pela integridade, pela prática ética, pela justiça social e pelo trabalho em equipe. Certamente, a formação de profissionais que cumpram esses requisitos passa pela incorporação e/ou reforço de algumas atitudes pessoais como altruísmo, responsabilidade, excelência, aceitação e compromisso com o trabalho, honra, integridade e respeito para os outros e inclui a aquisição de elevados padrões éticos.

De acordo com SWICK (2000), profissionalismo médico diz respeito a um profissional não apenas com excelência quanto à formação técnica, mas também com comportamentos que denotem a aquisição de valores humanísticos, tais como: observar altos padrões morais e éticos; demonstrar compromisso contínuo com a excelência; buscar a excelência por meio da contínua aquisição de conhecimento e desenvolvimento

de novas habilidades; lidar adequadamente com altos graus de incerteza e complexidade; demonstrar valores humanísticos como empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; lealdade e respeito pelo outros; e, finalmente, refletir sobre decisões e ações.

Tendo a reflexão como um ponto importante dentro do profissionalismo, BORREL et al (2006) apontam que o grande desafio do profissionalismo está na mudança continua na forma como reagimos e sentimos, pois com o tempo, temos a tendência a “engessar” e simplificar os nossos modelos de resposta a situações de conflito.

Algumas instituições como a ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine e ACGME além de pesquisadores como STEINERT et al, (2005) enumeram aspectos fundamentais do profissionalismo:

- Ter competência técnica para oferecer ao paciente o que há de melhor na ciência médica;
- Ser honesto com o paciente;
- Manter confidencialidade;
- Ter comprometimento pessoal com o paciente;
- Proporcionar melhor acessibilidade ao paciente;
- **Ter atitude empática**², compreensiva e compassiva;
- Ter autoconhecimento dos pontos fortes e fracos;
- Manter confiança do paciente;
- Ter responsabilidade profissional.

² Além de ser um dos componentes do profissionalismo, ressaltamos este aspecto por ser a empatia o tema de pesquisa do presente estudo.

VAN DE CAMP (2004) enumera 90 elementos relacionados com o profissionalismo. Dentre eles estão o altruísmo, respeito, integridade, conduta ética, capacidade de aprendizagem com a prática médica, honestidade, compaixão, responsabilidade, moralidade, habilidade interpessoal, humildade, maturidade, capacidade de comunicação, motivação, conhecimento dos seus limites, resposta ao stress dentre outros.

Outra abordagem sobre o profissionalismo é feita por BORREL (2004) e EPSTEIN (2004 e 2006) através de **hábitos** que são fundamentais na prática de um profissional de excelência :

1) Hábitos de comunicação e relacionamento humano (com paciente, familiares de pacientes, colegas de trabalho):

- Cordialidades, Respeito;
- Capacidade de controlar a própria ansiedade e as oscilações do estado de ânimo. Ter paciência, **empatia**³ e compaixão;
- Percepção do outro como pessoa;
- Compromisso com o cuidado clínico do paciente e seu sofrimento.

2) Hábitos de Reflexão e Estudo

- Contemplar a situação clínica sob a perspectiva do paciente;
- Permitir ter surpresas durante a prática clínica;
- Questionar sobre a própria atuação deve ser realizada com certa frequência pelo profissional:
 - Estou fazendo todos os procedimentos possíveis e necessários?

³ Ressaltamos este hábito por ser a empatia tema de pesquisa do presente estudo

- Algo pode estar influenciando na minha capacidade de concentração durante a consulta clínica?
- Estou suficientemente presente e bem disposto para atender este paciente?
- O que diria um bom médico sobre o atendimento que estou realizando?
- Existe algum dado relevante que estou omitindo, ou alguma questão ética?
- Estou estudando de maneira periódica para oferecer o melhor cuidado ao meu paciente?

Não podemos deixar de abordar outro tema que está intimamente relacionado com o profissionalismo e reflexão que é o **mindfulness**. Segundo BROWN e RYAN, 2003 (APUD JAVIER, 2008) mindfulness está relacionado com a capacidade de concentração na tarefa desempenhada sem que a mente divague sobre experiências do passado ou preocupações futuras.

Nos dizeres de EPSTEIN, 1999, mindfulness é a extensão lógica de uma prática reflexiva. Embora a origem do termo seja de tradição filosófica-religiosa (SUSUKI, 1980; STRENG, 1967 ; NHAT, 1992) podemos encontrar uma atuação pragmática (LANGER, 1989) onde ação, cognição, memória e emoção estão inter-relacionadas. O objetivo de uma prática “*mindful*” é desenvolver habilidades para adquirir auto conhecimento, ser capaz de ouvir atentamente os pacientes, tornar-se flexível, reconhecer preconceitos e desta forma agir com compaixão e princípios (EPSTEIN, 1999).

O primeiro passo para tentar ensinar humanismo aos outros é definir o perfil do que seja humanismo e saber de que humanismo estamos falando. O humanismo surge como uma fonte a mais de conhecimentos para o médico, como uma ferramenta de trabalho imprescindível, que é tão importante – não mais nem menos – como os muitos outros conhecimentos e habilidades que adquire na escola médica. O humanismo, para o médico, consiste essencialmente em adotar uma postura reflexiva no seu atuar, adotar um verdadeiro exercício filosófico da profissão, independente de qual seja o seu foco particular de atuação como médico (DECOURT, 2000).

Diante das características expostas acima, é importante ressaltar que o profissionalismo é algo mais que puramente desenvolver técnicas de comunicação ou seguir código de ética médica. O profissional tem que aprender a escutar suas próprias emoções e amenizar as reações negativas. Desta forma, o profissionalismo contempla educação de valores (BORREL, 2006).

Um estudo publicado em 1985 (SADE, 1985) confeccionou uma lista de 87 características de um bom médico mesclando o grau de importância –o quanto um médico precisa dessas características para a excelência- com a facilidade ou não de serem ensinadas, de se intervir no processo durante os anos acadêmicos. A título de exemplo, o autor - cirurgião, por sinal - diz que durante anos de formação na faculdade é possível ensinar os alunos como se pratica uma laparotomia, mas não tem certeza de sucesso quando o que pretende é ensinar a sorrir educadamente para o paciente. O resultado, elegante e sugestivo, é uma lista ordenada pela importância e pela dificuldade de ensinar cada característica . No alto da lista figuram as características que estão diretamente relacionadas com empatia: compreensão das pessoas, motivação e idealismo, compaixão, vontade de ajudar, entusiasmo pela medicina e dedicação pelo

seu trabalho. Todas essas características foram consideradas muito importantes, mas difíceis de serem ensinadas.

Este estudo introduz o tema sobre a formação do profissional de qualidade. Abordaremos com detalhes a questão do ensino médico na seção 1.4.

1.4 Ensino médico

Os anos finais do século XIX e início do XX eram momentos em que a educação dos médicos norte-americanos distava muito do ideal de qualidade, por não acompanhar na prática o progresso real das ciências afins. Os fundadores da escola médica John Hopkins (1889) – William Osler, Halsted, Hurd, Welch, Kelly – perseguiram um objetivo claro: estabelecer a formação acadêmica dos médicos em bases científicas. Com esse novo modelo de excelência e inspirado também nas Faculdades de Medicina da Alemanha, Flexner elabora o seu informe em 1910, que será ponto de partida de uma revolução na reforma da educação médica. As faculdades de Medicina serão, deste ponto em diante, regidas por cientistas e pesquisadores, profundos conhecedores do campo de pesquisa em que estavam especializados. Era o início da era da especialização no ensino médico, na tentativa – bem sucedida – de garantir a qualidade dos futuros médicos. O médico generalista tinha seus dias contados na Academia.

A reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis de qualidade. E com eles vieram, como tributo necessário, algumas perdas. A fragmentação do saber médico, instalada como recurso de progresso científico na própria academia, acarretou a conseqüente fragmentação da relação médico–paciente: dependendo da doença que acometesse o paciente, seria um ou outro médico quem cuidaria dele. Dividia-se a Ciência Médica para melhor conhecê-la, dominá-la e ensiná-la. E nessa divisão o paciente foi naturalmente atingido. O próprio Flexner reconhecia que, dentro do muito

que se tinha ganhado com a reforma, estava começando a perder-se algo importante: o sentido de integração do paciente e da doença, a verdadeira arte médica.

Além da fragmentação do saber médico durante o processo de formação percebemos também que o aluno é exposto a uma quantidade enorme de informação científica que monopoliza o tempo educacional, e raramente deixa espaço para abordar questões relativas à compreensão das expectativas do paciente, e a relação médico-paciente que essa realidade deveria implicar. Para oferecer um atendimento/cuidado de qualidade é necessário desenvolver habilidades que ajudem o médico a conhecer não só a doença, mas também a compreender o ser humano que está doente. Dentre essas habilidades a empatia tem se mostrado fundamental.

O estudante de medicina sai das escolas médicas com conhecimentos impressionantes sobre os variados aspectos da ciência médica, porém lhe falta a capacidade de integrar conhecimentos. Muito além disso lhe falta um conhecimento vital: A arte médica, ou seja, saber conhecer quem é o paciente por trás da doença.

Formar o médico adequado, competente, atualizado, com bagagem científica e postura profissional é o desafio que o início do século XXI coloca às instituições universitárias. A necessidade desse profissional é explicitada amplamente no cenário universitário.

Vale a pena uma pausa para uma reflexão sobre as seguintes perguntas: Qual a missão da Universidade? Qual deve ser a essência da educação oferecida pela Universidade? Segundo o filósofo espanhol ORTEGA Y GASSET (1930), a educação universitária consiste em ensinar uma profissão e promover a investigação científica, preparando futuros pesquisadores. Profissionalismo e pesquisa científica compõem o duplo objetivo da formação universitária.

Nos dias de hoje, frente ao grande volume de conhecimentos existentes, há uma escassez de tempo a qual conduz, inevitavelmente, a fazer uma escolha do que realmente poderá ser ensinado durante os anos de formação universitária. Torna-se preciso delimitar o que se pode ensinar e o que os estudantes têm de saber, através da definição de prioridades. Seria preciso se perguntar se é realmente necessário abordar todos os progressos ou ater-se, de modo realista, aos conhecimentos que um médico não pode deixar de saber para graduar-se de modo competente (PRADO, 2012).

Neste ponto, a contribuição de ORTEGA é clara: “A universidade deve ser a projeção institucional do estudante”. O que equivale a dizer que são as necessidades do estudante o fator que definirá as prioridades, e com elas o corpo de conhecimentos que deverá ser oferecido pela universidade. A universidade é para os estudantes, não para os professores. Assim foi na sua origem e este princípio é a alma do espírito universitário: estudantes que pedem ajuda para serem formados. A organização curricular universitária não deve, pois, partir do volume do saber (tudo o que se poderia ensinar), nem mesmo dos professores (do que eles sabem, do que particularmente consideram importante, ou dos conhecimentos que significativamente dominam), mas sim das necessidades do aluno que Ortega resume em dois princípios básicos. O primeiro é atender o que é estritamente necessário para a vida efetiva do homem que hoje é estudante e amanhã será um profissional. O segundo, ainda mais restritivo no estabelecimento de prioridades, consiste em escolher dentre estes conhecimentos aqueles que de fato o estudante é capaz de aprender com eficácia.

Na tentativa de sistematizar as várias dimensões necessárias para uma atuação competente do médico, STANGE et al (2000) comentam um modelo que denominam os quatro quadrantes do conhecimento (Figura 1): conhecimento de evidências

científicas, conhecimento da comunidade e sistemas de saúde, conhecimento do paciente e conhecimento próprio facilitado pela reflexão.

Figura 1: Representação gráfica dos quatro quadrantes do conhecimento médico

Por um lado, posicionam os quadrantes referentes à realidade que chamam externa. No primeiro dos quadrantes externos (que denominaremos Quadrante 3), situam o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas e avanços científicos, a informação acurada que um médico tem de possuir, assim como os critérios para avaliar essa informação e manter-se atualizado nas suas competências de conhecimento. No segundo quadrante externo (que denominaremos Quadrante 4), os autores situam a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no Quadrante 3 na população que esse médico deve atender e cuidar. É o local onde são situados os sistemas de saúde no seu aspecto organizacional – seja

público ou privado – que permitem estabelecer prioridades na abordagem das doenças. O conhecimento correspondente a esse Quadrante 4 diz respeito aos estudos epidemiológicos, sociológicos e de saúde pública, assim como o proveniente das políticas de saúde. De modo simples, o Quadrante 4 traz para o médico a ciência de como devem ser utilizados os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no Quadrante 3, para a população concreta com a qual está lidando.

Por outro lado, situam os quadrantes referentes à realidade denominada interna. Um quadrante (que denominaremos Quadrante 2) é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença. Seria, em palavras simples, o mundo do paciente, e como ele vivencia a sua própria doença. O último quadrante (chamaremos Quadrante 1) refere-se ao conhecimento do médico sobre si mesmo, por meio de uma postura habitual de reflexão, atitude que se denomina de prática reflexiva (*reflective practice*). Inclui-se no Quadrante 1 o conhecimento que o médico adquire por meio da reflexão sobre as experiências e como incorpora, na prática e na construção da sua identidade profissional, todos os conhecimentos que lhe chegam dos outros quadrantes. A integração desses quatro quadrantes constitui a base do método clínico centrado no paciente.

Em nosso meio, conforme demonstram as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Medicina, elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior homologadas em junho de 2014, a preocupação dos educadores brasileiros para a formação de profissionais “humanizados” também é uma realidade. As DCNs recomendam a formação de um profissional capaz de atuar de acordo com uma visão biopsicossocial que leva em consideração as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. O perfil almejado

do formando egresso/profissional é um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Para cumprir seu intento, os conteúdos curriculares devem contemplar não apenas as Ciências Biológicas e da Saúde, mas também as Ciências Humanas e Sociais. Assim, as questões referentes à humanização não foram esquecidas na elaboração das propostas das DCNs (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Apesar da liberdade garantida às instituições de ensino superior para compor sua grade curricular, organizar uma carga horária que permita a integralização dos currículos de forma a considerar todos esses aspectos tem se mostrado um desafio. Por outro lado, a formação ética inserida em um contexto amplo de profissionalismo passa não apenas pelo ensino de habilidades cognitivas, mas também pelo preparo para se lidar adequadamente com a dimensão emocional do ser humano, ou seja, vai além da aquisição de competências e habilidades específicas. Este é um desafio que requer criatividade.

1.5. A Humanização: uma necessidade a ser contemplada

A Humanização da medicina é tema cada vez mais presente e verdadeira preocupação dos Educadores na Academia. No entanto, alguns estudos têm identificado uma drástica transformação no estudante de medicina durante seu processo de formação. Nos primeiros anos a maioria dos estudantes está entusiasmada com o ideal de ser médico e são mais sensíveis ao sofrimento do paciente (KAY, 1990; SILVER, 1990; AUTHIER, 1986) . Durante o decorrer dos anos esse idealismo vai caindo no esquecimento e o estudante inicia o assim denominado processo de “desumanização”, onde o paciente passa a ter um papel secundário na prática médica.

A personalidade do médico, enraizada no ato humanitário, acaba por se dissolver entre pesquisas complexas de laboratórios, aparelhos em constante desenvolvimento

tecnológico, ações políticas e outras atividades, nas quais o paciente aparece como um personagem distante ou mesmo oculto (REGINATO et al, 2013).

Gregório Marañon (PRATS e BLASCO 2012), médico espanhol dos meados do século XX é outro exemplo de alguém que buscou agregar a sua prática atualizada e de rigor científico a uma devoção às humanidades que se concretiza no seu amor a história e as artes. Ao identificar as fontes do saber médico, colocava a literatura, as artes e a experiência extramédica no mesmo patamar que a anatomia patológica, a fisiopatologia, a etiologia e o conhecimento da realidade dos pacientes, que envolve desde o colóquio que nos introduz à sua intimidade até os métodos da semiologia tradicional e os testes laboratoriais (GALLIAN, 2002).

A aparente dicotomia entre humanismo e ciência médica é contestada por autores que afirmam ser o humanismo não uma entidade separada e isolada da Medicina e sim uma necessidade médica imprescindível, inerente à natureza da prática médica, a qual propicia a devida compreensão do paciente. Esse humanismo inclui o interesse pelo conhecimento da ética, do direito, da história e da literatura e o conhecimento acerca de valores, motivações e tradições relacionadas com a saúde e enfermidade humana. Considerar o humanismo uma entidade integradora permitirá a prática de uma medicina suficiente e adequada por favorecer a variabilidade humana, respeitar a individualidade dentro de um contexto social e de compreender de aspectos éticos (REGINATO, et al, 2013).

Nos dizeres de ORELLANA –PEÑA (2014), as humanidades estão relacionadas com aspectos éticos da prática clínica, habilidade de comunicação, sensibilidade e compaixão diante do sofrimento do outro.

Um novo humanismo médico se faz necessário para conseguir harmonizar os avanços científico-técnico com as necessidades reais dos pacientes. Utilizamos o termo

harmonizar e não equilibrar, pois não se trata de combater a técnica, mas harmonizá-la com o humanismo (BLASCO, 2013). Ensinar a entender o enfermo em toda sua dimensão humana e não somente setorialmente é o desafio principal que se coloca hoje na educação médica. É necessário desenvolver um profundo conhecimento da doença e da personalidade do paciente, utilizando o que a técnica é capaz de oferecer e a intimidade que a intuição profissional revela. Nisso consiste o novo humanismo médico capaz de harmonizar os cuidados que o paciente necessita (BLASCO, 2006). Desta forma o humanismo em medicina não é uma questão temperamental, é uma atitude científica, ponderada, fruto de um esforço de aprendizado contínuo (BLASCO, 2012).

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais estudadas na atualidade, é a pedra angular de um comportamento ético e humanizado e do profissionalismo médico. Em nosso meio, a empatia também tem sido considerada um elemento essencial em qualquer estratégia de humanização (COSTA et al, 2009) . Trata-se de uma qualidade pessoal necessária ao entendimento das experiências interiores e sentimentos dos pacientes. Representa a essência do relacionamento médico-paciente. Relacionamentos humanos interpessoais significativos são fundamentais a uma existência significativa. Desenvolver relacionamentos interpessoais significativos entre pacientes e médicos é importante até mesmo para o aperfeiçoamento dos resultados clínicos (HOJAT, et al, 2002) .

O tema da empatia, de singular importância, merece um aprofundamento que faremos a seguir.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E JUSTIFICATIVAS

2.1 O que se entende por empatia?

A palavra empatia tem origem grega *empathia* e significa apreciação aos sentimentos de outra pessoa. O termo inglês *empathy* foi introduzido em 1909 pelo psicólogo Edward Bradner Titchener com tradução proveniente da palavra alemã *Einfühlung*, utilizada para descrever os sentimentos de observadores que apreciavam uma obra de arte. Foi Titchener quem, em 1915, empregou o termo empatia para designar a capacidade de compreender outro ser humano. Somente após 1918 Elmer Ernest Southard utiliza o conceito de empatia para situá-lo no contexto da relação médico e paciente como um facilitador do diagnóstico e da terapêutica (HOJAT, 2007).

Antes de adentrar no conceito da empatia no contexto da relação médico paciente, vale a pena uma pausa para a compreensão do termo sob o ponto de vista filosófico. Nesse campo, não podemos deixar de citar o trabalho desenvolvido por Edith Stein (1891 – 1942), filósofa que desenvolveu sua tese doutoral sobre a empatia.

Segundo MACINTYRE (2008) a motivação principal de Edith Stein para pesquisar sobre o tema da empatia foi sua experiência como enfermeira durante a Primeira Guerra Mundial. Das suas reflexões sobre suas experiências como enfermeira nasce a sua preocupação pelo conhecimento do outro que inclui a compreensão do sentimento do outro, que é o carro chefe do tema da empatia.

O mesmo autor (MACINTYRE, 2008) no seu livro sobre a ação filosófica de Edith Stein, comenta que uma característica essencial da consciência empática é a consciência dos sentimentos dos outros. A relação que temos com os sentimentos dos outros é análoga à que temos com os nossos próprios sentimentos passados. Podemos chegar a reparar o que o outro está sentindo, mas não temos porque sentir o mesmo que ele. O mesmo ocorre quando nos lembramos dos nossos próprios sentimentos –mesmo

com clareza- não significa que sentiremos da mesma maneira como sentimos no passado. Um entendimento profundo, compreensão real, mas sem necessidade de incorporá-lo. Podemos compreender perfeitamente o que sentimos em determinada ocasião, mas não temos porque senti-lo igualmente neste momento atual.

É preciso cautela para afirmar que “estou me colocando no lugar do outro”. Sim, é possível fazer isso, mas com os nossos próprios padrões (nossos sentimentos, nossa reatividade, nossa compreensão da realidade vital, nossa própria história biográfica) e não com os dele, de modo que não chego a entender verdadeiramente. Não basta colocar-se hipoteticamente no lugar do outro e continuar sendo nós mesmos a vivenciar esse lugar em que me coloco. É preciso estar desprendido também dos próprios padrões para se chegar no conhecimento empático.

MACINTYRE (2008) comenta em seu livro:

Uma fonte de erro é substituir a consciência empática por uma intuição do que o outro pensa ou sente, fazendo uma analogia do que eu sentiria se estivesse no seu lugar. É um modo de considerar o outro como parecido a nós mesmos, de modo injustificado. Somos mesmo diferentes, muito mais diferentes do que gostaríamos para simplificar toda esta questão!

A empatia para Stein não é um simples golpe de intuição –à primeira vista- mas uma atitude que requer reflexão, voltar uma e outra vez sobre nós mesmos, e sobre os outros, percurso que enriquece o conhecimento próprio e o alheio. Não é um espasmo de conhecimento, mas algo trabalhado.

Tendo conhecimento dessas considerações filosóficas sobre a empatia, retornamos a sua aplicação no contexto do relacionamento médico paciente.

O processo da empatia abrange o comportamento do médico perante o paciente, o qual inclui seus pensamentos e sentimentos. No relacionamento médico-paciente, as habilidades de comunicação e o desempenho do médico nessa área, envolvendo cordialidade, afetuosidade, sensibilidade e temperamento possuem importância fundamental (DAVIS, 1994).

No contexto de educação médica, o conceito de Empatia tem um espectro amplo e variado. Alguns autores consideram a empatia como uma qualidade situada predominantemente no âmbito cognitivo: abrangeria o **entendimento** das experiências e preocupações do paciente combinada com a **capacidade de comunicação** (HOJAT, 2009). Já IRVING e DICKSON (2004) a definem como uma atitude que contempla habilidade **comportamental** juntamente com a dimensão cognitiva e afetiva.

A maioria dos autores situa a empatia na dimensão afetiva, atribuindo-lhe a capacidade de experimentar as vivências e sentimentos da outra pessoa. Neste caso se deduz que a capacidade de ser empático implica um sentimento espontâneo de identificação com aquele que sofre, processo no qual está envolvida a emoção.

Ainda perfilando o conceito da empatia, vale notar que outros autores (STEPHAN, 1999) sublinham a necessidade de distinguir simpatia e empatia. Essa distinção se mostra importante principalmente no contexto do relacionamento médico-paciente, pois a emoção pode interferir no momento de uma decisão clínica.

A simpatia tem como componente predominante atributos afetivos e emocionais que estão relacionados com intenso sentimento que é desencadeado pela dor e sofrimento do paciente. Assim, um médico puramente simpático pode ser influenciado pela sua própria emotividade, o que poderá comprometer a eficácia da sua atuação profissional. Por outro lado, um médico empático é capaz de compartilhar compreensão com o seu paciente, enquanto um médico simpático compartilha apenas emoções

(NIGHTINGALE, 1991). O médico simpático se preocupa com a intensidade e grau (quantidade) do sofrimento do paciente, enquanto o médico empático preocupa-se em compreender o tipo (qualidade) da experiência do paciente.

Na prática, separar os atributos emocionais dos cognitivos é muito difícil. No entanto, algumas reflexões podem ser levantadas a partir dessa discussão sobre os componentes da empatia. A primeira é que um pré requisito para possuir ambos os componentes (afetivo e cognitivo) é desenvolvê-los em benefício de uma relação médico-paciente satisfatória evitando a excessiva preocupação consigo mesmo. Quem está centrado nos próprios problemas dificilmente consegue dispor de uma vontade eficaz para ajudar os outros (ADERMAN, 1983).

A segunda reflexão é que a empatia pode ser uma ponte entre a medicina centrada no doente e a medicina baseada em evidências, um caminho prático para incorporar os avanços tecnológicos no contexto de um cuidado atento e eficaz aos pacientes. Configura-se assim a empatia como uma importante ferramenta diagnóstica e terapêutica.

Se a empatia tem características predominantemente afetivas ou cognitivas ou ambas é tema que propicia longas discussões. Mas solucionar esse aparente dilema não é tão importante como abordar o interrogante que, necessariamente, surge a seguir no campo educacional: A empatia pode ser ensinada ou é um traço da personalidade? Nascemos com uma capacidade fixa de empatia ou é possível aprender a ser empáticos, a melhorar e, fatalmente, corremos o risco de piorar também?

2.2 Empatia na relação médico paciente

Podemos encontrar na literatura vários programas educacionais com o objetivo de desenvolver habilidades como a empatia. Os resultados destes, infelizmente, ainda

não mostraram mudanças significativas na postura do aluno referente à empatia (CHRISTIANSON, 2007).

HALPERN (2001) escreveu que a empatia aproxima o médico do paciente. Com isso o paciente é capaz de expor melhor suas queixas e preocupações, propiciando um melhor diagnóstico e tratamento. Além disso, fortalece a autonomia e segurança do paciente referente sua doença o que também contribui na recuperação do mesmo.

Outro tema investigado referente à empatia é sua relação com alguns atributos e ações. Alguns autores a relacionam com conduta moral (OSLEN, 1997), outros com boas atitudes com os idosos (BAGSHAW, 1986), diminuição de processos judiciais por má prática (LEVINSON, 1994), melhor performance para retirada história clínica e exame físico (COLLIVER, 1998), satisfação do paciente e melhor resultados clínicos (STEPHAN, 1999 e OLSEN, 1997), satisfação do médico (SUCHMAN, 1993) e melhor relacionamento terapêutico (BERTAKIS, 1991 e LIVINSON, 1995). Também tem sido relatado que mulheres demonstram mais empatia que os homens (DECETY, 2006 e EISENBERG, 1983).

Há ampla literatura a respeito de habilidades de comunicação. Há artigos descrevendo habilidades de comunicação durante a tomada de decisão, como dar más notícias, como utilizar a comunicação verbal e não verbal numa consulta, entre outros. As publicações enfatizam o comportamento, no entanto, pouco é discutido sobre como ensinar ou mesmo desenvolver empatia no médico (FEFFER, 1966).

Pesquisas sobre o grau de empatia entre os estudantes de medicina e médicos tem sua ação limitada pela confusão do conceito da palavra e consequentemente a falta de um instrumento eficaz para medir o grau de empatia no contexto de educação médica e do cuidado ao paciente (HOJAT, 2007).

2.3 Empatia no ensino médico

Alguns pesquisadores acreditam que empatia faça parte da personalidade de cada indivíduo a qual pode declinar durante o processo de formação médica (FOREST, 1982) ou pode também ser melhorada através de atividades educacionais bem direcionadas (GOLDSTEIN et al, 1973 e LAMONICA et al, 1976). Outros referem que a empatia é um traço da personalidade que não pode ser facilmente ensinado (LAMONICA et al, 1987 e KIRK et al, 1982). Essas questões nos levam a outra consideração importante: é possível ensinar empatia?

A possibilidade da empatia ser ensinada está diretamente relacionada com a sua capacidade de ser modificada. Acredita-se que alguns atributos humanos são mais difíceis de sofrer mudanças que outros. Por exemplo, o humor é um atributo que está sujeito a grandes variações. A mesma pessoa pode estar um dia muito animada e em outro deprimida. Por outro lado, a timidez, teimosia, são características individuais muito mais difíceis de mudar, podendo ser caracterizada como um traço da personalidade.

Vários estudos tem demonstrado que durante a formação de diferentes profissionais da saúde, a empatia pode sofrer alterações positivas ou negativas (HOJAT, 2007). Estes achados indicam que a empatia é passível de mudança, o que seria estímulo inicial para o desenvolvimento de estratégias educacionais. No entanto, outra questão surge à mente: como ensinar empatia?

Estudos de neurofisiologia (DECETY E JACKSON, 2006 e GALLESE, 2003) nos trazem alguma luz de como resolver essa questão. A empatia poderia ser estimulada através do exemplo, onde por um mecanismo neurofisiológico a empatia seria ativada. No cérebro, podemos encontrar alguns neurônios que controlam certas ações, como a

emoção e o comportamento, e que podem ser ativados quando alguma ação é observada em outra pessoa. Conhecido como neurônios espelhos, essas células nervosas respondem espontaneamente, involuntariamente e sem ativação da consciência (RIZZOLATTI E SINIGAGLIA, 2006). Vários experimentos documentam o funcionamento dos neurônios espelhos relacionados com percepção empática (DECETY & JACKSON, 2004 e WICKER et al, 2003). O funcionamento dos neurônios espelhos parece ser, portanto, um pré requisito essencial para a empatia (BAUER, 2005).

Não há dúvida que existe uma íntima relação entre as experiências de vida e o desenvolvimento da empatia. Daí surge a importância do exemplo/modelo num cenário de aprendizado, onde estudantes e jovens médicos são inspirados pelas atitudes dos seus professores durante a prática com o paciente. O modelo Tag-Along permite que estudantes incorporem atitudes, comportamentos e a abordagem com o paciente real e identificam questões úteis para o seu futuro profissional (BLASCO et al, 2006)

Muitos são os questionamentos e difíceis são as respostas, o que torna estimulante o desenvolvimento de pesquisa sobre esse tema. Dentro desse contexto, outro tópico importante a ser discutido são os possíveis métodos de avaliação e mensuração do grau de empatia.

2.4 Instrumentos de mensuração da empatia

Estudos sobre o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da empatia têm sido desenvolvidos. Entre as pesquisas nesse âmbito podemos citar algumas escalas que foram aplicadas para a população em geral como: Interpersonal Reactivity Index (IRI) desenvolvida por Davis (DAVIS, 1983), The Hogan Empathy Scale (HOGAN, 1969) e Emotional Empathy desenvolvida por Mehrabian e Epstein (1972). Outros

métodos de avaliação têm sido desenvolvidos para enfermeiras: Empathy Construct Rating Scale (LAMONICA, 1981), the Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale (CARKHUFF, 1969), the Empathy Subtest of the Relation Inventory (BARRET, 1969) e the Empathy Test (LAYTON, 1979). Vale a pena destacar outras escalas como a CARE (Consultation and Relational Empathy) (MERCER, 2004) e FHCS (Four Habits Coding Scheme (KRUPAT 2006), cuja avaliação é feita através da observação do comportamento empático e não auto avaliação como as demais escalas. No primeiro caso (CARE) a avaliação é feita pelo paciente e no outro por uma terceira pessoa (observador).

Dentre essas escalas gostaríamos de ressaltar a IRI de Davis devido a sua perspectiva multidimensional composto por elementos afetivos e cognitivos. Em 2002, KOLLER et al validou esta escala para o Brasil a qual foi chamada de Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI (Anexo B).

Há alguns anos, um grupo de pesquisadores da Jefferson Medical College, identificou a necessidade de desenvolver um instrumento para avaliar a empatia no contexto da educação médica e cuidado ao paciente. Nesse contexto foi desenvolvida a Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), (HOJAT 2001). Em 2012, PARO realizou a validação desta escala para o Brasil (Anexo A).

Podemos encontrar vantagens e desvantagens em cada uma das escalas. Escalas para a população geral, como por exemplo, a Interpersonal Reactivity Index (IRI) desenvolvida por Davis, possui uma grande vantagem por apresentar uma abordagem multidimensional, analisando tanto aspectos cognitivos como afetivos. Ao mesmo tempo, a escala de Jefferson contempla questões mais direcionadas para a prática da saúde, o que seria uma vantagem. Porém, nesta última a dimensão afetiva da empatia não é abordada, o que é um déficit.

Retornando o tema da empatia no ensino médico, o fato de existir ferramentas de avaliação da empatia, o professor é capaz de identificar déficits durante a formação e com isso desenvolver estratégias educacionais para melhorar o ensino médico.

2.5 Evolução da empatia entre os estudantes de medicina

A partir do conceito de empatia estabelecido juntamente com o desenvolvimento de ferramentas para a avaliação do grau de empatia, alguns estudos têm sido realizados com o intuito de avaliar o grau de empatia entre os estudantes de medicina de diferentes anos da graduação.

Num estudo transversal, CHEN et al (2007) identificaram um declínio no escore de empatia (medido através da JSPE) entre os estudantes do 3º ano de Medicina quando comparada com o escore dos alunos do 2º ano

Num estudo longitudinal publicado em 2004, foi utilizada a escala JSPE entre os estudantes de medicina do início do terceiro ano e no final do mesmo ano sendo observado um declínio significativo no escore de empatia no segundo grupo (HOJAT, 2004).

Na tentativa de identificar o momento durante a graduação que ocorre a erosão da empatia, outro estudo foi desenvolvido pela Jefferson Medical College com estudantes do 1º, 2º, 3º e 4º ano do curso de medicina no período de 2002 a 2004, o qual identificou uma considerável erosão da empatia nos alunos do final de 3º ano – o correspondente ao 5º ano do curso médico no Brasil (HOJAT, 2009).

2.6 O Projeto

O desejo de oferecer um cuidado de qualidade aos pacientes somado as experiências vivenciadas com os mesmos, impulsionou à busca de uma formação individual que contemplasse o aprimoramento científico na mesma proporção que eu

pudesse desenvolver postura e habilidades humanísticas. Após alguns anos de formada a motivação se estendeu para o meio Acadêmico - colaborar na formação dos futuros médicos. Sendo professora na Faculdade de Medicina e pesquisando sobre o tema da Educação Médica, descobri a **Empatia** como um dos elementos importantes para uma relação médico-paciente eficaz.

Nesse contexto surge a motivação para a realização da pesquisa em questão: avaliar o grau de empatia dos estudantes de medicina, identificar uma possível erosão durante a formação para então tentar intervir com o objetivo de formar médicos com a qualidade que os pacientes solicitam.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar o grau de empatia entre os estudantes de medicina de diferentes anos do curso médico em uma Universidade na cidade de São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- Comparar o escore de empatia utilizando duas escalas distintas: Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) e a Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) de acordo com a fase do curso médico, gênero, idade, especialidade pretendida e financiamento estudantil durante o curso médico;
- Avaliar, comparativamente, o desempenho dos alunos de diferentes anos do curso médico na dimensão cognitiva (JSPE e EMRI) e afetiva (EMRI) da empatia.

4. METODOLOGIA

4.1 Cenário

Este estudo foi realizado com estudantes do curso de Medicina de uma Faculdade Privada do Estado de São Paulo. Tendo conhecimento do cenário de educação médica atual, optamos por realizar a pesquisa com alunos de diferentes anos da graduação, abrangendo alunos dos primeiro ao sexto ano do curso médico. Esta abrangência teve como objetivo avaliar o impacto do processo de educação médica atual sobre o grau de empatia do estudante de medicina.

A Faculdade em estudo é uma instituição filantrópica. Possui um currículo parcialmente ministrado em metodologia tradicional, disposta em módulos, e parcialmente em metodologia ativa, por meio de Aprendizagem Baseada em Problema. O Processo Seletivo é elaborado, aplicado e corrigido pela Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”- VUNESP.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP assim como do Comitê de Pesquisa do Centro Universitário São Camilo. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.(Anexo D).

4.2 Instrumentos utilizados para avaliação de empatia

Para a realização dessa pesquisa utilizamos dois instrumentos de avaliação do grau de empatia.

Uma das ferramentas utilizadas foi a Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) (HOJAT, 2007); (HOJAT et al 2002) e (HOJAT et al, 2001) que foi desenvolvida por pesquisadores da Jefferson Medical College e mede o grau da empatia através de um escore. Diferentes versões da JSPE foram desenvolvidas: Versão S – desenvolvida para estudantes, Versão HP - desenvolvida para médicos e profissionais da

Saúde, Versão HPS para estudantes de outras áreas da saúde. Utilizamos a versão para estudantes (Versão S) validada no Brasil (PARO, 2012) (Anexo A).

A JSPE – Versão S - contém 20 itens que são respondidos segundo a escala tipo 7 pontos de Likert (Concordo fortemente =7 / Discordo fortemente= 1). Os valores obtidos de cada questão serão somados e a pontuação final representa o escore da empatia. As respostas provenientes das questões 1,3,6,7,8,11,12,14,18 e 19 possuem escore reverso (concordo totalmente = 1 , discordo totalmente = 7).

A escala é composta por 3 componentes que avaliam a dimensão cognitiva da empatia:

- Tomada de perspectiva: Capacidade médica de entendimento emocional dos pacientes e das famílias;
- Compaixão;
- Capacidade de se colocar no lugar do paciente.

Outro instrumento utilizado foi a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI).(Anexo B) na versão validada e adaptada no Brasil (KOLLER et al, 2002).

A escala original (IRI) é composta por 28 sentenças que descreve comportamento relacionado a empatia. Para melhor avaliação dos componentes afetivos e cognitivos, a IRI foi dividida em 4 subescalas:

- Consideração empática (Dimensão afetiva): Avalia a motivação para ajudar outras pessoas;
- Tomada de perspectiva de outro (Dimensão cognitiva): Habilidade de se colocar no lugar do outro, capacidade de imaginar o que o outro pensa ou sente;

- Angústia pessoal (Dimensão afetiva): Está relacionada com sensações subjetivas de incômodo ou ansiedade que são desencadeadas quando o indivíduo se depara com situações tensas ou de emergência;
- Fantasia (Dimensão cognitiva): Avalia Tendência de transpor a si mesmo imaginativamente, colocando-se no lugar de personagens de filmes e/ou livros.

Quando foi realizado o processo de validação e adaptação no Brasil (KOLLER et al, 2002), a subescala referente a fantasia foi retirada e passaram a utilizar o termo Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI). Assim, esta ficou composta por 3 subescalas sendo cada um delas formada por 7 itens, totalizando 21 questões.

Cada item da EMRI possui pontuação de 1 a 5 de acordo com a escala de Likert (Descreve -me muito bem = 5 / Não me descreve muito bem = 1). As respostas provenientes das questões 2,3,9,10,11 e 13 possuem escore reverso (Descreve-me muito bem = 1 / Não me descreve muito bem = 5). Os valores obtidos de cada questão serão somados e a pontuação final representa o escore da empatia.

A escolha da escala da JSPE está relacionada com a sua especificidade para o estudante de medicina dentro do contexto médico e a EMRI devido ao seu componente multidimensional que avalia tanto o componente afetivo como o cognitivo da empatia.

4.3 Amostra e desenho do estudo

Foram convidados a participar do estudo alunos do primeiro ao sexto ano do curso médico de uma faculdade privada do Estado de São Paulo no período de setembro a dezembro de 2013.

A JSPE e a EMRI foram aplicadas simultaneamente a cada aluno participante pelo próprio pesquisador. Utilizamos horário das aulas curriculares para a aplicação das duas ferramentas após solicitar permissão do professor responsável pela aula. Desta forma, a adesão ao estudo foi voluntária e está relacionada principalmente a presença do aluno na sala de aula no momento da pesquisa.

De cada participante foram obtidos dados sócio demográficos: ano/semestre do curso médico, tipo de escola (privada ou pública) cursou ensino fundamental e médio, se recebia algum tipo de auxílio financeiro da instituição ou crédito estudantil, se residia sozinho, com amigos ou familiares e qual especialidade pretende fazer (Anexo C). As especialidades foram classificadas em grupo (“Clínica”, “Cirurgia” e “Outros”) conforme quadro abaixo:

CLÍNICA	CIRÚRGICA	OUTROS
Infectologia	Dermatologia	Métodos diagnósticos
Pediatria	Otorrinolaringologia	Radioterapia
Endocrinologia	Oftalmologia	Médico Legista
Neurologia	Anestesia	Genética
Psiquiatria	Cirurgia Plástica	Medicina Esporte
Cardiologia	Cirurgia Torácica	Sexologia
Geriatria	Mastologia	
Oncologia	Ortopedia	
Hematologia	Cirurgia vascular	
Pneumologia	Gastrocirurgia	
Intensivista	Neurocirurgia	
Clínica Médica	Cirurgia geral	
Medicina de Família	Ginecologia / Obstetria	
Nefrologia	Trauma	
Neonatologia		
Nutrologia		
Neuropediatria		
Reumatologia		

Tabela 1: Classificação das especialidades conforme grupo

O estudo realizado foi do tipo descritivo, comparativo e transversal.

4.4 Análise estatística

Os estudantes foram divididos em 3 grupos de acordo com o ano de graduação: “Básico”(1º e 2º ano) , “Clínico (3º e 4º ano) e “Internato” (5º e 6º ano). Os dados sócio demográficos e os escores de empatia de ambas escalas foram comparados entre esses 3 grupos usando os seguintes testes: teste Qui quadrado e Teste de Kruskal Wallis, quando aplicável.

Modelos de regressão linear múltipla foram construídos para avaliar associação entre os escores de empatia de acordo com o grupo ano (Básico, Clínico e Internato). Os modelos são apresentados crus, ajustados para gênero, e ajustado para gênero, especialidade pretendida e financiamento estudantil.

Com o intuito de comparar os escores das duas escalas (JSPE e EMRI) entre si, realizamos uma padronização dos escores de ambas através da fórmula matemática abaixo. Desta forma os escores das escalas foram padronizados entre zero a 100.

$$\frac{Escore\ obtido - Escore\ mínimo}{Escore\ máximo - Escore\ mínimo} * 100$$

5. RESULTADOS

Tendo como universo total 577 alunos, tivemos 296 respondentes, ou 51,0% de adesão distribuída da seguinte forma: 1º e 2º = 65,8% ; 3º e 4º ano = 34,0% ; 5º e 6º ano = 50,2%. Esses dados estão descritos na Tabela 2.

Grupo ano / estudantes envolvidos e respondentes	Número de estudantes envolvidos	Número de estudantes respondentes	%
Básico	211	139	65,8%
Clínico	171	59	34,0%
Internato	195	98	50,2%
TOTAL	577	296	51,0%

Tabela 2: Amostra de alunos envolvidos no estudo

A tabela 3 mostra as características dos participantes do estudo de acordo com o ano de graduação (Básico – 1º e 2º anos, Clínico - 3º e 4º anos e Internato – 5º e 6º anos).

Iniciaremos a análise comparando os dados sócio demográficos com os 3 grupos (Básico, Clínico e Internato) acima mencionado.

A porcentagem de mulheres que participaram do estudo foi sempre maior que 60% não havendo diferença entre os diferentes anos de graduação. Referente à especialidade pretendida, no grupo Básico a escolha por especialidade clínica foi de 57,9% dos alunos e para cirurgia 39,1%. No Internato essa porcentagem inverte sendo a escolha para clínica de 39,1% e para cirurgia 58,7%. Referente ao financiamento, o grupo do ano Clínico foi o que possui a maior porcentagem de alunos com algum tipo de auxílio financeiro (37,2% dos alunos). No grupo Básico o aluno mais jovem tinha 16 anos e o mais velho 37 anos. No internato essa variação foi de 22 anos a 46 anos.

	Básico	Clínico	Internato	p*
Gênero				0,68
• Mulheres	90 (66,6%)	41 (69,4%)	61 (62,8%)	
• Homens	45 (33,3%)	18 (30,5%)	36 (37,1%)	
Idade				<0,001
• Mediana/Média	22/22,5	23/24,2	25/26,0	
• P25-P75	20-24	22-25	24-27	
Financiamento				<0,001
• Sim	19 (14,2%)	22 (37,2%)	28 (28,8%)	
• Não	114 (85,7%)	37 (62,7%)	69 (71,1%)	
Especialidade				0,04
• Clínico	73 (57,9%)	26 (46,4%)	38 (39,1%)	
• Cirúrgico	48 (38,1%)	28 (50,0%)	57 (58,8%)	
• Outros	5 (3,9%)	2 (3,5%)	2 (2,0%)	

*Teste Qui Quadrado

Tabela 3. Análise dados sócio demográfico de acordo com o ano de graduação

Identificamos uma diferença significativa ($p < 0,01$) entre as médias padronizadas dos escores das escalas sendo que a menor média foi obtida na dimensão afetiva da empatia. A Tabela 4 mostra os valores dos escores máximo e mínimo obtidos em cada escala assim como o valor da média padronizado

	JSPE	EMRI	EMRI cognitivo	EMRI afetivo
Mínimo – Máximo escore	20-140	21-105	7-35	14-70
Máximo escore atingido	137	98	35	65
Mínimo escore atingido	71	37	11	25
Média	114	70	25	45
Média padronizada	78	58	64	55
Mediana padronizada	80	59	64	55
P25- P75 padronizado	72-86	52-65	53-75	46-64

Tabela 4: Escores das escalas de empatia e média padronizada

Analisando o escore da empatia de acordo com o grupo ano (Básico, Clínico e Internato), no grupo do Internato encontramos uma diminuição significativa ($p = 0,016$) do escore de empatia na dimensão afetiva da EMRI. Os escores da JSPE, EMRI e EMRI

cognitiva não apresentaram mudança significativa do escore quando comparado nos 3 grupos anos (Básico, Clínico e Internato). A Tabela 5 mostra os resultados dos escores de acordo com o grupo ano. Os mesmos resultados foram obtidos quando utilizados os escores padronizados (Tabela 6).

Escala/ Grupo ano	Básico	Clínico	Internato	P*
JSPE				0,53
• Mediana	115,5	116,0	118,0	
• Media	114,2	116,0	114,0	
• Sd	11,6	12,2	12,2	
• IQR	17,0	16,8	16,5	
• P25-P75	107-124	110-126	107-123	
EMRI				0,17
• Mediana	71	71	70	
• Media	70,9	71,2	68,4	
• Sd	8,8	10,2	9,2	
• IQR	10,2	12,5	10,0	
• P25-P75	66-76	65-78	64-74	
EMRI Cognitiva				0,75
• Mediana	26	25	25	
• Media	25,2	24,8	25,3	
• Sd	4,9	4,8	4,6	
• IQR	6	6	6	
• P25-P75	23-29	22-28	22-28	
EMRI Afetiva				0,016
• Mediana	45	47	43	
• Media	45,7	46,4	43,2	
• Sd	6,7	8,0	7,2	
• IQR	9,8	9,5	10,0	
• P25-P75	40-50	42-51	38-48	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 5. Comparação dos escores de empatia de acordo com o ano de graduação

Escala/ Grupo ano	Básico	Clínico	Internato	p*
JSPE Padronizada				0,53
• Mediana	79,6	80,0	81,6	
• Media	78,5	80,0	79,1	
• Sd	9,7	10,2	10,2	
• IQR	14,1	13,9	13,7	
• P25-P75	73-87	75-89	72-86	
EMRI Padronizada				0,17
• Mediana	59,5	59,5	58,3	
• Media	59,5	59,8	56,5	
• Sd	10,5	12,2	10,9	
• IQR	12,2	14,8	11,9	
• P25-P75	53-65	53-67	51-63	
EMRI Cognitiva Padronizada				0,75
• Mediana	67,8	64,3	64,3	
• Media	65,1	63,6	65,3	
• Sd	17,6	17,4	16,6	
• IQR	21,4	21,4	21,4	
• P25-P75	57-78	54-75	54-75	
EMRI Afetiva Padronizada				0,016
• Mediana	55,3	58,9	51,8	
• Media	56,6	57,8	52,2	
• Sd	12,1	14,3	13,0	
• IQR	17,4	16,9	17,8	
• P25-P75	47-64	20-67	43-61	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 6. Comparação dos escores de empatia padronizados de acordo com o ano de graduação

Comparando os escores de empatia de acordo com o gênero (mulheres e homens), identificamos que as mulheres possuem escore de empatia superior que o dos homens ($p < 0,01$) com exceção do componente cognitivo da EMRI. (Tabela 7) A mesma análise foi realizada utilizando o escore padronizado e os resultados encontrados foram os mesmos (Tabela 8).

Escala/ Gênero	Mulheres	Homens	p*
JSPE			0,004
• Mediana	118	115	
• Média	116,3	111,1	
EMRI			<0,001
• Mediana	72	69	
• Média	71,7	66,9	
EMRI Cognitiva			0,94
• Mediana	25	26	
• Média	25,2	25,0	
EMRI Afetiva			< 0,001
• Mediana	46	42	
• Média	46,5	42,1	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 7. Comparação dos escores de empatia com relação ao gênero

Escala/ Gênero	Mulheres	Homens	p*
JSPE Padronizada			0,004
• Mediana	81,6	79,2	
• Média	80,3	75,9	
EMRI Padronizada			<0,001
• Mediana	60,7	57,1	
• Média	60,4	54,7	
EMRI Cognitiva Padronizada			0,94
• Mediana	64,3	67,8	
• Média	65,0	64,3	
EMRI Afetiva Padronizada			< 0,001
• Mediana	57,1	50,0	
• Média	58,1	50,1	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 8. Comparação dos escores de empatia padronizados com relação ao gênero

Analizamos também uma possível relação do financiamento no escore de empatia. Não foi identificada diferença significativa dos escores de empatia quando comparamos os estudantes que possuem algum tipo de auxílio financeiro com aqueles que não possuem (Tabela 9). Realizamos a mesma análise com os escores padronizados e os resultados foram os mesmos.

Escala/ Financiamento	SIM	NÃO	P*
JSPE			0,60
• Mediana	118	116	
• Média	115,2	114,2	
EMRI			0,99
• Mediana	71	71	
• Média	70,6	69,9	
EMRI Cognitiva			0,53
• Mediana	25	25	
• Média	25,4	25,0	
EMRI Afetiva			0,87
• Mediana	45	45	
• Média	45,2	44,9	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 9. Comparação dos escores de empatia com relação ao financiamento

Referente à especialidade pretendida pelo estudante, os resultados mostram uma tendência aos escores de empatia serem maiores nas especialidades clínica, com significância encontrada na escala de EMRI e na dimensão afetiva da EMRI. Não houve diferença significativa quando utilizada a JSPE e a dimensão cognitiva da EMRI (Tabela 10). O mesmo resultado foi encontrado utilizando os escores padronizados.

Escala/ Especialidade	Clínica	Cirúrgica	Outros	P*
JSPE				0,05
• Mediana	119,0	115,0	108,0	
• Média	116,2	113,8	104,0	
EMRI				0,007
• Mediana	72,5	70,0	66,0	
• Média	72,0	68,6	66,5	
EMRI Cognitiva				0,84
• Mediana	26,0	25,0	24,0	
• Média	25,3	25,0	24,8	
EMRI Afetiva				0,0009
• Mediana	47,0	44,0	40,0	
• Média	46,8	43,6	41,6	

*Teste de Kruskal Wallis

Tabela 10. Comparação dos escores de empatia com relação à especialidade

Modelos de regressão linear múltipla foram construídos para analisar se há associação independente entre o ciclo do curso e o escore de empatia.

Os dados na Tabela 11 mostram que utilizando a JSPE, não houve associação significativa entre o ano de graduação e o escore da empatia, mesmo utilizando o modelo ajustado 1 e modelo ajustado 2. Entretanto, os homens apresentaram escores menores de empatia tanto no modelo ajustado 1 quanto no modelo ajustado 2. Não houve diferença significativa quando analisamos o financiamento e a especialidade.

	Modelo cru	Modelo Ajustado 1*	Modelo Ajustado 2**
Ciclo			
• Básico	Referência	Referência	Referência
• Clínico	+ 1.88 (-1.84 a 5.60)	+1,61 (-2,03 a 5,26)	+1,88 (-1,90 a 5,68)
• Internato	+ 0.73 (-2.44 a 3.91)	+0,84 (-2,26 a 3,95)	+1,17 (-2,04 a 4,39)
Gênero			
• Mulheres	-	Referência	Referência
• Homens	-	-5,29 (-8,19 a -2,39)	-4,32 (-7,27 a -1,37)
Financiamento			
• Não	-	-	Referência
• Sim	-	-	+0,23 (- 3,02 a 3,50)
Especialidade			
• Clínico	-	-	Referência
• Cirúrgico	-	-	-2,48 (-5,37 a 0,41)
• Outros	-	-	-6,74 (-14,66 a 1,17)

* As variáveis independentes no modelo ajustado 1 são ciclo (básico, clínico e internato) e gênero.

** As variáveis independentes no modelo ajustado 2 são ciclo (básico, clínico e internato), gênero, financiamento estudantil e especialidade pretendida

Tabela 11. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na JSPE

Na tabela 12 encontram-se os resultados provenientes do mesmo modelo de regressão linear realizada com a JSPE, mas utilizando EMRI. No modelo cru foi encontrado uma diminuição significativa da empatia no grupo do internato, mas quando ajustado para o modelo 1 e 2 essa diferença não foi observada. Referente à diferença entre o gênero, foi identificado menores escores entre os homens nos dois modelos

ajustados. Referente a especialidade, os alunos que pretendem fazer cirurgia apresentaram menores escores no modelo ajustado 2.

	Modelo cru	Modelo Ajustado 1*	Modelo Ajustado 2**
Ciclo			
• Básico	Referência	Referência	Referência
• Clínico	+ 0,25 (-2,65 a 3,16)	+0,19 (-2,63 a 3,02)	+0,14 (-2,82 a 3,12)
• Internato	- 2,50 (-5,0 a -0,02)	-2,25 (-4,68 a 0,17)	-2,10 (-4,62 a 0,40)
Gênero			
• Mulheres	-	Referência	Referência
• Homens	-	-4,58 (-6,84 a -2,32)	-4,23 (-6,56 a -1,91)
Financiamento			
• Não	-	-	Referência
• Sim	-	-	+0,80 (-1,75 a 3,35)
Especialidade			
• Clínico	-	-	Referência
• Cirúrgico	-	-	-2,54 (-4,80 a -0,28)
• Outros	-	-	-4,25 (-10,39 a 1,89)

* As variáveis independentes no modelo ajustado 1 são ciclo (básico, clínico e internato) e gênero.

** As variáveis independentes no modelo ajustado 2 são ciclo (básico, clínico e internato), gênero, financiamento estudantil e especialidade pretendida

Tabela 12. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI

Quando analisamos a dimensão afetiva da EMRI seguindo o mesmo modelo de regressão linear (Tabela 13), encontramos uma diminuição da empatia no grupo do internato tanto no modelo cru quanto no modelo ajustado 1 e modelo ajustado 2. Referente ao gênero, os homens mantem os escores menores quando comparado as mulheres nos dois modelos ajustados, da mesma forma que a especialidade cirúrgica pretendida no modelo ajustado 2. Não houve diferença significativa referente ao financiamento.

	Modelo cru	Modelo Ajustado 1*	Modelo Ajustado 2**
Ciclo			
• Básico	Referência	Referência	Referência
• Clínico	+ 0,67 (-1,50 a 2,93)	+0,60 (-1,55 a 2,77)	+0,75 (-1,52 a 3,03)
• Internato	- 2,48 (-4,41 a -0,54)	-2,25 (-4,11 a -0,39)	-1,99 (-3,91 a -0,07)
Gênero			
• Mulheres	-	Referência	Referência
• Homens	-	-4,28 (-6,01 a -2,55)	-3,92 (-5,70 a -2,15)
Financiamento			
• Não	-	-	Referência
• Sim	-	-	+0,44 (-1,51 a 2,40)
Especialidade			
• Clínico	-	-	Referência
• Cirúrgico	-	-	-2,51 (-4,24 a -0,78)
• Outros	-	-	-4,08 (-8,80 a 0,62)

* As variáveis independentes no modelo ajustado 1 são ciclo (básico, clínico e internato) e gênero.

** As variáveis independentes no modelo ajustado 2 são ciclo (básico, clínico e internato), gênero, financiamento estudantil e especialidade pretendida

Tabela 13. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI afetiva

Analisando a dimensão cognitiva pela EMRI através do modelo de regressão linear (Tabela 14), não houve diferença significativa entre o ano de graduação, gênero, especialidade pretendida nem financiamento.

	Modelo cru	Modelo Ajustado 1*	Modelo Ajustado 2**
Ciclo			
• Básico	Referência	Referência	Referência
• Clínico	-0,43 (-1,93 a 1,07)	-0,43 (-1,94 a 1,07)	-0,61 (-2,23 a 0,99)
• Internato	+0,059 (-1,22 a 1,34)	+0,06 (-1,22 a 1,35)	-0,02 (-1,37 a 1,33)
Gênero			
• Mulheres	-	Referência	Referência
• Homens	-	-0,15 (-1,35 a 1,04)	-0,12 (-1,37 a 1,11)
Financiamento			
• Não	-	-	Referência
• Sim	-	-	+0,36 (-1,01 a 1,75)
Especialidade			
• Clínico	-	-	Referência
• Cirúrgico	-	-	-0,18 (-1,40 a 1,03)
• Outros	-	-	-0,31 (-3,66 a 3,02)

* As variáveis independentes no modelo ajustado 1 são ciclo (básico, clínico e internato) e gênero.

** As variáveis independentes no modelo ajustado 2 são ciclo (básico, clínico e internato), gênero, financiamento estudantil e especialidade pretendida

Tabela 14. Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%) associados aos escores de empatia obtidos na EMRI cognitiva

6. DISCUSSÃO

There can be no knowledge without emotion. We may be aware of a truth, yet until we have felt its force, it is not ours. To the cognition of the brain must be added the experience of the soul.

Arnold Bennett, British novelist and essayist, 1867–1931

Os resultados encontrados sobre a avaliação da empatia durante o curso médico apontam questões importantes e desafiadoras para serem abordadas durante a formação do estudante de medicina.

Por uma questão didática, dividiremos a discussão em tópicos de acordo com os resultados obtidos na nossa pesquisa.

6.1 Dimensão cognitiva da empatia durante o curso médico

Alguns estudos americanos como CHEN et al (2007), (HOJAT, 2004), (HOJAT, 2009) tem demonstrado uma erosão da empatia nos estudantes dos últimos anos da graduação utilizando a JSPE como ferramenta de avaliação. Por outro lado, estudos no Japão (KATAOKA et al, 2009) e na China (DELIANG et al, 2013) identificaram um discreto aumento da empatia nos últimos anos da graduação utilizando a mesma ferramenta. DI LILLO (2009) na Itália, não encontrou mudança significativa da empatia nos estudantes de medicina. No nosso estudo, quando utilizamos a JSPE, também não identificamos uma diferença significativa no escore da empatia nos alunos dos diferentes anos de graduação. O resultado foi o mesmo quando avaliamos a dimensão cognitiva utilizando a EMRI.

Algumas questões podem ser levantadas referentes ao resultado obtido com a escala de JSPE e a EMRI na dimensão cognitiva no nosso estudo.

Considerando que os estudantes da faculdade em questão não sofreram um declínio da sua empatia na dimensão cognitiva durante o curso médico, é importante apontar que no estudo longitudinal de HOJAT et al (2009), 27% dos estudantes também

não apresentaram uma erosão da empatia. Assim, é provável que existam fatores que protejam o estudante da influência negativa do meio durante sua formação. Nesse mesmo estudo, onde a maioria dos estudantes apresentaram uma erosão da empatia durante o curso médico, foram identificados alguns fatores relacionados com a erosão da empatia: falta de modelo, aumento progressivo de conteúdo técnico a ser ensinado, ambiente hostil de trabalho, medo de cometer erros, curriculum exigente, pouco sono.

A questão é: porque 27% dos alunos expostos às mesmas circunstâncias do meio externo não sofreram declínio da empatia?

No seu livro *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*, capítulo sobre psicodinâmica e desenvolvimento da empatia, HOJAT 2007, aborda a importância do conhecimento sobre as raízes da capacidade empática para uma melhor compreensão a respeito do seu desenvolvimento ou atrofia.

Há uma ampla discussão a respeito dos fatores determinantes do comportamento humano. Alguns defendem a teoria genética, onde determinado comportamento é definido por um conjunto de genes (COLLINS, 1999⁴). Apud HOJAT (2007). Por outro lado, WATSON⁵, (1924). Apud HOJAT (2007) defende a influência das experiências e fatores ambientais no desenvolvimento do comportamento pro social e antissocial.

Vários estudos têm demonstrado a influência do ambiente familiar no desenvolvimento pro social do adulto, incluindo a propensão ao relacionamento empático. O ambiente familiar interfere não somente na qualidade das relações

⁴ Collins, F.S. Shattuck lecture – medical and societal consequences of the human genome project. New England Journal of Medicine 1999, 341, 28-37

⁵ Watson, J.B (1924) Behaviorism. New York:W.W.Norton

interpessoais futuras (FONAGY, 2001) como também fornece campo para o crescimento da empatia.

A empatia é fomentada desde os primeiros anos de vida e possuiu uma relação direta com a qualidade das relações afetivas provenientes principalmente do contato com a mãe (HENDERSON, 1974 ; SCHAFLEN, 1964).

Estudos transversais e longitudinais tem confirmado a influência das emoções positivas dos pais (em especial das mães) na capacidade empática dos filhos (ZHOU, et al, 2002).

Analizando estudantes de medicina, HOJAT (1996) identificou que os estudantes que tiveram uma relação satisfatória com seus pais durante a infância, qualificaram sua saúde em geral como muito boa, assim como mostraram uma resistência maior a eventos estressantes da sua vida. Outro estudo com 422 estudantes de medicina (HOJAT el al 2005), foi identificado uma correlação positiva entre pontuações mais elevadas do escore de empatia utilizando a JSPE e a percepção do aluno referente a satisfação do relacionamento materno durante a infância. Outro estudo (HOJAT, 1998) demonstrou que os alunos com percepção positiva referente ao relacionamento materno apresentaram um perfil positivo de personalidade, uma autoestima mais elevada e melhor relacionamento com colegas.

Todos estes estudos mostram a influência do contexto familiar na estruturação sólida de um comportamento empático no futuro. De acordo com BAUER (2005) essa influência familiar é chamada de aquisição primária da empatia, onde o mecanismo neurofisiológico dos neurônios espelhos é ativado. Relembrando o conceito de neurônios espelhos já abordados na introdução, são neurônios que controlam certas ações, como a emoção e o comportamento, e que podem ser ativados quando alguma ação é observada em outra pessoa. Desta forma, a criança ao observar o comportamento

e emoções dos seus familiares, inconscientemente vai desenvolvendo um modelo interno de ação (script mental) e de regulação de emoções que funcionará como um guideline para relacionamento interpessoal no futuro (HOJAT, 2007).

Por outro lado, BAUER (2005) tem a hipótese referente a aquisição secundária da empatia onde as experiências e vivências podem influenciar na aquisição primária da empatia, ou seja, em situações de muito estresse, medo e tensão as ações que dependem do sistema dos neurônios espelhos aprendidos durante a infância ficam bloqueados e com ele a habilidade da empatia, do entendimento e da compreensão do outro.

Comentamos até o momento alguns elementos que podem “proteger” o estudante de uma possível erosão da empatia. No entanto, outro ponto a ser levantado sobre o resultado obtido na dimensão cognitiva é que talvez o estudante já entre na faculdade de medicina com um escore de empatia baixo e desta forma não ocorra erosão. Afinal, não se perde aquilo que não se tem. Esta possibilidade nos faz pensar sobre o atual método de seleção para o ingresso na faculdade de medicina. Selecionamos estudantes com um elevado conhecimento científico, no entanto não avaliamos sua capacidade de se relacionar e de compreender outro ser humano (SPIRO, 2009).

Analisando os fatores externos que podem influenciar no comportamento empático, temos a influência não só do ambiente (seja positivo ou negativo) mas o próprio estresse e angústia do paciente automaticamente gera similar estresse no próprio médico/estudante (EISENBERG (1989)⁶. Apud NEUMANN et al (2009).

⁶ Eisenberg N. Empathy and related emotional response. São Francisco: Jossey Bass 1989

6.2 Empatia e diferenças com relação ao gênero e especialidade pretendida

Os resultados do presente estudo referente ao escore de empatia comparando homens e mulheres, confirmamos os mesmos dados da literatura: as mulheres possuem um escore de empatia maior que os homens, tanto utilizando a JSPE quando a EMRI. Na dimensão cognitiva da empatia não foi identificada diferença entre homens e mulheres utilizando a EMRI.

Referente ao fator especialidade, os resultados obtidos mostram uma tendência à escores de empatia mais elevados nos alunos que pretendem fazer especialidades clínica.

6.2.1. Mulheres e sua influência sobre a empatia

As diferenças entre as qualidades pessoais entre homens e mulheres são amplamente discutidas assim como suas implicações. No entanto, HYDE (2005) e SPELKE, (2005) realizaram uma metanálise sobre o assunto e detectaram que existem muito mais semelhanças do que diferenças entre homens e mulheres.

Após cuidadosa revisão bibliográfica, HOFFMAN (1977) concluiu que a diferença encontrada na empatia entre homens e mulheres poderia ser decorrente ao componente afetivo da empatia.

Outro estudo realizado com estudantes de medicina do primeiro e último ano de uma faculdade da Polônia, as mulheres obtiveram melhores escores de empatia utilizando a escala de IRI de Davis e a Escala de Empatia Emocional (KLISZCZ et al 1998).

A maioria das diferenças encontradas entre o gênero tem sido atribuída à aprendizagem social e a adaptação de modelos sociais. Por outro lado, estudos recentes

de imagens cerebrais sugerem que algumas diferenças podem ser pre-programadas, ou seja, independe da influência do meio (CAHIL, 2005 e SINGER et al, 2006).

Desde idade precoce já é possível identificar mudanças de comportamento social entre homens e mulheres. Por exemplo, meninas recém-nascidas mostram maior resposta aos estímulos auditivo e social assim como são capazes de manter um contato visual por períodos mais prolongados que os meninos (HITTELMAN e DICKENS 1979⁷ apud HOJAT 2007). Outro dado interessante é que as meninas recém-nascidas também mostraram menos irritabilidade que os meninos (MOSS, 1967⁸ apud HOJAT, 2007).

Uma diferença significativa tem sido observada em favor das mulheres a respeito da sua capacidade de identificar, compreender e expressar estados que envolvem emotividade. Essa habilidade está relacionada à capacidade de perceber sinais não verbais (expressão facial, movimentação corporal) que por sua vez estão diretamente relacionado com a relação empática (TRIVERS, 1972⁹, apud HOJAT 2007).

Outras diferenças que valem a pena serem citadas: mulheres possuem maior sociabilidade (HALL, 1985), melhor compreensão a respeito do contexto social (WILLINGHAM e COLE, 1977), possuem maior capacidade de expressar sobre suas emoções e com isso uma melhor relação interpessoal (WEINBERG et al, 1999). Darwin, no seu livro *A origem do Homem*, escreve que as mulheres exibem maior

⁷ Hittelman JH, Dickes R (1979) Sex differences in neonatal eye contact time. Merrill-Pamler Quarterly, 25, 171-184

⁸ Moss HÁ (1967) . Sex, age and state as determinants of mother-infant interaction. Merrill-Palmer Quarterly, 13, 19-36

⁹ Trivers RL. 1972. Parental investment and sexual selection. En B. Campbell (Ed), Sexual selection and the descent of man (pp136-179). Chicago, IL: Aldine

ternura nas relações sociais quando comparada aos homens, e associa este fato ao seu instinto maternal, onde o sentimento de ternura pelos filhos é estendido para as pessoas ao seu redor.

Confirmando os achados de HOFFMAN (1977), um estudo realizado com alunos universitários mostrou que a dimensão afetiva da empatia das mulheres era superior que a dos homens, no entanto a mesma resposta não foi encontrada na dimensão cognitiva (RIGGIO et al, 1989).

Apesar da vantagem das mulheres referente à sua capacidade empática principalmente da dimensão afetiva, o imposto por esta capacidade é a vulnerabilidade emocional diante de situações estressantes. Ou seja, o impacto emocional nas mulheres costuma ser maior que nos homens quando diante de uma situação estressante (BARNETT et al, 1987).

Na prática médica, as diferenças encontradas entre homens e mulheres estão relacionadas com a capacidade maior das mulheres em se comunicar com mais empatia com seus pacientes do que os homens.

CHARON et al (1994) observou que as mulheres médicas atuavam como se estivessem alertas a preocupações emocionais e a vida diária do paciente, preocupações estas que muitas vezes tendem a ser silenciadas numa interação médica habitual, mas que possuem influência positiva sobre a empatia.

Desta forma, essas diferenças de comportamento próprias de cada gênero podem nos ajudar a compreender melhor os resultados obtidos no nosso estudo referente à diferença do escore de empatia entre homens e mulheres.

6.2.2 Influência da especialidade pretendida no escore da empatia

A escolha por uma determinada profissão e uma especialidade em particular pode sofrer influência de inúmeras variáveis como: fatores constitucionais, personalidade, experiências durante o curso médico, tendências sociais, modelos a seguir, fatores culturais e forças do mercado (REED et al, 2001 e SIERLES et al 2004).

HOGAN (1969), identificou que os estudantes do curso de psicologia, pedagogia e medicina obtiveram escore de empatia maiores que os estudantes do curso de engenharia, arquitetura e oficiais militares.

Num estudo canadense, os estudantes que obtiveram maiores escores de empatia haviam escolhido medicina por razões humanistas, enquanto que os estudantes com menor escore de empatia haviam escolhido a profissão por razões científicas (STREIT-FOREST, 1982).

Outro estudo realizado no Colégio de Medicina de Baylor encontrou que os estudantes interessados em medicina de família, medicina interna geral e pediatria obtiveram maior pontuação média em atributos humanísticos (medido por pontuação dada por pacientes estandardizados) enquanto que os estudantes interessados em anestesiologia, patologia, radiologia, medicina de urgência, obtiveram pontuações mais baixas (COUTTS – VAN DIJK et al 1997).

Uma investigação com estudantes de medicina da Universidade de Washington identificou que o relacionamento com o paciente estava entre os principais fatores que levava o estudante a escolher a atenção primária como sua especialidade (BURACK et al, 1997).

Na sua tese de doutorado, BAILEY (2001) mostrou que os estudantes de medicina que planejavam fazer uma especialidade que requer contato com paciente de

uma maneira continuada, longitudinal, obtiveram escore de empatia significativamente maiores que aqueles que planejavam atuar como especialistas em procedimentos.

Estendendo os estudos para médicos, os resultados referentes ao escore de empatia seguem o mesmo padrão que o identificado enquanto estudantes de medicina. Num estudo com 704 médicos utilizando a JSPE para avaliar a empatia, os psiquiatras, médicos de família, pediatria, medicina interna obtiveram escores de empatia mais elevados quando comparados com anestesistas, cirurgião ortopédico, neurocirurgião e radiologista (HOJAT et al 2002 b).

Os resultados do nosso estudo assim como os da literatura referente a diferença da empatia com relação a especialidade pretendida talvez não tenha uma relevância significativa na prática clínica. As especialidades focadas em procedimento ou tecnologia como patologia ou radiologia exigem um grau de entendimento empático muito menor que o médico cuja especialidade está focada na pessoa, como pediatria ou medicina de família. Ou seja, entender as experiências emocionais dos pacientes é fundamental no contexto de atenção primária, no entanto não é crucial para um atendimento realizado na radiologia ou patologia.

Vale a pena comentar que no presente estudo foi identificado uma inversão na porcentagem entre as especialidades clínica e cirúrgica durante a graduação, ou seja, nos primeiros anos a porcentagem de alunos que pretendiam fazer clinica era de 57,9% enquanto que especialidade cirúrgica era de 38%. Durante o internato essa porcentagem inverte: 39% para clínica e 58,7% para cirurgia (Tabale 3). Esse resultado nos faz pensar numa questão: essa inversão na escolha da especialidade teria alguma relação com a erosão da empatia durante a graduação? A escolha da especialidade estaria relacionada puramente com aptidão individual? Os estudantes de medicina normalmente entram na faculdade com uma ideia preconcebida sobre determinada especialidade que

está diretamente relacionada com aptidões pessoais. No entanto, os dados encontrados na literatura e no nosso estudo não exclui a possibilidade de que as experiências durante o curso médico tenham alguma influência da escolha da especialidade. Para um melhor entendimento sobre essa questão, o pesquisador HOJAT está desenvolvendo um estudo prospectivo e longitudinal de cinco anos para avaliar a mudança da empatia associado a escolha da especialidade desde o primeiro ano da graduação até o primeiro ano da residência. O objetivo desse estudo é justamente avaliar se a mudança do interesse por determinada especialidade está relacionada com a mudança do escore de empatia (HOJAT, 2007).

6.3 Afetividade do estudante durante o curso médico

Resultados preliminares de um projeto de pesquisa focado em uma disciplina eletiva dirigida a estudantes de Medicina e Enfermagem de segundo e terceiro anos sugerem que os graduandos reconhecem que, para uma boa prática, a empatia deveria estar sempre presente. Por outro lado, muitos deles manifestaram o receio de que, se forem empáticos, poderiam perder o discernimento e a capacidade de julgamento. A maioria deles compartilhou o entendimento de que empatia significa colocar-se no lugar dos pacientes ou ser compassivo, mas também exteriorizaram a ideia de que ser empático pode significar sofrer com os pacientes. Eles mesmos constataram que esse fato seria o responsável pela atitude de negação e não envolvimento adotada por muitos profissionais de saúde. (DE BENEDETTO et al, 2013).

Segundo SPIRO (2009) a empatia surge através das reações dos nossos próprios sentimentos que são desencadeadas pela perspectiva de “eu ser você” ou “eu poderia ser você”. NEUMANN et al (2009) reforça esse conceito sobre a importância do despertar afetivo interior como base para a percepção do estado emocional do outro.

Mesmo tendo conhecimento do desafio educacional de abordar a questão das emoções durante a formação médica, não podemos ignorar esse componente. Os resultados do presente trabalho reforçam esse fato, pois identificamos uma queda significativa do componente afetivo da empatia nos últimos anos do curso médico utilizando a ferramenta da EMRI.

Iniciaremos a discussão com alguns conceitos referente à afetividade e seguiremos com abordagem específica no contexto educação médica e relação médico-paciente.

6.3.1 Diferenças entre afetividade, sentimento e emoção

Existe uma grande divergência quanto à conceituação dos fenômenos afetivos. Na literatura, encontra-se eventualmente a utilização dos termos afeto, emoção e sentimento, aparentemente como sinônimos. Entretanto, na maioria das vezes, o termo emoção encontra-se relacionado ao componente biológico do comportamento humano, referindo-se a uma agitação, uma reação de ordem física. Já a afetividade é usada com uma conotação mais ampla, referindo-se às vivências dos indivíduos e às formas de expressão mais complexas e essencialmente humanas (TASSONI, 2000).

A afetividade, expressada pelos sentimentos, reflete as relações das pessoas e é essencial para a atividade vital no mundo circundante. Pelas modificações dos sentimentos e sua expressão comportamental, podemos analisar a mudança de atitude do ser humano frente às circunstâncias mutáveis ou estáticas de sua vida, em determinados contextos de tempo e espaço.

Segundo MOSQUERA E DIETER (2006) a afetividade e os sentimentos do ser humano – ira, dor , alegria, amor – compõem os traços do comportamento humano em

diferentes circunstâncias da sua vida, nas relações com o meio ambiente e com a natureza.

Em sua tese, TASSONI (2000) nos apresenta Wallon, estudioso francês com formação em medicina e filosofia, que dedicou grande parte de sua vida ao estudo das emoções e da afetividade. Identificou as primeiras manifestações afetivas do ser humano, suas características e a grande complexidade que sofrem no decorrer do desenvolvimento, assim como suas múltiplas relações com outras atividades psíquicas. Ele afirma que a afetividade desempenha papel fundamental na constituição e no funcionamento da inteligência, determinando os interesses e as necessidades individuais. Atribui às emoções um papel de primeira grandeza na formação da vida psíquica, funcionando como um amálgama entre o social e o orgânico. WALLON (1968) estabelece ainda uma diferença entre emoção e afetividade. Segundo ele, as emoções são manifestações de estados subjetivos, mas com componentes orgânicos. Contrações musculares ou viscerais, por exemplo, são sentidas e comunicadas pelo choro, significando fome ou algum desconforto na posição em que se encontra um bebê. Ao defender o caráter biológico das emoções, destaca que estas se originam na função tônica. Toda alteração emocional provoca flutuações de tônus muscular, tanto de vísceras como da musculatura superficial, e, dependendo da natureza da emoção, provoca um tipo de alteração muscular.

A afetividade, por sua vez, tem uma concepção mais ampla, envolvendo uma gama maior de manifestações, englobando sentimentos (origem psicológica) e emoções (origem biológica).

De acordo com NOBRE DE MELO (1979):

Emoções são complexos psicobiológicos que se caracterizam por súbitas e insólitas rupturas do equilíbrio afetivo, com repercussões leves ou intensas, mas sempre de curta duração, sobre a integridade da consciência e sobre a atividade funcional dos diversos órgãos e aparelhos.

É importante entender que a pessoa vive e age numa realidade circundante, interagindo com a natureza e em especial com outras pessoas, as quais estabelece relações sociais. No processo de sua atividade e relação com os outros, experimenta e desenvolve sua afetividade. Em outras palavras, age com os sentimentos e suas cognições.

Segundo uma estudiosa no tema (GUDIN, 2001) os sentimentos são modalidades, ou modificadores dos estados de consciência, mas não conteúdo desses estados. Por exemplo, a chuva que para alguns inspira poesia, para outros, que estão se molhando em baixo dela, provoca irritabilidade. A chuva é a mesma, mas os resultados subjetivos são completamente diferentes. Analisando com objetividade, o fenômeno é único, e os sentimentos – de inspiração poética ou irritação – em nada afetam o fato em si. Do ponto de vista objetivo, os sentimentos não são nada, mas do ponto de vista subjetivo, os sentimentos são tudo.

SASTRE E MORENO (2002) comentam a crença fortemente enraizada na nossa cultura de que o ser humano aparentemente utiliza o cérebro para pensar e o coração exclusivamente para amar. Essa premissa vem acompanhada de outra crença, de que a razão nos conduz à verdade e à segurança enquanto que as emoções estão impregnadas de armadilhas que acabam nos induzindo ao erro.

A própria Psicologia estudou separadamente, durante muitas décadas, os processos cognitivos e afetivos, quando na realidade podemos dizer que são fenômenos que estão intimamente entrelaçados e que, no mínimo, tentar estudar um sem o outro só nos leva a explicações parciais, nas quais aparecem inexplicáveis lacunas.

Os sentimentos promovem uma ponte entre o que se conhece – a ideia e o conceito, situado no âmbito cognitivo – e o que se quer, o que se executa, situado no âmbito da vontade. Os sentimentos de algum modo personalizam o conhecer, revestem o conhecimento com roupagem pessoal, e facilitam o querer – a execução – porque são a base da motivação (BLASCO, 2006).

. Damásio (2004)¹⁰ apud MOSQUERA E DIETER (2006) se dedica a estudar o papel das emoções e dos sentimentos no funcionamento cognitivo. Depois de estudar uma série de pacientes com lesões cerebrais localizadas na área pré-frontal, considerada fundamental para o raciocínio, encontrou em todos eles uma importante redução da atividade emocional, o que o levou à conclusão de que existe uma profunda interação entre a razão e as emoções.

DAMÁSIO (2004) acrescenta:

Os sentimentos, no sentido em que a palavra é usada aqui, emergem das mais variadas reações homeostáticas, não somente das reações que chamamos emoções no sentido restrito do termo. De um modo geral os sentimentos traduzem o estado da vida na linguagem do espírito.

¹⁰ DAMÁSIO, A. Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

Damásio (1996)¹¹ apud ARANTES (2002), preocupado em articular as emoções com os processos cognitivos, diz que “emoções bem direcionadas e bem situadas parecem constituir um sistema de apoio sem o qual o edifício da razão não pode operar a contento”, e rompe com a ideia cartesiana de uma mente separada do corpo.

No campo da Psicologia, vários trabalhos têm sido desenvolvidos sobre as interações entre a afetividade e cognição. PIAGET (1976)¹², citado por SOUZA (2006), diz que “o papel da afetividade é funcional na inteligência”. Ela é a fonte de energia de que a cognição se utiliza para seu funcionamento”. Ele explica esse processo por meio de uma metáfora, afirmando que “... a afetividade seria como a gasolina, que ativa o motor de um carro, mas que não modifica sua estrutura...”, ou seja, existe uma relação intrínseca entre a gasolina e o motor (entre a afetividade e a cognição) porque o funcionamento do motor, comparado com as estruturas mentais, não é possível sem o combustível que é a afetividade.

Segundo ARANTES (2002), na perspectiva genética de Henri Wallon, inteligência e afetividade estão integradas: a evolução da afetividade depende das construções realizadas no plano da inteligência, assim como a evolução da inteligência depende das construções afetivas.

SASTRE E MORENO (2002) referem que, se o século passado foi para a Psicologia o estudo separado da inteligência, o século XXI sem dúvida será o de seu estudo conjunto. E, desta forma, MOSQUERA e DIETER (2006) afirmam que isso conduzirá a mudanças muito importantes, não só no terreno da teoria, mas também na aplicação, e que repercutirão na vida cotidiana. Reforçam ainda que essas ideias são extremamente relevantes quando nos referimos ao processo educacional como um todo,

¹¹ Damásio AR. O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

¹² Piaget J. A Equilibração das Estruturas Cognitivas. Problema central do desenvolvimento. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

que claramente a afetividade é fundamental para a vida humana e que representa um dos aspectos mais significativos na construção de seres humanos mais saudáveis e, sobretudo, mais capazes de tomar decisões sábias e inteligentes.

Segundo BLASCO (2006):

A afetividade modula o conhecimento dando-lhe um toque pessoal, como um prisma que amplifica, focaliza, dá zoom, destaca, ou mesmo, deforma a rigorosa objetividade dos conceitos e das ideias.

Introduzindo o tema da educação afetiva, MORENO et al (2003) comenta:

A falta de educação da própria vida afetiva e o desconhecimento das formas de interpretação e de respostas adequadas perante as atitudes, condutas e manifestações emotivas das demais pessoas, deixa alunos e alunas à mercê do ambiente que os rodeia e no qual abundam modelos de respostas agressivas, descontroladas e ineficazes diante dos conflitos interpessoais que, com frequência, se apresentam em todas as formas de convivência social.

Assim, o reconhecimento e a reflexão acerca das próprias emoções e alheias são fundamentais ao estudante e profissional da área médica para o fomento de sentimentos construtivos e elevados que resultarão em profissionalismo, comportamento ético e humanizado.

A compreensão do universo afetivo das pessoas representado pela emoção, sentimento e afetividade tem como objetivo principal entender o comportamento do ser humano. Diante das definições apresentadas acima por diversos autores, podemos dizer que a afetividade é construída através das experiências de vida e inter-relacionamentos

e sua expressão é feita através dos sentimentos. As emoções, respostas orgânicas geradas por essas vivências, possuem papel fundamental na modulação e construção da afetividade.

A maioria das pesquisas sobre a influência das emoções e afetividade nos atos pro sociais, atitudes interpessoais, experiências cognitivas e comportamentais são conduzidas em um ambiente não médico (OATLEY e JENKINS, 1996). No entanto, um estudo com alunos de medicina do terceiro ano mostrou que o estado afetivo influencia na tomada de decisão médica assim como no empenho e interesse investido no cuidado do paciente (ISEN et al, 1991).

Surpreendentemente, mesmo com os resultados destes estudos, pouco tem se pesquisado no campo da medicina sobre as emoções no relacionamento médico-paciente ou como efetivamente gerenciar as emoções que os estudantes vivenciam durante a sua prática clínica (WALD et al, 2010).

6.3.2 O aluno e suas emoções.

Os médicos devem perder o medo de se conhecer, de apalpar suas emoções, que não podem ser amputadas, pois fazem parte da sua arte médica. A carência dessa atitude faz com que o médico tenha sido definido algumas vezes como um profissional de emoções atrofiadas
MCWHINNEY, 1997.

As emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de Medicina. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal são focados em suas vidas emocionais.(SHAPIRO, 2011) Requer-se criatividade para abordar novos paradigmas de ensino, ainda que isto nos obrigue a adentrar em territórios até então pouco explorados.

Um fato que corrobora este dado ocorre quando o aluno é exposto à prática médica durante o internato (5^o e 6^o anos). Nesse período predomina uma cultura que estimula a manter um distanciamento do paciente para evitar um envolvimento emocional. Pode-se explicar esse comportamento como um mecanismo de defesa para fugir do contato com o sofrimento do outro ou mesmo para não se sentir impotente perante essa situação (LARA et al, 2009). Quando o profissional, seja aluno ou médico, tenta se proteger, erroneamente, com essa impessoalidade, automaticamente a empatia fica comprometida.

Alguns autores (EDWARDS e ZIMET, 1976) descrevem a mudança de atitude nos alunos dos últimos anos do curso médico como uma traumática perda da idealização e da humanização. Um processo de educação focada em habilidades afetivas se faz necessário para preservar e melhorar a empatia entre os médicos em formação (KUMAGAI, 2008).

Embora os estudantes tenham consciência que o processo educacional poderá torna-los menos empáticos (HAMMER, 2010), embora eles queiram estabelecer uma conexão emocional com seus pacientes (RUCKER e SHAPIRO, 2003) eles relatam medo de serem oprimidos pelos próprios sentimentos que por ventura possam ser desencadeados pelo encontro com o paciente (SHAPIRO¹³, 2009 apud SHAPIRO 2011, BOMBEKE et al, 2010).

É importante ressaltar que na relação médico-paciente, o impulso para se aproximar daquele que sofre está longe de ser automático na natureza humana. Na verdade, temos um igual, se não mais forte impulso, em recuar, em se distanciar do outro que sofre por um reflexo automático de auto proteção. O dualismo cartesiano que

¹³ Shapiro J. The Inner World of Medical Students: Listening to Their Voices in Poetry. New York, NY: Radcliffe Medical Press; 2009.

caracteriza grande parte do pensamento ocidental define a doença como o oposto de saúde; e a morte como o oposto da vida. Como saúde e vida são altamente desejáveis, doença e morte tornam-se altamente indesejáveis, temidos, evitados, ou até mesmo odiados (SHAPIRO, 2008).

É compreensível que, sem um preparo adequado, os estudantes de Medicina expressem respostas emotivas inadequadas diante de situações comuns no dia a dia do profissional da área, tais como dor, sofrimento e morte, situações essas em que se conscientizam de sua própria vulnerabilidade (LARSON e YAO, 2005). Quando não se tem a oportunidade de trabalhar as emoções geradas por essas situações difíceis e de refletir e compartilhar os sentimentos então gerados, o estudante desenvolverá uma repulsa afetiva e distanciamento, buscando amparo na técnica tão supervalorizada em sua formação e se afastando cada vez mais do comportamento humanista e ético sempre tão almejado. (MORETO et al, 2014).

A dificuldade em lidar com as emoções conflituosas talvez seja responsável pelo comportamento de humor cínico e depreciativo para com os pacientes, especialmente verificado em ambientes onde residentes se reúnem para visitas de plantão e discussão de casos. Ainda que comentários depreciativos não costumem dar-se diante dos pacientes e seja incomum que as pessoas de menor autoridade do grupo – nesse caso os estudantes – sejam os primeiros a iniciá-los, tal comportamento representa uma nociva influência nos cenários clínicos de formação de futuros profissionais da área médica (WEAR, et al, 2009).

Durante o curso médico os estudantes recebem uma mensagem implícita que devem ser capazes de tolerar o estresse e não expressar suas emoções (ANGOFF, 2001). Devido à própria imaturidade emocional do estudante de medicina, e de não saber lidar

com suas próprias emoções diante de situações estressantes na sua prática clínica, a solução mais fácil num primeiro momento parece ser o afastamento afetivo do outro e de si mesmo. “Não sentir nada” seria uma forma do aluno se proteger contra respostas emotivas inadequadas provenientes de situações estressantes (SHAPIRO, 2011; JENNINGS, 2009).

Os próprios estudantes reconhecem a necessidade de processar as emoções vivenciadas durante situações difíceis ou dilemas éticos (RUCHER e SHAPIRO, 2003). Além disso, há evidências que os estudantes de medicina são capazes de desenvolver sua consciência emocional (HOLM e ASPEGREN, 1999). No entanto, é importante dar a oportunidade durante o curso médico de o estudante desenvolver essa habilidade de autoconsciência.

Num estudo sobre dar más notícias, os pesquisadores identificaram que os estudantes que não tinham medo das reações emocionais do paciente tinham uma capacidade maior de expressar a empatia (MEITAR et al, 2009).

O objetivo explícito da medicina sempre foi o de preparar os profissionais para se aproximar de seus pacientes, com a intenção de fornecer compreensão e ajuda. Mas na era moderna, "esta aproximação" é mediada pela tecnologia: em vez de observar e tocar o paciente diretamente, os avanços científicos, muitas vezes substituem a intimidade tecnológica de proximidade pessoal. Entendimento é traduzido como diagnóstico e prognóstico; e assistência torna-se o tratamento e intervenção (SHAPIRO 2008).

O estado de saúde de uma pessoa está “sob ataque” constante. Os profissionais de saúde ao cuidar dos pacientes vivenciam diariamente a vulnerabilidade do corpo ao aparecimento de doenças e incapacidades. Dentro deste contexto é compreensível que o

impulso altruista seja muito vezes substituído por um impulso do distanciamento (SHAPIRO, 2008).

O autoconhecimento é essencial para a expressão dos valores fundamentais da medicina, tais como empatia, compaixão e altruísmo. Para ser empático, é necessário testemunhar e compreender o sofrimento do paciente e também compreender as próprias reações frente ao sofrimento do paciente (EPSTEIN, 1999). O exercício da auto reflexão crítica a partir do encontro com o paciente associado ao conhecimento das próprias emoções é um pre-requisito para compreender os sentimentos do outro e consequentemente é um indicador de habilidade empática (ROTTER et al, 2006).

Um pensador contemporâneo nos oferece uma importante sugestão de como as emoções influenciam no atuar ético do profissional. “Se é mais fiel não quando se pensa melhor, mas quando se sente mais profundamente (THIBON, 2005).

Embora as reações emocionais possam gerar condutas clínicas equivocadas, esses possíveis erros podem se tornar fonte de reflexão e com isso desenvolver respostas emocionais mais apropriadas na atuação clínica. Nesse contexto, vale ressaltar a importância de médicos e professores pensarem sobre como lidar com as emoções na educação médica. Desta forma será possível desenvolver modelos e conceitos teóricos para identificar possíveis métodos pedagógicos na linha da educação afetiva do estudante de medicina (SHAPIRO 2011).

6.3.3 Educando a afetividade para promover Empatia

O universo da afetividade, sentimentos e emoções vem assumindo um crescente papel de protagonismo no mundo da educação. A abordagem pedagógica clássica costuma dividir os objetivos educacionais em três grandes categorias: os cognitivos, os psicodinâmicos e os afetivos e a educação da afetividade. Enquanto que os dois

primeiros são de fácil avaliação ou , pelo menos, passíveis de uma avaliação objetiva – através de provas, teste e desempenho de aptidões – avaliar a qualidade da educação afetiva é tema que demanda muito maior complexidade. Não há como medir com objetividade o crescimento ou a correta orientação dinâmica afetiva do educando, e como sempre acontece com aquilo que é difícil de medir, corre o risco de ser esquecido, ou colocado no âmbito da pura arbitrariedade. Na maioria das vezes a avaliação da educação afetiva não é levada em consideração ao estabelecer os objetivos educacionais (BLASCO, 2006b).

O problema se pauta numa falta de compreensão do que seja a afetividade, e os seus componentes. Pretender uma avaliação objetiva – análoga à praticada com os conhecimentos técnicos – é desconsiderar a natureza do fenômeno. A dificuldade na medida, na avaliação, é porque talvez não se trate tanto de medir como de fomentar e promover a afetividade.

Qual seria o papel dos sentimentos no processo de aprendizado? Como é que influenciam e o que determinam? Se afinal, aprendizado é aquisição de conhecimento e aplicação prática em habilidades, qual seria a função dos sentimentos e a reclamada importância da educação da afetividade?

Sabemos, como fruto da experiência, que muitas coisas importantes da vida não são transmitidas por argumentação e sim por meio de um processo afetivo que tem mais a ver com o amor que se coloca em educar que com raciocínios especulativos. RETEGUI (1999), em seu ensaio sobre a beleza, comenta um dado observado na cultura vigente: hoje se pratica um culto à estética desvinculada de outros valores próprios do ser, os quais classicamente são conhecidos como transcendentais. Enquanto que para os clássicos o bom, o belo e o verdadeiro são inseparáveis, atualmente se observa um divórcio desses conceitos. Fala-se, por exemplo, de estética e beleza sem atender à

verdade. Talvez seja por isso que, quando se trata de educar os afetos, surja uma dúvida, quase um medo, por parte de alguns educadores, de que ao se trabalhar com sentimentos e emoções os outros valores sejam deixados de lado. A dúvida é se dessa forma não se estaria promovendo uma educação superficial e fictícia, que não alcançaria o núcleo da pessoa e fosse capaz de fomentar atitudes e valores.

O mesmo autor (RETEGUI, 1999) nos oferece uma explicação oportuna. Educar por meio da estética não significa ancorar na emoção e sensibilidade todo o corpo de conceitos necessários para construir os valores individuais. O que se pretende é provocar a reflexão, o que é imprescindível em qualquer intento de construção de personalidade. Trata-se do estabelecimento de um ponto de partida para uma aprendizagem mais profunda. Começar pelo belo, pelo que nos toca os afetos, para depois mergulhar na construção de valores que, além de serem atrativos, tenham um autêntico fundamento.

É possível incorporar um conhecimento técnico ou mesmo treinar uma habilidade sem refletir sobre eles, no entanto é impossível adquirir valores, progredir em virtudes, agrupar atitudes, sem um prévio processo de reflexão. O verdadeiro impacto educacional não termina nas emoções, decorre de um processo de reflexão sobre as emoções, que mediante docentes “enzimáticos” catalisam as reações emocionais e cristaliza em vivências (BLASCO, 2013b).

Comprovamos inúmeras vezes nos outros – alunos, pessoas em formação – e de modo convincente em nós mesmos, que o progresso formativo não vem determinado apenas pelo que se conhece e pelo que se faz, mas pelo modo como se conhece e como se executa.

É justamente no âmbito afetivo onde o personalismo se impõe com condição eficaz de aprendizado e assimilação de atitudes. Não deve haver muita diferença em

expor os conceitos da fisiopatologia do câncer gástrico ou da diabetes melitus de modo objetivo ou levando em conta os sentimentos, que dificilmente modificarão as informações científicas. No entanto, quando se trata de promover atitudes, tomar decisões, provocar reflexão, estimular a conduta ética, construir, enfim, a personalidade, não é em absoluto equivalente enunciar os princípios do bem agir – a modo de manual de boas maneiras.

RETEGGUI (1999) comenta que não basta um conhecimento teórico do que é bom e virtuoso; é necessário uma experiência de momentos de alegria e felicidade, durante o processo educacional, e não apenas treino técnico.

O mesmo autor anota textualmente:

São muito poucos os afortunados que tem a singular experiência “estética” de assistir ao discurso de verdadeiros mestres sobre as coisas mais importantes. As experiências estéticas decisivas não são as dirigidas a contemplar estritamente “obras de arte”, mas a experiência do belo no seu sentido mais nobre e rico, isto é, nas situações humanas em que brilha com intensidade a verdade e o bem mais intenso, o humano. Portanto, não se trata simplesmente de visitas a museus e obras de arte, mas de participação intensa em situações humanas adequadas. O que fascinou muitos universitários não foi somente o conteúdo intelectual das lições ou seminários, ou dos debates a que assistiram, mas a experiência singular de assistir a estas conversas presididas por uma afinidade intensa com a verdade, e o fato de terem tratado com mestres cujas lições eram testemunho de uma disposição pessoal a respeito da realidade,

na qual brilhavam a verdade e o bem humano de forma tal que resultavam arrebatadores.

Educar as emoções implica um processo sério onde, inicialmente devem ser identificadas para então torná-las explícita e capazes de serem trabalhadas pelo professor com intuito de ser utilizada corretamente para promover uma relação médico-paciente eficaz. Assim, ignorar as emoções, pela peculiar dificuldade do seu manejo e educação, acaba privando o futuro médico de um instrumento necessário para melhorar sua atuação profissional.

Este processo educacional de educar a afetividade requer tato, habilidade, evitar precipitações, promover aprendizagem que respeite, de algum modo, o ritmo fisiológico da emotividade. Não se pode obrigar a ninguém a sentir o que não se sente. Se pode sim, mostrar o gosto, e esperar que o tempo e a reflexão sobre o que se sente, vai se aperfeiçoando num paladar afetivo. Um processo que é uma verdadeira educação sentimental (MARIAS, 1992).

O papel dos sentimentos na construção da racionalidade tem implicações para o tema da educação. As emoções tem um papel essencial nas representações dos dilemas e expectativas do aluno; por outro lado, a experiência dos educadores, antropólogos e humanistas nos fazem ver que as emoções podem ser terreno fértil nos objetivos educacionais, quando o que se pretende é promover atitudes que vão ao encontro dos questionamentos do aluno (BLASCO, 2006b).

Os resultados apontados até o momento levantam uma questão fundamental: a empatia do estudante é suscetível à mudança durante o curso médico, tanto positiva quanto negativa, e algumas variáveis como gênero e especialidade pretendida também podem ter alguma influência sobre a empatia. Estes resultados nos fazem pensar em outro

tópico importante: como podemos interferir no processo educacional para preservar ou talvez melhorar a empatia dos estudantes?

6.4 Possíveis métodos de intervenção

Muitos são os desafios no campo da promoção da empatia na graduação médica. A preocupação sobre o tema é um passo importante, mesmo que não haja respostas claras a todas as perguntas e dúvidas até o momento.

Não é objetivo principal do presente estudo avaliar os métodos de intervenção para melhorar ou preservar a empatia. No entanto, diante dos resultados obtidos, pontuaremos algumas possibilidades de intervenção encontradas na literatura que tem mostrado um impacto na melhora da empatia do estudante de medicina.

Uma revisão sistemática foi realizada por BATT-RAWDEN et al (2013) com o intuito de avaliar o impacto das novas metodologias de intervenção desde o ano de 2003 que estão sendo desenvolvidas com o intuito de promover a empatia do estudantes de medicina. Nesse artigo foram sugeridas algumas estratégias educacionais que obtiveram um resultado positivo no escore de empatia. Dentre elas podemos citar: Narrativas; Uso das Artes em geral como Filmes, Poesia, Drama (SHAPIRO et al, 2004); Escrita Reflexiva com intuito do estudante explicitar seus próprios sentimentos provenientes da prática do atendimento (SHAPIRO et al, 2006). Essa prática da Escrita Reflexiva proporcionou um melhor entendimento dos sentimentos do paciente e suas perspectivas sobre sua enfermidade assim como suas consequências, contribuindo desta forma para manutenção da empatia (ROSENTHAL ET AL 2011). Outras metodologias tiveram impacto na melhora da dimensão cognitiva da empatia como: Educação das habilidades de Comunicação através do uso da dramatização (BOMBEKE et al, 2001);

Educação de Habilidades Interpessoais através da gravação de consultas com pacientes estandardizado acompanhadas de posterior discussão (TIURANIEMI et al, 2011).

BAYNE, 2011 destaca a importância do modelo do professor nesse processo educacional da empatia. É fundamental para o desenvolvimento da empatia que o estudante vivencie relações empáticas com seus professores. Desta forma o estudante terá mais chance de desenvolver uma relação empática com seus pacientes.

BORREL et al (2006) reforça o papel do professor dizendo que o aprendizado se dá através do “contágio” das atitudes éticas do professor demonstrada durante a sua prática clínica diária. O mesmo autor aborda aspectos importantes que um professor deve ter para ser um bom modelo:

1) Desenvolver hábito reflexivo. O professor deve mostrar ao estudante que as reações negativas frente a pacientes difíceis são capazes de serem trabalhadas e educadas através da reflexão, da mesma forma que é possível aprender a fazer uma sutura ou uma palpação da tireoide;

2) Identificar situações especialmente relevantes de conduta ética e comentar com o estudante, mostrando muitas vezes suas dúvidas e relativizando suas certezas;

3) Mostrar ao estudante como fazer na prática, convidando abertamente para que faça da mesma forma;

4) Cuidado com o curriculum oculto, ou seja, evitar comentários jocosos quando o paciente sai do consultório ou mesmo comentários sobre o paciente em ambientes públicos como elevador ou cafeteria;

5) Criar clima institucional apropriado, onde as discussões clínicas abordem o paciente como pessoa e não somente como um corpo doente.

Não há dúvida que existe uma íntima relação entre as experiências de vida e o desenvolvimento da empatia. Daí surge a importância do exemplo/modelo num cenário

de aprendizado, onde estudantes e jovens médicos são inspirados pelas atitudes dos seus professores durante a prática com o paciente. O modelo educacional onde os estudantes aprendem do professor enquanto este atua junto do paciente é um modelo clássico que se remonta às corporações de ofício da Idade Médica. O aprendiz junto do mestre, vendo fazer, fazendo junto com ele, em contínua supervisão. Esse modelo, que os educadores de língua inglesa denominam “Tag-along” (como grudar-se e andar juntos!), permite que os estudantes incorporem atitudes e comportamentos na abordagem do paciente real e identifiquem questões úteis para o seu futuro profissional (BLASCO et al, 2006 c).

Além do exemplo do professor, ensinar e promover a empatia conta com as possibilidades decorrentes da formação humanística e cultural. A arte, que imita a vida, oferece variadíssimas situações onde o aluno é capaz de incorporar as características “difíceis de ensinar” (pelos métodos tradicionais). Daí que alguns autores enfatizem a importância da arte, literatura e reflexão sobre sua própria vida no desenvolvimento da empatia (LARSON e YAO, 2005).

SWICK (2000), no seu artigo sobre profissionalismo médico, comenta que a excelência profissional abrange uma formação técnica de qualidade associada a comportamentos que denotem a aquisição de valores humanísticos, tais como: observar altos padrões morais e éticos; demonstrar compromisso contínuo com a excelência; buscar a excelência por meio da contínua aquisição de conhecimento e desenvolvimento de novas habilidades; lidar adequadamente com altos graus de incertezas e complexidades; demonstrar valores humanísticos como empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; lealdade e respeito pelo outros; e, finalmente, refletir sobre decisões e ações.

A aquisição desses valores pode ser alcançada mediante uma formação humanística alicerçada em uma exposição às humanidades, ou seja, em disciplinas tais como filosofia, literatura e artes em geral, espiritualidade e medicina baseada em narrativas. Estas são as áreas em que empatia, compaixão, comunicação e responsabilidade são iluminadas, praticadas e aprendidas (WEAR e CASTELLANI, 2000) e em que se propicia a reflexão acerca das questões sutis que envolvem os processos de adoecimento e cura.

A incorporação das humanidades na educação médica tem como objetivos educacionais primordiais o despertar atitudes e valores, muitas vezes inesperados nos próprios estudantes, que estarão em função da escala de valores, da educação e da maturidade que cada um possua. Os objetivos não se medem tanto pelos resultados finais, como pela capacidade de compreensão ampliada sobre o ser humano que o processo lhes traz, incluído o que se denomina resultados latentes.

A música tem se mostrado como um instrumento útil para que o estudante de medicina fale sobre si mesmo, sobre suas dúvidas e expectativas como futuro médico. Além disso, contribui no resgate dos seus ideais, seus sonhos e valores de vida (JANAUDIS et al , 2011). Os questionamentos e dúvidas abordados durante as discussões decorrentes da interação com as canções estão diretamente relacionadas com o âmbito emocional e são uma grande oportunidade para serem trabalhadas.

A educação da afetividade com o uso do Cinema têm mostrado resultados positivos no que diz respeito a estimular a reflexão do estudante de medicina (BLASCO, 2002). A reflexão é fundamental para o aprimoramento das atitudes e comportamentos, assim como a incorporação de virtudes e valores.

Outros instrumentos que também têm se mostrado promissores para abordar questões relacionadas com a emotividade do aluno são a utilização da literatura, as narrativas (BENEDETTO, 2010) e o uso da ópera (BLASCO et al, 2005).

6.5 Limitações do estudo

6.5.1 Instrumento utilizado

Independente do resultado obtido com os instrumentos utilizados, é importante ressaltar a possibilidade da ocorrência de um viés dos questionários de auto avaliação que é das respostas “socialmente corretas”. Os entrevistados podem manipular suas respostas em testes de personalidade e auto avaliação para produzir um resultado socialmente desejável. EDWARD (1957) foi o primeiro a estudar o “Fenômeno da desejabilidade social” onde o entrevistado de uma maneira inconsciente tende a responder as questões não necessariamente como ele pensa, sente ou age, mas como são reconhecidas como socialmente aceitáveis.

HOJAT el al (2009) na *Jefferson Scales of Empathy (JSE). Professional Manual & User's Guide*, levantam essa preocupação ao mesmo tempo em que tentam minimizar esse viés explicando para os participantes do estudo que as respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Essa garantia por si só pode reduzir a tendência para as respostas socialmente desejáveis, mas pode não ser suficiente.

Não foi analisado o comportamento real do aluno, ou seja, a autenticidade da habilidade empática. Estudos de observação poderiam avaliar melhor a correlação entre os escores obtidos e a atitude empática na prática clínica, afinal, empatia é mais que um checklist de ações.

6.5.2 Análise estatística

As diferenças estatisticamente encontradas no presente estudo não necessariamente indicam uma deficiência da empatia na clínica, ou seja, podem ser clinicamente irrelevantes. Este fato se deve a não avaliação do índice estatístico do tamanho e efeito. Este índice mostra se as diferenças obtidas no estudo possuem uma importância prática e clínica (COHEN, 1987 ; HOJAT e XU, 2004).

O estudo foi realizado numa única instituição (unicêntrico), o que prejudica a generalização dos resultados. Outra limitação referente ao desenho do estudo é a da avaliação transversal, o que impede a inferência de causalidade, mas permite o estudo de associações.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No método natural de ensino, o estudante começa com o paciente, continua com o paciente e termina seu estudo com o paciente

Sir. William Osler (1903)

A Medicina vive tempos de vertiginoso progresso técnico, no entanto a relação médico-paciente encontra-se na grande maioria das vezes completamente despersonalizada. Não podemos esquecer que a Medicina é uma profissão que está a serviço do ser humano. Cultivar valores humanos em geral e desenvolver habilidades interpessoais e a empatia em particular, são elementos fundamentais para a boa atuação médica (HOJAT el al 2009).

Ser médico e cuidar de pessoas implica em conhecer não apenas sobre fisiopatologia das doenças, mas ser capaz de entender o ser humano que sofre com determinada doença. Enquanto o conhecimento técnico ajuda a resolver problemas baseados na doença, o real desafio é conhecer o paciente acometido pela doença para desta forma alcançar uma prática médica de excelência. A complexidade da medicina está no próprio paciente e não da doença em si (BLASCO e MORETO, 2012).

Aprender a entender as expectativas do paciente – por colocar um exemplo de amplo espectro da empatia – é sem dúvida um dos objetivos educacionais a ser alcançado durante o curso médico. Os objetivos são claros, sabemos o que devemos ensinar, no entanto o desafio é: como ensinar? Qual é o aprendizado real do estudante?

Dentre os objetivos propostos do presente estudo sobre avaliar a empatia nos diferentes anos de formação e sua comparação nas dimensões afetivas e cognitivas, gostaríamos de ressaltar o resultado encontrado referente a erosão da empatia entre os estudantes durante o curso de medicina quando **analisada sua dimensão afetiva**. Mesmo com as limitações do estudo referente aos instrumentos utilizados e a análise

estatística, não podemos fechar os olhos para um ponto importante na formação do estudante de medicina que é a educação das suas emoções.

Na literatura encontramos alguns fatores que podem contribuir para a erosão da empatia durante o curso médico: A falta de exemplos adequados por parte dos professores, grande quantidade de informação técnica a ser transmitida com a consequente limitação do tempo para abordar questões humanísticas que delineiam a relação médico-paciente (HOGAN, 1969); a tensão que surge entre os ideais do estudante e a prática clínica cotidiana (MORETO et al, 2008) ; a sobrecarga emocional que deriva do contato com o sofrimento (LARA et al, 2009).

O tema do exemplo no cenário educacional é uma possibilidade real, moduladora da empatia, contribuindo para a prevenção da sua erosão. O bom exemplo educa, da mesma forma que é capaz de deformar. Os estudantes e médicos jovens são inspirados – para o bem e para o mal – pelas atitudes que observam em seus professores e formadores. Atuar junto com o paciente, vendo como se faz, seguindo os passos do professor, permite incorporar atitudes e comportamentos que estruturam o estilo profissional futuro (BLASCO et al, 2006c).

A identificação desta erosão afetiva durante o curso médico fortalece a necessidade de elaborar estratégias educacionais efetivas que possam contribuir para uma boa formação do futuro profissional médico. A intervenção nesse processo consistiria mais que ensinar algo novo, mas sim prevenir sua erosão. As estratégias educativas estariam dirigidas a prevenir a erosão da empatia mais que aumentá-la.

Percebe-se, no meio acadêmico, uma busca cada vez mais decidida para desenvolver recursos que ajudem efetivamente o desenvolvimento emocional e afetivo do estudante. A dimensão afetiva e a participação das emoções no processo formativo

oferecem-nos um norte para trabalhá-las e progredir na educação afetiva. É certamente um caminho que sintoniza com a promoção da empatia.

O educador precisa assumir uma postura que incorpore a emoção no processo educacional.

FERRES (2000) comenta:

Para defender-se de uma cultura apenas emotiva, em detrimento da racionalidade e do conceito, devem-se incorporar certas doses de emotividade nos processos educativos.

Quer dizer, se o educador teme que as emoções tomem conta de todo o processo formativo, não tem outro remédio senão utilizar as emoções, como uma vacina sábia, que garanta a saúde do aprendiz. Deve-se chegar, pois, a uma postura conciliadora, permitindo que seja a emoção a que cumpra o papel que lhe cabe: ativar o desejo de aprender, motivar o estudante. Somente depois é possível, através da racionalidade, estabelecer os fundamentos conceituais. E ainda adverte o mesmo autor:

Todo o mundo é de algum modo produto da cultura onde é educado. Os educadores devem compensar as falhas dessa cultura, mas não desde parâmetros comunicativos opostos aos da cultura hegemônica. A sintonia com o educando torna-se essencial: de nada servem os raciocínios se não se consegue contatar com o destinatário.

Educar as emoções se perfila como um importante elemento para promover a empatia e as atitudes éticas como um todo (BLASCO el atl, 2013) . No universo de hoje as emoções são atores principais no cenário da educação. Para uma educação eficaz, teremos que contemplar as emoções e aprender a aproveitá-las e a colocá-las no seu

verdadeiro lugar, facilitando sua catarse. Compartilhar emoções, ampará-las em discussões abertas, abre caminho para uma verdadeira reconstrução afetiva.

Trabalhar as emoções para educá-las implica um processo educativo sério onde se deve inicialmente identificar e torná-las explícitas; depois avaliar sua correta utilização com o intuito de promover a relação médico-paciente eficaz mantendo o foco da ação médica no seu verdadeiro objetivo que é o benefício do paciente (MORETO et al, 2014).

No entanto, não basta provocar a catarse das emoções nos cenários docentes, pensando que os sentimentos “in natura” formarão atitudes estáveis. É a habilidade do professor que torna possível transformar as emoções em vivências, que estimule à reflexão individual, cujo produto final será a incorporação de atitudes estáveis e duradouras (MARIAS, 1992).

Os recursos humanísticos na educação médica abrangem o amplo espectro da condição humana e podem ser utilizadas como ferramenta para propiciar a reflexão individual. Cada vez com maior frequência surgem iniciativas vinculadas às humanidades e as artes, na tentativa –urgente, e ao mesmo tempo, paciente e continuada- de conduzir o estudante de hoje –médico de amanhã- no caminho da reflexão sobre a riqueza da dimensão humana. Atendendo a esta necessidade vêm emergindo linhas de pesquisa que integram as humanidades na formação dos estudantes de medicina, mostrando que a arte facilita a compreensão das emoções humanas e as atitudes do paciente perante a doença, e ajuda o médico a cuidar do paciente corretamente. Para saber lidar com estas realidades as humanidades ajudam e, sobretudo, educam. Lembrando que educação é mais do que simples treino: implica uma atitude reflexiva no médico e um desejo contínuo de aprendizado ao longo da sua

carreira profissional (MORETO e BLASCO, 2012).

A incorporação das humanidades na educação médica tem como objetivos educacionais primordiais o despertar atitudes e valores, muitas vezes inesperados nos próprios estudantes, que estarão em função da escala de valores, da educação e da maturidade que cada um possua. Na verdade este processo educacional através das humanidades assemelha-se a uma viagem: importa mais o que se aprende durante o tempo que leva, do que propriamente o destino. Um processo que atenta mais para uma educação real, e não para o simples treino (BLASCO et al 2005).

A formação humanística e cultural é um recurso clássico na educação médica e um caminho tradicional para promover a empatia. A arte que imita a vida, oferece variadas situações onde o estudante é capaz de incorporar as características difíceis de ensinar pelos métodos tradicionais. Por isso alguns autores enfatizam a importância das artes, da literatura e da reflexão sobre a própria vida para promover a empatia

Dentro do universo da educação afetiva e dos recursos humanísticos podemos identificar na literatura algumas metodologias que tem mostrado resultados promissores como: Narrativas (SHAPIRO ET AL, 2004; BENEDETTO, 2010; WEAR e CASTELLANI, 2000) ; Cinema (BLASCO et al 2006d; SHAPIRO et al 2004); Literatura (LARSON e YAO, 2005; WEAR e CASTELLANI, 2000); Música (JANAUDIS et al, 2011) e Ópera (BLASCO et al, 2005).

A erosão afetiva da empatia durante o curso médico encontrada no nosso estudo fortalece a proposta de que é muito difícil promover a empatia sem ter em conta as emoções do estudante. O professor tem que estar atendo a momentos cruciais onde emergem as emoções do estudante e utilizar esse momento como oportunidade formativa. É responsabilidade do professor proporcionar um ambiente favorável para o estudante expor suas angústias, medos e fragilidades; permitir que compartilhe seus

sentimentos para então serem trabalhadas pelo professor levando a um amadurecimento afetivo e conseqüentemente o desenvolvimento da empatia (MORETO et al 2014).

8. ANEXOS

ANEXO A: ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA – VERSÃO PARA ESTUDANTES

Para cada afirmação, indique seu nível de concordância ou discordância de acordo com a escala abaixo:

Discordo fortemente						Concordo fortemente	
1	2	3	4	5	6	7	

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

ANEXO B. Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal - (EMRI).

Para cada item, indique quanto o seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo

Não me descreve muito bem			Descreve-me muito bem	
1	2	3	4	5

ITENS	POSIÇÃO
1. Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.	
2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.	
3. Às vezes, eu não me lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.	
4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.	
5. Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.	
6. Quando eu vejo alguém sendo logrado (enganado) eu sinto vontade de protegê-lo.	
7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	
8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.	
9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.	
10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.	
11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.	
12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.	
13. Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele.	
14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.	
15. Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.	
16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.	
17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.	
18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.	
19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.	
20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.	
21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.	

EMRI. Itens agrupados segundo dimensão afetiva e cognitiva

ITENS
AFETIVO
1. Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.
3. Às vezes, eu não me lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.
4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.
6. Quando eu vejo alguém sendo logrado (enganado) eu sinto vontade de protegê-lo.
7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.
9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.
10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.
12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.
13. Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele.
14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.
15. Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.
17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.
18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.
20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.
COGNITIVO
2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.
5. Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.
8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.
11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.
16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.
19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.
21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.

ANEXO C - Dados sócio demográficos

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados, mantendo o seu anonimato, e poderão contribuir para elaborar estratégias educacionais para melhorar o ensino médico.

Agradecemos sua colaboração.

Preencha inicialmente os campos abaixo:

1. Sexo: () masculino () feminino

2. Idade: _____ anos

3. Semestre que está cursando:

☐	1º semestre	☐	2º semestre	☐	3º semestre	☐	4º semestre
☐	5º semestre	☐	6º semestre	☐	7º semestre	☐	8º semestre
☐	9º semestre	☐	10º semestre	☐	11º semestre	☐	12º semestre

4. Ensino fundamental (1º grau) e médio (2º grau) realizado em escola:

Ensino Fundamental:

- () Totalmente em escola pública
- () Maior parte em escola pública
- () Igualmente em escola pública e particular
- () Maior parte em escola particular
- () Totalmente em escola particular

Ensino Médio:

- () Totalmente em escola pública
- () Maior parte em escola pública
- () Igualmente em escola pública e particular
- () Maior parte em escola particular
- () Totalmente em escola particular

5. Em qual(is) cidade(s) cursou o ensino médio (excluindo cursinho pré-vestibular)

6. Você participa de algum dos programas abaixo (pode assinalar mais de um):

- () FIES (Financiamento estudantil)
- () Programa PROUNI
- () Sou bolsista total, não-PROUNI
- () Sou bolsista parcial, não-PROUNI
- () Nenhum

7. Com quem você reside:

- () Sozinho
- () Com parentes, exclusivamente
- () Com amigos, exclusivamente
- () Com parentes e amigos

8. Qual especialidade médica pretende fazer (caso considere mais de uma, aponte-as em ordem de preferência).

Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Graziela Moreto**, médica, doutoranda da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr Paulo de Andrade Lotufo. Estou realizando um estudo na Faculdade de Medicina São Camilo intitulado “Avaliação da modificação da empatia entre estudantes de medicina durante o curso de graduação”, que tem como objetivo identificar e comparar o grau de empatia do estudante nos diferentes anos de graduação do curso de medicina.

Serão convidados a participar do estudo todos os alunos que estejam matriculados no curso de Medicina da São Camilo.

Ao participante do estudo será garantido o sigilo das informações, o anonimato, bem como a liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, mesmo após ter assinado o termo, sem que isto traga prejuízos ao aluno.

O participante do estudo terá direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal.

Os resultados obtidos com o estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Diante do exposto, eu
_____, RG _____ declaro
que fui convenientemente esclarecido sobre o estudo a ser realizado por **Graziela Moreto** e consinto em participar.

A pesquisa terá a duração de 6 (seis) meses. Durante este período, caso necessite de informações adicionais ou decidir pela retirada do consentimento, entrar em contato com o pesquisador responsável, Graziela Moreto, pelos telefones 3253-7251 ou 98929 0879.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Outcomes Project. Disponível em: <http://www.acgme.org>

Aderman D, Berkowitz L. Self-concern and the unwillingness to be helpful. *Soc Psychol Q.* 1983. 46:293–301

American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. Philadelphia: ABIM Foundation; 2001.

Angoff NR. A piece of my mind: Crying in the curriculum. *JAMA.* 2001; 286:1017–1018

Arantes VA. A afetividade no cenário da educação: In: Oliveira MK, Rego TC, Souza DTR. Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Moderna; 2002.

Authier J. Showing warmth and empathy. In: Hargie O, ed. *A Handbook of Communication Skills*. London, England: Croom Helm; 1986:441-465

Bagshaw M, Adams M: Nursing home nurses' attitudes, empathy, and ideologic orientation. *Int J Aging Hum Dev.* 1986; 22: 235–246

Bailey BA. Empathy in medical students: Assessment and relationship to specialty choice. *Dissertation Abstracts International.* 2001; 62 (6-A) 2024

Barnett RC, Biener L e Baruch GK. Gender and stress. New York: Free Press. 1987

Barrett-Lennard GT: Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in the Therapeutic Change. *Psychol Monogr.* 1969; 76(43, number 562)

Batt- Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Academic Medicine.* 2013;88(9): 1-7

Bauer, J. Warum ich fu" hle, was Du fu" hlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons). Hamburg: Hoffmann und Campe. 2005

Bayne HB. Training medical students in empathic communication. *J Spec Group Work.* 2011;36:316–329

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6.

Benedetto, MAC. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde*, 2010; 34 (3):311-319

Bendapudi N, Berry L, Frey K, Turner J, Rayburn W. Patient's perspective on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proc.* 2006;81(3): 338-344

Bertakis KD, Roter D, Putman SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 1991; 32:175–181

Blasco, P. G. Medicina de Família & Cinema: Recursos Humanísticos na Educação Médica. Ed. *Casa do Psicólogo*. São Paulo. 2002.

Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med.* 2005; 37(1):18-20.

Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta, AFT, Moreto, G. Cinema para o Estudante de Medicina. Um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2005b; 29(2): 119-128.

Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Atención Primaria.* 2006a; 3(4):225-229.

Blasco PG. Educação da afetividade através do cinema. 2006b. IEF – *Instituto de Ensino e Fomento*. Curitiba – PR - Brasil

Blasco, PG, Roncoletta, AFT, Moreto, G, Levites, MR, e Janaudis, MA. Accompanying Physicians in Their Family Practice: A Primary Care Model for Medical Students' Learning in Brazil. *Fam Med.* 2006c; 38(9):619-621.

Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Fam Med.* 2006d; 38(2):94-6

Blasco PG. A Arte Médica (I): A Formação e as Virtudes do Médico. *RBM. Revista Brasileira de Medicina.* 2012; 69: 9-17.

Blasco PG, Moreto G. Teaching Empathy through Movies: Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education. *Journal of Education and Learning.* 2012; 1: 2012. 22-34

Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética.* 2013;17: 28 – 48.

Blasco PG. Lições de Liderança no cinema. São Paulo: SOBRAMFA 2013b

Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ.* 2010;44:662–673.

Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns.* 2011;84:310–318.

Borrell F. Entrevista clínica. Barcelona: Semfyc; 2004.

Borrel-Carrio, F; Epstein, RM; Alenta, HP. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin*. 2006; 127(9): 337-342

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

Brown K, Ryan R. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well being. *J Pers Social Psychol*. 2003;84:822-848

Burack JH, Irby DM, Carline JD, Ambrozy DM, Ellsbury KE, Stritter FT. A study of medical students's specialty-choice pathways: Trying on possible selves. *Academic Medicine*. 1997; 72:534-541

Cahil L. His brain, her brain. *Scientific American*. 2005; 292, 40-47

Carkhuff R: Helping and Human Relations: Selection and Training, vol 1. New York, Holt, Rinehart, and Winston, 1969

Charon R, Greene MG, Adelman R . Woman readers, woman doctors: A feminist reader-response theory of medicine. En E. S. More e M. A. Milligan (Eds). The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine.. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 1994 : 205-221

Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1434–1438

Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD: From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2007;82:1079-1088

Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH: Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teach Learn Med*. 1998;10:8-11

Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(1): 571-80

Coutts-van-Dijk LC, Bray JH, Moore S e Roger J. Prospective study of how students' humanism and psychosocial beliefs relate to specialty matching. *Academic Medicine*. 1997; 72:1106-1108

Davis MH. Empathy: A Social Psychological Approach. Madison, Wis: Brown and Benchmark Publishers;1994.

Davis MH: Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 44:113–126

De Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: o que elas revelam? *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Especial Oncologia)*. 2013; 70(3): 11-17.

Decety, J., e Jackson, P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006; 15: 54–58.

Decety, J., & Jackson, P. L. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004; 3: 71–100.

Decourt LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*. 2000

Deliang Wen, Xiaodan Ma, Honghe Li, Zhifei Liu, Bensong Xian and Yang Liu Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *BMC Medical Education*. 2013, 13:130

Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med*. 2009;84:1198-1202.

Edwards, A. L. The social desirability variable in personality assessment and research. New York: Dryden. 1957

Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ*. 1976;51:619–625.

Eisenberg N, Lennon R: Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull*. 1983; 94:100–131

Epstein RM. Mindful practice. *Jama*, 1999 ;282(9):833-839

Epstein RM. Embedding professionalism in medical education. Actas de 11th International Ottawa Conference on Medical Education. 2004, 4-8 julio; Barcelona

Epstein RM. Mindful practice and the tacit ethics of the moment. En: Kenny N, Shelton W, editors. Lost virtue: professional character development and medical education. Amsterdam, New York: Elsevier; 2006.

Fairburst, K; May, Carl. What General Practitioners find satisfying in their work: implications for Health Care System Reform. *Annals of Family Medicine*. 2006 ; 4: 500-505

Feffer, M; Suchotliff, L. Decentering implications of social interactions. *J Pers Soc Psychol*. 1966; 4:415 -422

Ferres J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós, 2000

- Fonagy,P. Attachment theory and psychoanalysis. New York;Other Press. 2001
- Forest-Streit U: Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ* 1982; 57:65–67
- Gallese, V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003; 36: 171–80
- Gallian, DMC. As humanidades e o saber médico. Publisher Arvo Comunicacion. Salamanca. 2002: 4750
- Goldstein AP, Goedhart A: The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol*. 1973; 1:168–173
- Gudin M. “Cérebro e afetividade”Eunsa. Pamplona. 2001
- Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. New York, NY: Oxford University Press.2001
- Hammer RR. An education that pierces what the knife cannot: A student perspective. *Anat Sci Educ*. 2010;3:151-153
- Hass JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000; 15: 122-128
- Henderson, S. Care-eliciting behavior in man. *The journal of Nervous and Mental Disease*. 1974; 159,172-181
- Hoffman, M. L. Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 1977; 84: 712-722.
- Hogan R: Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33:307-316
- Hojat, M. Perception of maternal availability in childhood and selected psychosocial characteristics in adulthood. *Genetic, Social and General Psychology Monograph*. 1996; 122: 425-450.
- Hojat, M. Satisfaction with early relationships with parents and psychosocial attributes in adulthood: Which parent contributes more? *Journal of General Psychology*. 1998;159: 203-220
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61:349 – 365
- Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callaham CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*. 2002; 36:522-27.

Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002b;159:1563-1569.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. Na empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004; 38:934-941.

Hojat M, Zucherman, M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Vergare M, Magee M. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perception of mother and father. *Personality ad Individual Differences*. 2005;39:1205-1215

Hojat M. Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella J. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School *Acad Med*. 2009; 84:1182–1191.

Hojat M, Gonnella J, Maxwell K. Jefferson Scales of Empathy (JSE). Professional Manual & User's Guide. December 2009b Edition

Holm U, Aspegren K. Pedagogical methods and affect tolerance in medical students. *Med Educ*. 1999;33:14-18

Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*. 2005; 60: 581-592

Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2004;17: 212-220

Isen AM, Rosenzweig AS, Young MJ. The influence of positive affect on clinical problem solving. *Med Decis Making* 1991;11:221-227

Janaudis, MA; Blasco, PG, Ângelo, M; Lotufo, PA. Nos bailes da vida: A música facilitando a reflexão na educação médica. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2011;68: 7-14.

Javier García Campayo La práctica del «estar atento» (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40(7):363-366

Jennings ML. Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *J Med Humanit*. 2009; 30:253-269.

Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: Psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*. 2009;84:1192-1197.

Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *Jama*. 1990;263:572-573

Kirk WG, Thomas AH: A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval*.1982; 4:177-179

Kleinman A, Eisenberg L,Good, B. Culture, Illness, and Care. Clínic Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Int Med*.1978; 88:251-258

Klischcz J, Hebanowski M e Rembowski. 1998. Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Academic Medicine*. 1998; 73:541

Koller S.H, Camino C. e Ribeiro J. Adaptação e validação de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de psicologia (Campinas)*. 2002; 18(3):43-53.

Kroenke K, Jackson JL. Outcome in general medical patiens presenting with common symtoms. *Fam Pract*. 1998;15:398-403

Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(1): 38-45

Kumagai AK. A conceptual framework for the use of illness narrative in medical education. *Acad Med*. 2008; 83:653-658

LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza-Hasse AM, Blanchard KH: Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res*.1976; 25:447-451

LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT: Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract* 1987; 1:197-213

LaMonica EL: Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health* 1981; 4:389-400

Langer EJ. *Mindfulness*. Reading, Mass: Addison- Wesley Publishing Co Inc; 1989.

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*.2002;325:682-683.

Lara, J.R.L.; Moral, R.R.; Campayo, J.G. Por que algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados?) com sus pacientes?. *Atención Primaria*. 2009; 41(11): 646-649

Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as Emotional Labor in Patient-Physician Relationship. *Jama*. 2005; 293(9): 1100-1106.

Layton JM: The use of modeling to teach empathy to nursing students. *Res Nurs Health* 1979; 2:163-176

Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *Jama*. 1994; 273:1619-1620

Livinson W, Roter D: Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:375-379

Marañón G. Prólogo a mis prólogos. Espasa Calpe Madrid.1966.

Marias J. La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial.1992.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*.1999;281(3):283

MacIntyre A. Edith Stein. Un prólogo filosófico . Ed Nuevo Inicio. Granada.2008

McWhinney, I. A textbook of Family Medicine. New York. Oxford University Press. 1997

Medical professionalism in the new millennium: a physician charter project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-246.

Mehrabian A, Epstein NA: A measure of emotional empathy. *J Pers*. 1972; 40:525-543

Meitar D, Karnieli-Miller O, Eidelman S. The impact of senior medical students' personal difficulties on their communication patterns in breaking bad news. *Acad Med*. 2009;84: 1582-1594

Mendel D. Proper Doctoring .Ed. Espanhola: 'El Buen hacer Médico'. EUNSA. Pamplona 1991

Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6): 699-705

Moreno M, Satre G, Lear A , Busquets M D. Falemos de Sentimentos: A afetividade como um tema transversal. São Paulo: Moderna, 2003.

Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. Una Nueva Metodología Docente en Bioética: Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética*. 2008. 12; 2 (31): 133-144.

Moreto G, Blasco PG. A Erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2012;69:12-17

Moreto G, González-Blasco P, Craice-De Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Aten Fam*. 2014; 21(3):94-97.

Mosquera JJM, Dieter CS. Afetividade: a manifestação de sentimentos na educação. *Educação*. Jan.-abr. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006; 29(58):123-33

Neumann M, Bensing J, Mercer J, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*. 2009;74: 339-346.

Nhat Hahn T. *Peace Is Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life*. New York, NY: Bantam Books. 1992.

Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6:420-423

Nobre de Melo AL. *Psiquiatria*. VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1979.

Oatley K, Jenkins JM. *Understanding Emotions*. Cambridge, MA: Blackwell. 1996

Orellana-Peña CM. Médicos Humanistas. *Persona y Bioética*. 2014;18(1):57-69

Olsen DP: Development of an instrument to measure the cognitive structure used to understand personhood in patients. *Nurs Res*. 1997; 46:78–84

Ortega y Gasset J. *Misión de la Universidad*. Revista de Occidente. Madrid. 1930. (Edição em Português: “Missão da Universidade” EDUERJ, Rio de Janeiro. 1999.)

Paro HB, Daud-Gallotti RM, Pinto RM, Tiberio IF, Martins MA. Brazilian version of Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Med Educ*. 2012;12(1): 73-84

Prado DT, Blasco PG. A Universidade e a formação dos médicos: Reflexões Humanistas a propósito do pensamento de Ortega y Gasset. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2012;68:4-10.

Prats JAGG, Blasco PG. O Humanismo Médico de Gregorio Marañón: um exemplo sempre atual. *RBM. Revista Brasileira de Medicina* . 2012;69:18 24.

Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectation an patient – centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med*. 2000; 9:1148-1155

Reed VA, Jernstedt C e Reber ES.. Understanding and improving medical student specialty choice: Synthesis of the literatura using decisión theory as a referent. *Teachin and Learning in Medicine*. 2001; 13: 117-129

Reginato V, Benedetto MAC, Blasco PG. Gallian DMC. Humanismo: Pré-requisito ou aprendizado para ser médico. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2013;70:10-15.

Riggio RE, Tucher J e Coffaro D. Social skills and empathy. *Personality and Individual differences*. 1989;10:93-99

Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. *So quell che fai: il cervello che agisce e I neuroni specchio*. Milano. R Cortina ed. 2006

Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, et al. Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med*. 2011;86:350–358.

Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:28-34

Rucker L, Shapiro J. Becoming a physician: Students' creative projects in a third-year IM clerkship. *Acad Med*. 2003;78:391-397

Ruiz Retegui A. Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología Cristiana. Madrid: Rialp; 1999.

Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for Selection of Future Physicians. *Annals of Surgery*. 1985;201: 225-230

Santiago, M. Semblanza de um Maestro. *Cuadernos de Bioética*. 2014; 24: 17- 23

Sastre G, Moreno M. Resolução de Conflitos e Aprendizagem Emocional. São Paulo: Moderna, 2002

Schaflen, A.E. The significance of posture in communication systems. *Psychiatry*. 1964; 27:316-331

Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: Evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health (Abingdon)*. 2004;17:73–84.

Shapiro J, Rucker L, Boker J, Lie D. Pointof- view writing: A method for increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight. *Educ Health (Abingdon)*. 2006;19:96–105.

Shapiro J: Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2008; 3:10

Shapiro J. Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad Med* 2011; 86: 326-332

Shaw WS, Zaia A, Pransky G, Winters T, Patterson WB. Perception of provider communication and patient satisfaction for treatment of acute low back pain. *J Occup Environ Med*. 2005; 47: 1036-1043

Sierles FS, Vergare M, Hojat M e Gonnella JS. Academic performance of psychiatrists compared other specialists before, during and after medical school. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 1477-1482

Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *Jama*. 1990;263:527–532

Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Stephan KE, Dolan RJ e Frith C. Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of other. *Nature*. 2006; 439 (7075): 466-469

Souza FRC. As artes envolvendo o lúdico e a afetividade; memorial de formação. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. 2006

Spelke ES. Sex differences in intrinsic aptitude for mathematics and Science? A critical review. *American Psychologist*. 2005;60:950-958

Spiro H. The Practice of Empathy. *Academic Medicine*. 2009; 84(9): 1177-1179

Stange, K; Miller, W.L, McWhinney, I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000; **33**(4): 286-97

Steinert Y, Cruess S, Cruess R, Snell L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. *Med Educ*. 2005;39:127-136.

Stephan WG, Finlay KA: The role of empathy in improving inter- group relations. *J Soc Issues* 1999; 55:729–743

Streit-Forest U. Differences in empathy: A preliminary analysis. *Journal of Medical Education*. 1982; 57:65-67

Streng FJ. Emptiness: A Study in Religious Meaning. Nashville, Tenn: Abingdon Press; 1967.

Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083–1092

Suzuki S. Zen Mind, Beginner's Mind. New York, NY: Weatherhill. 1980.

Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6): 612-16.

Tassoni ECM. Afetividade e aprendizagem: a relação professor-aluno. In Reunião Anual da Anped, 23, 2000, Caxambu. Caxambu: ANPEd, 2000.

Thibon G. Una mirada ciega hacia la luz. Barcelona: Belacqua. 2005

Thiedke, C Carolyn. What do we really know about patient satisfaction. *Family Practice Management*. 2007: 33-36

Tiuraniemi J, Läärä R, Kyrö T, Lindeman S. Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. *Patient Educ Couns*. 2011;83:152–157

Wald HS, Reis SP, Monroe AD, Borkan JM. “The Loss of My Elderly Patient.” Interactive reflective writing to support medical students’ rites of passage. *Med Teach*. 2010;32:178–184

Wallon H. A evolução psicológica da criança. Lisboa: Edições 70. 1968.

Van de Camp K, Vernooij-Dassen M, Grol R, Bottema B: How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Med Teach*. 2004, 26(8):696–702.

Wear D, Castellani, B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. *Acad Med* 2000; 75: 602–611.

Wear D, Aultman J, Zarconi J, Varley JD. Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Fam Med* . 2009; 43:34-41.

Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. Both of us are disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and seeking disgust. *Neuron*. 2003;40: 644–55.

Zhou,Q, Eisenberg, N , Losoya, S.H., Fabes, R.A., Reiser,M., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., Cumberland, A.J., Shermth, S.A.The relations of parental warmth and positive expressiveness to children’s empathy-related responding and social function: a longitudinal study. *Child development*. 2002;73: 893-915