

**ADRIANA ESTEVES RABELLO**

**Análise da empatia de docentes e discentes de graduação em  
Medicina em uma faculdade do Espírito Santo**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Magalhães  
Arantes Costa

**São Paulo**

**2022**

**ADRIANA ESTEVES RABELLO**

**Análise da empatia de docentes e discentes de graduação em  
Medicina em uma faculdade do Espírito Santo.**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Magalhães  
Arantes Costa

**São Paulo**

**2022**

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A  
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

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

©reprodução autorizada pelo autor

Rabello, Adriana Esteves

Análise da empatia de docentes e discentes de  
graduação em Medicina em uma faculdade do Espírito  
Santo / Adriana Esteves Rabello. -- São Paulo, 2022.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de  
Concentração: Educação e Saúde.

Orientadora: Fernanda Magalhães Arantes Costa.

Descritores: 1.Empatia 2.Currículo 3.Educação  
médica 4.Docência 5.Socialização 6.Estudantes de  
medicina 7.Ensino

USP/FM/DBD-474/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## **Dedicatória**

*Às minhas avós, Zezé (in memoriam) e Zazá, que sempre me apoiaram e me deram suporte nos estudos.*

*Aos meus filhos, Maria Clara e Francisco, minha razão e emoção, que me transformam e me fortalecem diariamente.*

*A você, Giovani, meu amor, minha fortaleza e meu porto seguro. Sem seu apoio, sem seu amor e seu cuidado, eu não chegaria até aqui.*

## **Agradecimentos**

Os últimos 02 anos foram difíceis para todos, especialmente para aqueles que perderam alguém querido. Nestes anos, presenciamos muitos atos de empatia e muitos ausentes de qualquer sentimento. Não há como esquecer o que vivemos, e esta tese foi atravessada por todos esses acontecimentos. Agora, em novembro de 2022, vejo renascer a esperança de um Brasil mais solidário e com mais empatia, depois de tempos tão difíceis. Assim, estes agradecimentos são carregados de significados.

Primeiro, à prof. Fernanda, minha querida orientadora, que me acolheu e topou este desafio. Obrigada por todo este tempo de convívio, de conversas, do seu abraço apertado. Obrigada pela enorme paciência, parceria, conhecimento, acolhimento e empatia. Você sempre me motivou e, nestes últimos tempos, me permitiu seguir em frente e concluir o trabalho.

À prof. Patrícia Tempski, que me recebeu aqui em Vitória em uma palestra e ouviu minha proposta de pesquisa. Seu acolhimento e apoio foi fundamental para que eu tomasse coragem de encarar o doutorado. Ao prof. Milton Martins, que me recebeu de braços abertos, disposto a me ouvir, sempre com suas palavras certas e racionais. A vocês dois, role models, só tenho a agradecer pela oportunidade de conviver e participar deste grupo tão especial e acolhedor.

Aos colegas que conheci na FMUSP, obrigada pelas tardes e manhãs que convivemos aí no CEDEM! Pamella, Alexandre, Letícia, Angélica, Clarice, Leandro, só tenho saudades e boas lembranças.

À querida Renata Kobayasi, pela ajuda maravilhosa na parte estatística, no artigo e nas discussões. Sem você, eu não chegaria até aqui.

Ao Carlos Campos e Carla Motta, obrigada pelas conversas, pela convivência, pelo grupo nas nossas aulas de estatística: teria sido bem mais difícil se vocês não estivessem presentes. Ao Carlos também pelas caronas e conversas divertidas! À Gabi Leite, querida, obrigada pela parceria nas aulas de qualitativa, no artigo e nas discussões.

À Rosana Reis pelo carinho de sempre, pela competência e simpatia;

Aos meus amigos, professores da UVV, pelas trocas e apoio neste estudo, e à Mônica e ao Sérgio, meus coordenadores, que sempre me apoiaram nesta empreitada, me dando suporte e ânimo nestes anos.

Aos meus alunos, grande razão desta tese, minha força motriz como docente, que me fazem querer melhorar diariamente nesta profissão. Ao longo da caminhada da vida, ser docente transformou minha profissão e quem eu sou.

Aos meus amigos novos e aos antigos, companheiros de caminhada, pela compreensão, apoio e afeto. Há aqueles que acalmam, aqueles que te movem, aqueles que confortam e alimentam a alma.

À Lara, meu porto, meu local seguro em tantas idas e vindas a SP. Esta tese foi possível graças à sua disponibilidade, ao seu carinho e sua empatia. Nunca me esquecerei da sua acolhida, do quatinho e do Lordinho.

À minha querida amiga dessa e de outras vidas, Manuela, que me apoia há mais de 20 anos em todos os momentos da minha vida, me motivando, estando ao meu lado, mesmo que virtualmente nestes últimos anos. Sua voz e seu colo são sempre o local onde só há amor.

À minha família, à minha irmã, que me apoia em tudo e que me levanta. Foi você que possibilitou minha estadia na Lara, e que sempre me estimula incondicionalmente.

Aos meus filhos, que emanam amor, carinho e afeto. Ser mãe me transformou e me tornou alguém bem melhor. Foi por vocês, Maria Clara e Francisco, que eu ia e voltava de SP. Vocês me amam incondicionalmente, me agitam, me movem e me trazem o meu eu de volta diariamente.

Ao meu amor, Giovani, que me deu todo o suporte, apoio, compreensão, estímulo, e que cuidou dos nossos filhos em inúmeras viagens realizadas no primeiro ano de doutorado. Não há palavras que possam expressar tudo o que vivemos e agradecer todo o apoio que recebi de você.

“Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante.”

*Paulo Freire*

### **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*.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

## **LISTA DE QUADROS**

## **LISTA DE FIGURAS**

## **LISTA DE TABELAS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1.1 Definições de empatia .....</b>                                  | <b>5</b>  |
| <b>1.2 O currículo oculto e o habitus médico .....</b>                  | <b>10</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.1 Objetivo Geral.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>                                   | <b>17</b> |
| <b>3 MÉTODOS.....</b>   | <b>18</b> |
| <b>3.1 Delineamento do estudo .....</b>                                 | <b>18</b> |
| <b>3.2 Sujeitos da pesquisa .....</b>                                   | <b>18</b> |
| <b>3.3 Instrumentos de coleta.....</b>                                  | <b>20</b> |
| <b>3.3.1 Dados socioeconômicos – docentes .....</b>                     | <b>21</b> |
| <b>3.3.2 Dados socioeconômicos - discentes .....</b>                    | <b>21</b> |
| <b>3.3.3 Questionários de empatia .....</b>                             | <b>21</b> |
| <b>3.3.3.1 Jefferson Scale of Empathy .....</b>                         | <b>21</b> |
| <b>3.3.3.2 Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal.....</b> | <b>23</b> |
| <b>3.4 Análise Estatística dos dados quantitativos .....</b>            | <b>24</b> |
| <b>3.5 Análise qualitativa dos dados .....</b>                          | <b>26</b> |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>  | <b>28</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4.1 Análise dos dados quantitativos</b> .....                                      | <b>28</b> |
| 4.1.1 Descrição do cenário do estudo .....  | 28        |
| 4.1.2 Descrição geral dos discentes .....   | 29        |
| 4.1.3 Descrição geral dos docentes.....   | 30        |
| 4.1.4 Análise da influência do gênero – discentes e docentes .....                    | 31        |
| 4.1.5 Análise da influência da religião – discentes e docentes .....                  | 33        |
| 4.1.6 Análise da Influência da Renda familiar – Discentes .....                       | 34        |
| 4.1.7 Análise da Influência do ano de graduação sobre a empatia .....                 | 35        |
| 4.1.8 Análise da Influência da especialidade pretendida .....                         | 36        |
| 4.1.9 Análise da Influência da especialidade – docentes.....                          | 38        |
| 4.1.10 Análise da Influência do professor na empatia do aluno .....                   | 40        |
| 4.1.11 Análise comparativa entre docentes e discentes .....                           | 41        |
| 4.1.12 Análise da influência da etnia sobre a empatia – discentes e docentes.....     | 42        |
| <b>4.2 Análise de correlação dos instrumentos</b> .....                               | <b>42</b> |
| 4.2.1 Análise da correlação entre a pergunta e as escalas de empatia – discentes..... | 42        |
| 4.2.2 Análise da correlação entre a pergunta e as escalas de empatia – docentes ..... | 45        |
| <b>4.3 Resultados da segunda fase</b> .....   | <b>47</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO</b> .....  | <b>62</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO</b> .....  | <b>82</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....   | <b>84</b> |
| Anexo A – Termo Aprovação do estudo pela Comissão de Ética .....                      | 84        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>                                 | <b>86</b>  |
| <b>Anexo C – Questionário Semiestruturado – fase qualitativa .....</b>                           | <b>92</b>  |
| <b>Anexo D – Escala de Jefferson de Empatia Médica - Estudantes (JSE – S) .....</b>              | <b>93</b>  |
| <b>Anexo E – Escala de Jefferson de Empatia Médica - Profissionais de saúde (JSE – HP) .....</b> | <b>95</b>  |
| <b>Anexo F – Escala de Davis para avaliação de empatia (EMRI – Davis).....</b>                   | <b>97</b>  |
| <b>Anexo G – Questionário Socioeconômico – docentes .....</b>                                    | <b>99</b>  |
| <b>Anexo H – Questionário Socioeconômico – discentes.....</b>                                    | <b>101</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>102</b> |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>AP</b>        | Angústia Pessoal   |
| <b>CE</b>        | Consideração Empática  |
| <b>CC</b>        | Cuidado Compassivo   |
| <b>CEDEM</b>     | Centro de Desenvolvimento de Educação Médica                                       |
| <b>CEP-FMUSP</b> | Comitê de Ética e Pesquisa – Faculdade de Medicina da<br>Universidade de São Paulo |
| <b>DCN</b>       | Diretrizes Curriculares Nacionais  |
| <b>DP</b>        | Desvio Padrão  |
| <b>EMRI</b>      | Escala de Multidimensional de Reatividade Interpessoal                             |
| <b>ES</b>        | Espírito Santo   |
| <b>IBGE</b>      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                    |
| <b>INEP</b>      | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais                             |
| <b>JSE</b>       | <i>Jefferson Scale of Empathy</i>  |
| <b>JSE – HP</b>  | <i>Jefferson Scale of Empathy – Health Professional</i>                            |
| <b>JSE – S</b>   | <i>Jefferson Scale of Empathy - Students</i>                                       |
| <b>PBL</b>       | Aprendizagem Baseada em Problemas ou <i>Problem based<br/>learning</i>             |
| <b>TCLE</b>      | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido   |
| <b>TP</b>        | Tomada de Perspectiva  |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Dimensões da Jefferson Scale of Empathy .....                 | 22 |
| Quadro 2 - Pontuação dos itens da JSE .....                              | 22 |
| Quadro 3 - Características das Subescalas da EMRI.....                   | 23 |
| Quadro 4 - Pontuação das subescalas da EMRI e itens correspondentes..... | 24 |
| Quadro 5 - Categorias analíticas .....                                   | 50 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma de perdas da primeira fase - discentes .....  | 29 |
| Figura 2 - Perfil de Pontuações sobre a auto-percepção do grau de empatia entre discentes e docentes..... | 48 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Análise descritiva – Docentes e Discentes.....  | 31 |
| Tabela 2 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis - discentes .....   | 32 |
| Tabela 3 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis - docentes.....   | 32 |
| Tabela 4 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Religião discentes .....  | 33 |
| Tabela 5 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Religião docentes.....  | 34 |
| Tabela 6 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Renda Familiar – discentes .....  | 35 |
| Tabela 7 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Ano que está cursando .....   | 36 |
| Tabela 8 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica Pretendida (por orientação) .....  | 37 |
| Tabela 9 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica Pretendida – por INEP.....   | 38 |
| Tabela 10 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica dos docentes – por orientação.....  | 39 |
| Tabela 11 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica dos docentes – INEP.....  | 40 |
| Tabela 12 – Distribuição de respondentes de acordo com a resposta à pergunta “Quanto você acha, de 0 a 10, que o professor/preceptor influencia o desenvolvimento de sua empatia?” – discentes, e “Quanto você acha, de 0 a 10, que influencia no desenvolvimento da empatia dos alunos?” – docentes ..... | 41 |
| Tabela 13 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Docentes x discentes .....   | 42 |
| Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de Jefferson, as subescalas de Davis e a pergunta sobre a influência do professor na empatia do aluno .....   | 44 |

|  |    |
|--|----|
| Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de Jefferson, as subescalas de Davis e a pergunta sobre a influência do professor na empatia do aluno - docentes..... | 46 |
|--|----|

## RESUMO

Rabello, AE. *Análise da empatia de docentes e discentes de graduação em Medicina em uma faculdade do Espírito Santo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

**INTRODUÇÃO:** A empatia está presente nas relações e é considerada um atributo importante no contexto do cuidado em saúde e profissionalismo, todavia, há ainda diversos fatores que podem influenciar no desenvolvimento da empatia do estudante. O docente é parte fundamental no processo de formação profissional e pode influenciar o aluno positiva e negativamente, como role model, através do currículo oculto, transmitindo a cultura médica – o *habitus* médico, valores, ideias e ações comuns à profissão. **OBJETIVO:** Este estudo pretende analisar a empatia dos docentes e discentes do curso de graduação em Medicina de uma universidade particular do estado do Espírito Santo. **MÉTODOS:** Este estudo é de caráter observacional, transversal e misto (quantitativo e qualitativo), realizado com alunos do primeiro, terceiro e quinto anos, e docentes do curso de graduação em Medicina. Na primeira fase foram coletados dados através de questionários sociodemográficos e de auto-avaliação da empatia (Jefferson Scale of Empathy – S e HP) e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI-DAVIS). Na segunda fase foi utilizado um questionário semi-estruturado, com perguntas fechadas e abertas, sobre a definição de empatia, o quanto se considerava empático e como o docente poderia influenciar positivamente e negativamente na empatia do aluno. Foi realizada análise de conteúdo temática para a parte qualitativa. **RESULTADOS:** Oitenta e sete (87) docentes (média = 47,11 [30-70] anos; 62,06% mulheres) e 333 discentes (média = 22,14 [18-40] anos; 68,77% mulheres) participaram do estudo. A maioria dos docentes e discentes se considerava católica (64,36%; 48,95%), auto declarava de cor branca (82,76%; 72,37%) e possuía renda acima de R\$ 9.374,01 (91,95%; 57,35%). Os docentes e discentes apresentaram escores elevados de empatia na escala de Jefferson (124,61  $\pm$ 10,33 vs 121,17  $\pm$ 10,76), e diferença significativa nesta escala,  $p < 0.01$ ,

e nas subescalas Tomada de Perspectiva ( $28,05 \pm 4,33$  vs  $26,21 \pm 4,24$ ;  $p < 0.001$ ) e Angústia Pessoal ( $17,62 \pm 4,48$  vs  $19,37 \pm 4,78$ ;  $p < 0.01$ ). Os discentes que pretendem seguir especialidades orientadas para o paciente e aqueles que estão no terceiro ano possuem escores mais elevados de Angústia Pessoal quando comparados àqueles que pretendem seguir especialidades orientadas para tecnologia e aqueles que estão no primeiro ano de graduação, respectivamente. O mesmo se observou na análise das especialidades dos docentes. Encontrou-se correlação entre os escores de empatia e a crença na influência do professor sobre a empatia do aluno, mostrando que, quanto mais o aluno e o docente acreditam na influência do docente, maiores são os seus escores de empatia. Identificamos que os docentes e discentes associam a empatia a sentimentos de compaixão e como característica inata, como uma personalidade. Os docentes e discentes reconhecem no professor o papel de modelo na formação profissional, nos cenários de prática e nos momentos de observação de ações cotidianas dentro da instituição. Porém, este papel ultrapassa a prática médica, tornando-se presente também na relação docente-discente, durante o processo de socialização do aluno, quando há acolhimento, escuta ativa e afeto, através do currículo oculto. As práticas pedagógicas também influenciam a empatia dos alunos, sendo necessário que o docente esteja atento ao planejamento de suas aulas, à pontualidade, ao uso do feedback e a um ambiente educacional que favoreça o aprendizado coletivo, com mediação e diálogo. CONCLUSÃO: A empatia do aluno se relaciona com a formação profissional ao longo da graduação, no processo de socialização. As relações estabelecidas entre docentes e discentes são fundamentais para a manutenção do *habitus* médico, como uma comunidade de prática, onde o docente exerce o papel de modelo daquilo que o estudante pretende ser como profissional. Esta influência se dá principalmente através do currículo oculto. Assim, o agir empático do docente, com diálogo, escuta, preparo acolhimento, se mostra essencial para que o aluno seja influenciado positivamente na sua formação como médico.

Descritores: Empatia; Currículo; Educação Médica; Docência; Socialização; Estudantes de Medicina;

## ABSTRACT

Rabello AE. *Empathy analysis of medical teachers and undergraduate students in a university in Espírito Santo* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

**INTRODUCTION:** Empathy is present in relationships and considered an important attribute in the context of health care and professionalism, however, there are still several factors that can influence the development of student empathy. Teacher is a fundamental part of the professional training process and can influence the student positively and negatively, as role model, through the hidden curriculum, transmitting the medical culture - the medical habitus, values, ideas and actions common to the profession. **OBJECTIVE:** This study aims to analyze the empathy of teachers and students of the undergraduate medical course at a private university in the state of Espírito Santo. **METHODS:** This study is observational, cross-sectional and mixed-method model (quantitative and qualitative), with undergraduate students of the first, third and fifth years, and teachers of the Medicine course. In the first phase, data were collected through sociodemographic and empathy self-assessment questionnaires (Jefferson Scale of Empathy – S and HP) and Interpersonal Activity Index (IRI-DAVIS). In the second phase, a semi-structured questionnaire was used, with closed and open questions, about the definition of empathy, how empathic considered itself and how the teacher could positively and negatively influence the student's empathy. Thematic content analysis was performed for the qualitative part. **RESULTS:** Eighty-seven (87) professors (average = 47.11 [30-70] years; 62.06% women) and 333 students (average = 22.14 [18-40] years; 68.77% women) participated in the study. Most teachers and students considered themselves Catholic (64.36%; 48.95%), self-declared white (82.76%; 72.37%) and had an income above R\$ 9,374.01 (91, 95%; 57.35%). Teachers and students presented high empathy scores on the Jefferson scale of Empathy (124.61  $\pm$ 10.33 vs 121.17  $\pm$ 10.76), and a significant difference in this scale,  $p < 0.01$ , and in the Perspective Taking subscales (28, 05  $\pm$ 4.33 vs 26.21  $\pm$ 4.24;  $p < 0.001$ ) and Personal Distress

(17.62±4.48 vs 19.37±4.78;  $p < 0.01$ ). Students who intend to do an patient-oriented specialties and those who are in the third year have higher Personal Distress scores when compared to those who intend to do technology-oriented specialties and those who are in the first year of graduation, respectively. The same was observed in the analysis of the teachers' specialties. There was a correlation between the empathy scores and the belief in the teacher's influence on the student's empathy, showing that the more the student and the teacher believe in the teacher's influence, the higher are their empathy scores. We identified that teachers and students associate empathy with feelings of compassion and as an innate characteristic, as a personality. Teachers and students recognize in the teacher the role model in professional training, in practice scenarios and in observation moments of everyday actions within the institution. However, this situation goes beyond medical practice, becoming also present in the teacher-student relationship, during the student's socialization process, when there is reception, active listening and affection, through the hidden curriculum. Pedagogical practices also influence students' empathy, making it necessary for teachers to be attentive to the planning of their classes, punctuality, the use of feedback and an educational environment that favors collective learning, with mediation and dialogue. **CONCLUSION:** Student empathy is related to professional training throughout graduation, in the socialization process. The relationships established between teachers and students are fundamental for the maintenance of the medical habitus, as a community of practice, where the teacher become the role model of what the student intends to be as a professional. This influence is mainly through the hidden curriculum. Thus, the teacher's empathic action, with dialogue, listening, class preparation, is essential for the student to be positively influenced in his training as a doctor.

Descriptors: Curriculum; Empathy; Medical Education; Socialization; Medical Students; Teaching

## 1 INTRODUÇÃO

A medicina, ao longo do século 20, centrou-se na doença, ancorada no modelo biomédico e hospitalocêntrico. A procura pela utilização de tecnologias duras, com exames e procedimentos, distanciou-se do cuidado humanizado, quando há foco no paciente e nas suas necessidades de saúde. Todavia, a medicina é uma profissão em que também são necessárias competências voltadas ao cuidado do indivíduo para além da doença, alcançando as dimensões biopsicossociais. Nesse sentido, a humanização da medicina vem sendo discutida junto aos avanços do conhecimento científico<sup>1,2</sup>.

A busca por este médico mais humanizado deve, necessariamente, passar pela discussão da formação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina trouxeram a necessidade de mudanças na graduação médica, determinando que o egresso possua uma formação humanista, crítica, reflexiva, atuando na concretização da integralidade, cuidando do outro de forma humanizada e possuindo habilidades comunicativas<sup>3</sup>. A medicina a ser ensinada volta-se ao indivíduo, com compartilhamento de decisões e respeito à sua autonomia<sup>4</sup>.

Nesse contexto, para entender o paciente, formar vínculos, comunicar-se e perceber suas reais necessidades, o profissional médico deve possuir como uma de suas características, a empatia<sup>5</sup>. Para os autores, ela é o componente essencial na interação entre o médico e o paciente, influenciando decisões, na construção de confiança mútua e satisfação do paciente. Outros estudos apontam a influência da empatia na autonomia do doente, no profissionalismo médico, além de evitar o *burnout* e estimular o autocuidado do profissional de saúde<sup>6,7</sup>. O profissionalismo médico pode

ser definido como comportamento e valores adquiridos, baseado no bem-estar do doente, na sua autonomia e justiça social<sup>8</sup>.

Muitos estudos apontam que a empatia pode e deve ser ensinada, no entendimento de que se trata de uma habilidade que possui potencial de ser desenvolvida ao longo do curso<sup>9,10</sup>. Ademais, fatores como *role-models*, contato com pacientes, ensino de humanidades e presença de currículo oculto também são associados ao desenvolvimento da empatia ao longo da formação médica<sup>11,12</sup>.

A empatia tem sido extensivamente pesquisada no contexto da educação médica, tendo seus níveis mensurados ao longo da graduação, verificação de ferramentas para seu desenvolvimento junto aos discentes e em como os alunos compreendem este atributo no cuidado em saúde<sup>13-16</sup>. Diversos estudos, ao longo dos últimos anos, trouxeram resultados discrepantes sobre os níveis de empatia dos alunos, evidenciando dificuldades para um consenso sobre a temática. Há estudos apontando que há um declínio nos níveis de empatia durante o curso, relacionados ao contato com o ambiente clínico-hospitalar, principalmente a partir do terceiro ano de graduação<sup>6,12,17</sup>. Entretanto, outros estudos não verificaram a diminuição dos níveis de empatia no decorrer do curso<sup>6,12</sup>, sugerindo que estas diferenças podem ser consequência do método de coleta de dados e desenho de estudo, além da diversidade cultural. Os níveis de empatia também se modificam entre a especialidade médica escolhida pelos estudantes, variando quanto a especialidades mais voltadas ao cuidado com o paciente e aquelas orientadas para a tecnologia<sup>18-20</sup>. Diversos estudos também revelaram que o grau de empatia varia conforme o gênero, enquanto outros observaram que a empatia também pode se relacionar com o ambiente de ensino, a metodologia de aprendizagem utilizada na instituição, a qualidade de vida

percebida pelos estudantes, a idade dos sujeitos de pesquisa e a competência clínica<sup>6,21-23</sup>.

A empatia médica, visualizada como uma habilidade a ser aprendida e desenvolvida, necessita de ferramentas para sua promoção, como o incremento de disciplinas de humanidades, feedbacks contínuos e simulações com abordagem de temas sensíveis<sup>15,24</sup>. Paralelamente, outros métodos de intervenção, como *workshops*<sup>9,25</sup>, utilização das artes na grade curricular<sup>26</sup>, do estímulo à espiritualidade, da medicina narrativa e de portfólios são interessantes para o desenvolvimento de características reflexivas junto aos estudantes<sup>27,28</sup>.

Apesar das discussões sobre a temática entre estudantes, não há na literatura estudos que avaliam quantitativamente a empatia envolvendo tanto os discentes quanto os docentes de graduação no curso de Medicina. Os estudos, em geral, medem a empatia em profissionais médicos<sup>29,30</sup> sem, no entanto, medirem a empatia do docente, fundamental no desenvolvimento do atributo e diretamente envolvido no processo de ensino-aprendizagem. Ademais, há poucos estudos qualitativos que analisam o ponto de vista tanto dos docentes quanto dos discentes de Medicina<sup>31,32</sup>.

O processo de aprendizagem do aluno não se baseia somente no desenvolvimento de habilidades específicas, mas, também, a partir dos valores assimilados e apreendidos ao longo de sua formação. Nesse sentido, os valores dos docentes são parte da formação dos alunos, influenciando o desenvolvimento do profissionalismo e na internalização da identidade profissional médica<sup>33-35</sup>. Assim, o que é realizado dentro das escolas médicas pelos diversos atores sociais, com valorização de determinados atributos, tanto pessoais quanto profissionais, além de valores que perpassam o “ser médico”, moldam as atitudes e comportamentos dos alunos<sup>32,36</sup>.

As responsabilidades dos docentes no curso de medicina envolvem auxílio ao conhecimento técnico e científico, ao desenvolvimento de habilidades médicas exigidas na formação, além da contribuição sobre a realidade da comunidade em que estão inseridos <sup>37,38</sup>. Além disso, deseja-se que o professor possua didática e pedagogia adequadas, sendo um mediador e facilitador do processo de ensino-aprendizagem<sup>39,40</sup>. Como características de um “bom professor” poderíamos incluir, além das habilidades cognitivas, o entusiasmo, a equidade, o altruísmo e a capacidade de ser um *role-model* <sup>41</sup>. Outros autores apontam que os *role-models* são fundamentais na escola e funcionam como uma ferramenta importante para o aprendizado daquilo que não está explicitamente descrito no currículo, o chamado currículo oculto<sup>1,42</sup>.

De forma geral, na educação, currículo significa selecionar os conteúdos necessários à formação profissional, associando-se à discussão do que ensinar. Qual conhecimento deve ser ensinado? Qual saber é considerado essencial para constituir o currículo? Entretanto, os estudos sobre Teoria do Currículo <sup>43</sup> trazem para a reflexão deste tema a dimensão daquilo que os estudantes *devem se tornar*.

Para entender as concepções de currículo é preciso retornar ao começo do século XX, período marcado pelo Taylorismo e a otimização do processo produtivo. Em 1918, temos o livro *The Curriculum*, de Franklin Bobbitt, que entende o currículo como “um processo de racionalização de resultados educacionais, cuidadosa e rigorosamente especificados e medidos”<sup>43(p12)</sup>. Nesse livro, o autor defende que o currículo não pode ser desenhado em bases pessoais, mas a partir do método científico: “medindo e avaliando diferentes tipos de processos educacionais” <sup>44</sup>.

O conceito de currículo como um percurso, como uma pista ou trajetória a ser percorrida, tem em sua chegada um sujeito – uma identidade – transformado pelo

percurso realizado. Ou seja, para além dos conhecimentos objetivos, o currículo incide sobre a identidade e subjetividade dos sujeitos. Assim, compreendemos que a reflexão sobre a empatia e sobre o docente como *role-model*, no contexto da formação profissional médica do aluno, pode ser realizada à luz das teorias do currículo, especificamente em relação ao currículo oculto.

Inicialmente, demonstrarei por revisão da literatura, a abordagem dos aspectos conceituais de empatia e suas relações com o cuidado em saúde e educação médica. Ademais, defendendo que o currículo oculto, a socialização do estudante e a existência de *role-models* no campo da medicina influenciam no desenvolvimento da empatia do estudante, também será exposta revisão de literatura sobre a temática.

### 1.1 Definições de empatia

A empatia é compreendida como um termo polissêmico, multidimensional. O termo tem sua origem na palavra alemã *Einfühlung*, relacionada à estética e à arte, onde o indivíduo se coloca no lugar da arte apreciada, sentindo-se pertencente àquela estética observada<sup>45,46</sup>. Na psicologia, *Einfühlung* “descrevia a capacidade de conhecer a consciência de outra pessoa e de raciocinar de maneira análoga a ela através de um processo de imitação interna”<sup>47(p213)</sup>. Já Freud considerava empatia como a capacidade de um indivíduo de se colocar no lugar do outro<sup>46,47</sup>.

Como definição de empatia, há consensos e dissensos. Carl Rogers, fundador da abordagem centrada no paciente, definiu empatia como uma habilidade, - tanto desenvolvida, como apreendida - quando há uma resposta individual ao outro, estabelece-se vínculos afetivos, cognitivos, sensibilizando-se por quem nos

relacionamos<sup>48</sup>. Para o psicólogo citado, empatia relaciona-se a viver os sentimentos do outro, pensando como ele, entrando no mundo e pensamentos privativos do outro. A empatia aqui foi estudada como uma habilidade do sujeito quando se relaciona com o outro<sup>48</sup>.

Já Hoffman compreende a empatia como uma resposta afetiva mais apropriada à situação de outra pessoa que a da própria situação <sup>49</sup>. Para o autor, ter empatia e preocupar-se com o outro é essencial para a nossa sobrevivência e nas interações sociais. Ademais, o autor compreende que a empatia pode ser influenciada pela cognição do indivíduo e pela percepção da situação em que o outro se encontra, além de predispor o indivíduo que é empático ao altruísmo <sup>49</sup>.

Davis define empatia como uma reação ao que o outro experencia, integrando aspectos afetivos e cognitivos<sup>50,51</sup>. A definição de Davis abrange quatro dimensões: a tomada de perspectiva, consideração empática, angústia pessoal e fantasia. Assim, na área cognitiva, está a habilidade no reconhecimento do que o outro sente – a tomada de perspectiva - e a afetiva na consideração empática pelo outro. Ademais, encontra-se o componente da angústia pessoal, compreendida como um sentimento mais egoísta, do *self*, associado a sentimentos negativos como ansiedade e incômodo, que surgem frente a alguma situação que traz sofrimento ao outro. A dimensão fantasia estaria relacionada a sentimentos imaginativos que surgem na interação com o outro. Esta definição de empatia foi realizada a partir do estudo na população geral, sem foco na área médica e desvinculado da relação médico-paciente<sup>50,51</sup>.

Oxley defende que a empatia está intrinsecamente relacionada à vida moral, entretanto, quando o comportamento empático ocorre apenas pela motivação a favor do outro com quem simpatizamos, a ação não pode ser compreendida como ética e

moralmente instituída<sup>52</sup>. Para a autora, a empatia pode e deve ser educada, baseada em princípios e critérios éticos e morais. Em sua tese, também são abordadas as dimensões morais da empatia, muitas das quais semelhantes às definições de Davis e Hoffman, que englobam definições neurocientíficas, psicológicas e filosóficas, como a adoção de postura frente ao outro que se observa, projetar-se na situação vivida pelo outro, angustiar-se com o sofrimento do outro e também imaginar-se como se sentiria no lugar do outro<sup>52</sup>.

Alguns estudos abordam o conceito de empatia voltado ao cuidado em saúde, a partir do suporte psicológico que é dado ao outro, ou como parte de habilidades comunicativas, permitindo que o outro se expresse livremente sobre seus sentimentos<sup>53</sup>. Percebe-se, nesse contexto, a dificuldade em definir o termo e a ambiguidade que se apresenta. Os autores compreendem que a empatia pode se relacionar com o amadurecimento intelectual e ético do indivíduo, permitindo que sejam visualizadas semelhanças com o outro, e essa percepção permitiria este sentimento de “colocar-se no lugar do outro”. Outro estudo<sup>23</sup>, aborda a empatia como uma qualidade própria, variando entre os indivíduos e dependente de fatores, como experiências vividas, contexto social e contexto educacional.

Outra definição possível do termo relacionava-se ao altruísmo, semelhante à definição de Hoffman, como um desejo natural, intrínseco de cuidar do outro <sup>46</sup>. Na medicina, discutia-se que a empatia no cuidado em saúde poderia relacionar-se à imaginação do profissional de saúde como um paciente, ou seja, seria necessário o médico imaginar-se como o paciente que o procura, para que a empatia pudesse efetivamente surgir <sup>49</sup>.

A empatia no cuidado em saúde poderia ser definida como um atributo cognitivo, envolvendo a habilidade de entender as experiências e perspectivas

próprias do paciente, além da capacidade de transmitir ao paciente este entendimento<sup>54</sup>. Assim, na relação “profissional de saúde-paciente”, Hojat<sup>46</sup> propôs a seguinte definição de empatia, como

“um atributo predominantemente *cognitivo* (e não afetivo ou emocional) que envolve uma *compreensão* (em vez de sentimento) de experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de *comunicar* esse entendimento e uma *intenção de ajudar*”<sup>46(p74)</sup>.

Halpern<sup>55</sup> aponta que, na medicina, o objetivo histórico era o aprimoramento da compaixão, pois a emoção vivida pelo profissional guiaria o pensamento do cuidado com o outro, além de influenciar terapêuticamente pela interação afetiva com o paciente. Todavia, ao longo da evolução científica médica, houve o descrédito com o envolvimento emocional, associando-o à falta de resolutividade. Assim, pregava-se o distanciamento e o desapego em prol da objetividade científica e médica<sup>55</sup>. Em seu texto, o autor alerta que não há como assumir uma padronização na abordagem médica, pois passa-se a ignorar as reais necessidades do paciente e a própria relação médico-paciente. Por outro lado, defende que a empatia é essencial ao cuidado e a compreende como uma habilidade emocional, abrangendo aspectos tanto cognitivos quanto afetivos, na medida em que emocionar-se é fundamental para compreender a realidade do paciente, e o raciocínio envolto de emoção auxiliaria o médico no julgamento clínico<sup>55</sup>.

Contrário ao chamado “desapego compassivo” de Halpern<sup>55</sup>, Hojat<sup>46</sup> argumenta que a cognição é o que predomina na empatia do cuidado em saúde, incluindo aqui o raciocínio clínico e a avaliação da situação em que o profissional se encontra no cuidado em saúde. Assim, para o autor<sup>46</sup>, há necessidade de diferenciação da empatia (cognitivo), com bons desfechos para o paciente e para o médico, da emoção/afeição/compaixão, atributos afetivos relacionados à simpatia,

que, ao contrário de sua definição de empatia médica, poderia atrapalhar a objetividade do cuidado em saúde e a resolutividade clínica <sup>46</sup>.

Esta dicotomia entre empatia e simpatia também é abordada por Oxley <sup>52</sup>, que compreende a simpatia como associada à preocupação com o bem-estar do outro e ligada ao interesse e preocupação diretos com outra pessoa. Neste sentido, Hojat<sup>46</sup> argumenta que a distinção entre simpatia e empatia deve necessariamente ser realizada no contexto do atendimento médico, pois os profissionais necessitam **delimitar** o quanto devem **sentir** o sentimento do paciente, no intuito de aprimorar a compreensão da situação, sem atrapalhar seu julgamento clínico<sup>46</sup>, trazendo a ideia de que a empatia médica difere da empatia vivenciada na população em geral e necessita de certo grau de distanciamento no contato com o paciente <sup>56</sup>.

Há uma discussão contemporânea da utilização da empatia médica nos estudos atuais<sup>56</sup>. Para os autores, há necessidade de uma abordagem que englobe tanto os aspectos socioemocionais quanto cognitivos, de encontro à conhecida dicotomização entre simpatia e empatia. Ao contrário de outros estudos, que compreendem a empatia médica como um atributo predominantemente cognitivo e **acrítico** sobre os sentimentos do outro, os autores lançam a discussão de que este entendimento se distancia do conceito geral de empatia, em que há uma necessidade do chamado “contágio emocional”, involuntário, porém, essencial e inato na experiência empática<sup>56</sup>. Nesse contexto, o desenvolvimento da empatia somente voltada ao atendimento clínico, ou seja, uma habilidade a ser construída e treinada, deve ser acompanhada de uma discussão essencial sobre o “contágio emocional”, liberando estudantes e médicos de experimentarem um tipo diferente de empatia, mais humano. Assim, os autores propõem que haja um aprimoramento do

envolvimento social com o outro, contrapondo o certo grau de distanciamento defendido por Hojat <sup>46</sup>.

## **1.2 O currículo oculto e o habitus médico**

Sabe-se que a aprendizagem não se dá somente pelo conteúdo técnico exposto, mas resulta também das relações interpessoais que surgem durante a formação do aluno, os valores apreendidos nesses encontros e naquilo que não consta no planejamento habitual curricular<sup>57</sup>. O contexto da escola médica é o ponto inicial da socialização dos valores e padrões da medicina, transmitindo atitudes e hábitos, reproduzindo padrões culturais, muitos dos quais absorvidos pela interação com os docentes<sup>58</sup>. Assim, a forma como o discente aprende o “ser médico” abrange o aprender habilidades, a combinação de quais são seus papéis com determinados comportamentos, valores, além da normatização da profissão que ele escolheu<sup>59</sup>. Cruess<sup>38</sup> defende que a medicina representa uma “comunidade de prática”, onde estar inserido orienta a identidade profissional esperada, com valores e atributos inerentes ao que a sociedade e o restante dos profissionais médicos esperam<sup>38</sup>.

A produção acadêmica sobre as teorias do currículo identifica diversos tipos de currículos: público, explícito, social, oculto, fantasma, vazio, retórico, recebido, interno, em uso, concomitante, eletrônico<sup>60</sup>. Contudo, utilizaremos aqui os conceitos de currículo formal (planejado), currículo informal (vivido) e currículo oculto, a partir de Hafferty e O’Donnel <sup>42</sup>.

Por currículo formal, ou prescrito, entende-se a realidade, ou a intencionalidade expressa, do processo educacional. Comporta o currículo explicitado no processo de

ensino, descrito formalmente em termos de diretrizes, objetivos do curso, conteúdos, competências e disciplinas <sup>42</sup>. Expressa-se pelos documentos oficiais elaborados pelos sistemas de ensino, instituições ou docentes. O currículo informal (também chamado de real, latente, em ação) diz respeito à forma como o currículo é, de fato, realizado no cotidiano do processo educacional <sup>60</sup>. Relaciona-se menos em conteúdos e objetivos e mais nas inter-relações, assim sendo uma aprendizagem informal, em tempo real e sem roteiros pré-definidos <sup>42,60</sup>.

Já o currículo oculto seria composto pelos “ensinamentos que não foram prescritos ou planejados, mas que surgem por meio de práticas e condutas influenciadas pelas pessoas que participam do processo” <sup>61(p62)</sup>. Envolve o que “está escondido na estrutura do currículo escolar como horários, políticas e estruturas”, e pelo “tipo e organização da arquitetura escolar, assim como pelo comportamento e atitudes de professores e administradores”<sup>60(p301)</sup>. Outros autores o definem como aquilo que é ensinado, lições incorporadas na estrutura da organização e na cultura local sem que se pretenda, formalmente, ensinar<sup>1,62</sup>. Hafferty e O’Donnel<sup>42</sup> compreendem o currículo oculto como a cultura local, “entendimentos de grupo não declarados, tomados como concedidos e às vezes inconscientes sobre como as coisas são feitas dentro do grupo”, relacionado principalmente às interações sociais e dependente de relações que se estabelecem ao longo da graduação. Para os autores<sup>42</sup>, há dificuldades em quantificar e avaliar o currículo oculto, na medida em que acontece principalmente “abaixo da superfície” (escondida) conhecida pela instituição: o currículo formal<sup>42</sup>.

A partir do currículo oculto há a transmissão de mensagens, geralmente, que dizem respeito a atitudes, valores e comportamentos, todavia, na escola médica, há ainda a tendência de valorização da ciência dura sobre o humanismo<sup>63</sup>. Os autores

apontam que o período de treinamento para a profissão médica é, essencialmente, um processo de transformação pessoal e identitária e toda esta mudança não está acessível aos olhos da instituição e dos docentes<sup>63</sup>, inserindo-se assim, o currículo oculto. Já outros autores<sup>42</sup> defendem que o currículo oculto se projeta em todos os locais presentes na formação, desde lanchonetes, cenários de prática até locais de confraternização estudantis.

Merton compreende a formação profissional como um processo de socialização ocorrida na fase adulta, quando a escola “modela o *self* profissional do estudante, a fim de que ele pense, sinta e aja como um doutor” <sup>64(p164)</sup>. Assim, a função da escola médica abrange a transmissão e o desenvolvimento da cultura da medicina, modelando o aluno para ser médico, incluindo a formação da identidade médica e a preservação (no egresso) do que se espera como um médico formado<sup>38,64</sup>.

Um profissional *role model* pode ser definido como aquele que é admirado pelo modo de ser e também pelas suas ações como profissional <sup>65</sup>. Assim, no contexto da formação médica, a relação entre docente-estudante seria marcada pela identificação do aluno com algumas características ou atributos do docente, ou seja, o médico docente *role model* seria um indivíduo cujo comportamento tende a ser **reproduzido** pelos estudantes, tornando-se uma referência profissional <sup>65</sup>. Para Passi et al.<sup>32</sup>, os *role models* que influenciam positivamente os alunos podem auxiliar no desenvolvimento profissional do discente, como na escolha de especialidades. Todavia, há ainda desafios na investigação sobre essa relação “*role model* – discente”, na medida em que a interação dos indivíduos e as diversas influências ocorridas ao longo da carreira do aluno são fenômenos complexos e difíceis de serem medidos <sup>32,65</sup>. Por outro lado, apesar da complexidade da relação e suas consequências, entendemos que é necessário investigar a influência dos *role models*

“negativos”, dada a possibilidade do desenvolvimento de atributos pouco desejáveis no egresso de medicina.

Recorrendo agora ao conceito de currículo oculto, a perspectiva do *role model* não é considerada como uma prática prescrita, previamente planejada e explicitamente anunciada no currículo formal. Pelo contrário, se apresenta também como uma dimensão escondida nas entrelinhas do processo educativo. Há a ideia de que a função de *role model* perpassa os três currículos: formal, informal e oculto<sup>65</sup>. O médico docente planeja o processo de ensino a partir dos *conteúdos específicos a serem transmitidos* e das habilidades médicas a serem apreendidas, sem ocupar-se, via de regra, com a dimensão social e psicológica do processo educativo, reproduzindo a cultura biomédica ainda presente nas escolas médicas<sup>1,42</sup>. Esta cultura é ainda supervalorizada, e está sempre à frente da capacidade de manejar questões emocionais no cuidado em saúde, ou seja, preconiza-se ainda o desenvolvimento tecnicista do aluno em detrimento do desenvolvimento de habilidades humanísticas no cuidado com o paciente<sup>66</sup>, ao invés de incorporar todas as habilidades ao longo da formação.

Todavia, a formação profissional é também um processo de socialização e de construção de subjetividades e de identidades. E assim como previu Merton<sup>64</sup> para a formação médica, a experiência socializadora cria, no indivíduo, um sistema durável que atravessa a temporalidade da socialização. Assim, todos os processos pelos quais desenvolve a identidade profissional médica (incluindo valores, conhecimentos e habilidades) são incorporados a um conjunto de disposições que orientam seu comportamento, tanto em situações profissionais como extraprofissionais<sup>1</sup>. Essa manutenção de crenças, valores, cultura e modos de ser foi conceituada pelo sociólogo francês Bourdieu como *habitus*<sup>63</sup>.

O conceito de *habitus* é utilizado para compreender o comportamento individual em função de sua trajetória social. O *habitus* necessita de um *campo social* para ser formado, campo esse definido como um local de produção e circulação de conhecimentos e ações. Para Thiry-Cherques<sup>67(p31)</sup>, a “dinâmica social se dá no interior de um campo, um segmento do social, cujos agentes, indivíduos e grupos têm disposições específicas”, a que ele denomina “*habitus*”. Assim, *habitus* é um conceito que nos ajuda a compreender que as preferências, gostos, estruturações de grupos e de indivíduos, que possuem socialmente a mesma trajetória, possuem alguma homogeneidade<sup>68</sup>. Os indivíduos inseridos em um campo social interiorizam situações observadas, percebidas e experimentadas e as põem em prática<sup>1,59</sup>. Há ainda a preocupação que a produção do “*eu médico*” se perpetuasse para além da experiência social de formação profissional. Nesse sentido, essa perspectiva se associa ao conceito de *habitus*, e a experiência vivida pelos estudantes na graduação (presente) se projeta para o futuro da sua vida profissional como médico formado.

Para Cruess e Cruess<sup>38</sup>, esta socialização dos discentes ao longo da graduação resulta em uma participação completa na comunidade de prática (neste caso, a medicina). Os autores defendem que a graduação em Medicina, assim como outras profissões, deve ser inserida nesta teoria de aprendizagem, que enfatiza a aprendizagem como uma construção coletiva e social. Assim, o estudante adquire habilidades técnicas e comportamentos comuns que são vivenciados, como o modo de ser e agir profissional. A aquisição é sempre gradual e está presente em conjunto com a formação da identidade. O objetivo final, o “*ser médico*”, não é um processo linear, e sim processos que ocorrem ao longo do caminho do estudante, a partir de observação e reprodução de técnicas, até situações mais complexas do ser

profissional<sup>38</sup>. Este compartilhamento de valores, atitudes, socialmente em uma comunidade pode se relacionar ao conceito de *habitus* de Bourdieu.

A cultura médica voltada ao modelo biomédico, associada à cultura institucional que pode promover excesso de trabalho, falta de preocupação com as relações interpessoais e baixo suporte aos alunos são obstáculos para uma influência positiva dos role-models<sup>65</sup>. Para os autores, técnicas inadequadas na docência, como falta de planejamento e ausência de feedback, são exemplos negativos para os discentes, assim como há a possibilidade de que atributos pessoais dos docentes exerçam alguma influência negativa sobre os discentes, já que há indícios que a interação entre os indivíduos – relações sociais – é promotora da aprendizagem<sup>58</sup>, criando no estudante a ideia de pertencimento legítimo, aceitando e concordando com os valores e normas estabelecidos na comunidade de prática. Neste contexto, o papel do docente, principalmente através do currículo oculto, se insere como um modelo a ser imitado nas habilidades e comportamentos (positivos ou negativos) – o role model – que são entendidos como pertencentes e inerentes ao campo da medicina.

Entendendo a empatia tanto como um valor assim como, uma prática a ser apreendida, a partir das interações sociais ocorridas durante a formação médica e com o docente como mediador do processo, faz-se necessário o estudo do atributo não apenas pelo olhar do discente, mas também pela ótica do docente, analisando como compreendem essa influência no contexto do processo de ensino aprendizagem, para além do currículo formal. A informação obtida neste estudo pode orientar o planejamento pedagógico, desenvolvendo currículos voltados à melhoria de habilidades sociais, na profissionalização de docentes médicos e em promover mudanças na cultura das escolas médicas.

Assim, nossa hipótese é que há relação entre uma visão pessoal empática e a atuação empática do docente de medicina, sendo que, no contexto do processo de formação médica, o professor que possui este atributo, proporciona uma formação médica que valoriza a empatia como dimensão importante da atuação profissional e do indivíduo, influenciando os discentes. Além disso, temos a hipótese que haja associação entre as variáveis socioeconômicas e o nível de empatia de discentes e docentes. Sendo assim, através de interações sociais, uma formação médica influenciada por relações empáticas favoreceria o desenvolvimento da empatia entre os estudantes de medicina.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a empatia dos docentes e discentes do curso de graduação em Medicina de uma universidade particular do estado do Espírito Santo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Avaliar os escores de empatia dos docentes do curso de graduação em Medicina de uma universidade particular do estado do ES.
2. Avaliar os escores de empatia dos alunos de graduação em Medicina de uma universidade particular do estado do ES.
3. Avaliar os dados sociodemográficos dos discentes e docentes de Medicina de uma universidade particular do estado do ES e correlacioná-los aos escores de empatia.
3. Correlacionar os escores de empatia entre os docentes e discentes do curso de graduação em Medicina de uma universidade particular do estado do ES.
4. Compreender a percepção dos discentes sobre a influência dos docentes no desenvolvimento da empatia.
5. Compreender a percepção dos docentes sobre sua influência no desenvolvimento da empatia dos discentes.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Este estudo foi realizado com estudantes e professores do curso de graduação em Medicina de uma universidade privada do estado do Espírito Santo (ES), no período de julho de 2019 a março de 2020.

Este estudo é de caráter observacional, transversal e misto. Na primeira etapa do estudo foram coletados dados quantitativos através dos questionários abaixo descritos. Após as análises estatísticas, observando os resultados, optou-se pela coleta de dados qualitativos, a partir de perguntas abertas em formato de formulário *online* (Google formulários).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), número do parecer 3.316.177 e CAAE 12135119.0.0000.0065 (Anexo A).

### **3.2 Sujeitos da pesquisa**

Foram convidados a participar todos os alunos do primeiro ano do curso, terceiro ano e do quinto ano do curso de medicina, além dos docentes do curso (docentes médicos e outros profissionais da área da saúde). A opção por este cenário se deu a partir da leitura de pesquisas ao redor do mundo que optam por analisar os discentes ingressantes, aqueles que iniciam o atendimento clínico e os estudantes próximos de finalizar o curso de medicina<sup>66,69</sup>.

No primeiro ano do curso, o universo de discentes foi de 173; no terceiro ano de 185 e no quinto ano o universo foi de 122, totalizando 480 alunos. Entre os docentes do curso, o universo total foi de 103 professores.

### **Fase quantitativa**

No início do semestre, antes das primeiras aulas dos períodos em questão, os alunos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, além da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B). Os questionários foram coletados via Google formulário (prioritariamente) e via papel e caneta. Visando aumentar aderência e facilitar o preenchimento dos instrumentos, foi solicitado a colaboração dos líderes de turma, enviando, via mensagem instantânea, o link aos alunos. Os alunos do quinto ano, receberam os questionários e TCLE através desse último método, já que não frequentam mais aulas teóricas no formato do primeiro ao quarto ano.

Os docentes foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos durante a reunião de início de semestre, recebendo os questionários e TCLE através do link enviado via e-mail ou aplicativo de mensagem instantânea.

Os questionários foram identificados pelo e-mail digitado no formulário, para reduzir o medo de identificação nas respostas e minimizar as respostas socialmente aceitas nos questionários.

### **Segunda fase**

Na segunda etapa do estudo, foi realizada a coleta de dados qualitativos. Para este momento, os alunos e professores receberam através de e-mail e aplicativo de

mensagem instantânea um link contendo um questionário semiestruturado elaborado com perguntas fechadas e abertas (Anexo C).

O formulário solicitava aos alunos a inserção do período/ano que estavam cursando e e-mail. Foi ainda solicitado que avaliasse o quanto se considerava empático (de 0 a 10, sendo 0 nada empático e 10 totalmente empático). Além disso, havia três perguntas abertas: “o que é empatia para você?”; “como o professor influencia positivamente no desenvolvimento da empatia dos alunos?” e “como o professor influencia negativamente no desenvolvimento da empatia dos alunos?”.

Para os professores, também foi solicitado para numerar a auto percepção da própria empatia (pontuando de 0 a 10, semelhante ao questionado no formulário dos alunos) e as seguintes perguntas abertas: “o que é empatia para você?”; “como você influencia positivamente no desenvolvimento da empatia dos alunos?” e “como você poderia influenciar negativamente no desenvolvimento da empatia dos alunos?”.

### **3.3 Instrumentos de coleta**

Para a realização da pesquisa, foram utilizados questionários de dados socioeconômicos e dois questionários de autopreenchimento sobre empatia: *Jefferson Scale of Empathy* (JSE) - para estudantes (JSE-S) e para profissionais de saúde (JSE-HP)<sup>46</sup>, e o questionário de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI-Davis)<sup>51</sup>. (ANEXOS D a F). Além destes questionários, também foi realizada uma pergunta específica, enumerada de 0 a 10, questionando o quanto o pesquisado acredita que o docente influencia na empatia dos alunos.

### **3.3.1 Dados socioeconômicos – docentes**

A ficha de caracterização socioeconômica foi desenvolvida para verificar características da amostra relacionadas ao contexto social e profissional, como sexo, estado civil, idade, religião, renda, tempo de formação, tipo de universidade da graduação (pública/particular), especialidade, experiência na docência, tipo de vínculo com a Universidade e módulo/disciplina que atua na universidade. (ANEXO G)

### **3.3.2 Dados socioeconômicos - discentes**

O questionário socioeconômico relacionado aos discentes contém aspectos relacionados à idade, sexo, estado civil, renda, religião, se possuía pai ou mãe médicos, financiamento estudantil, ano/módulo que estava cursando e especialidade médica pretendida. (ANEXO H)

### **3.3.3 Questionários de empatia**

#### **3.3.3.1 Jefferson Scale of Empathy**

O JSE<sup>46</sup> é um questionário de avaliação de empatia de autopreenchimento, composto de 20 perguntas a serem respondidas na escala de *Likert* (de 1 a 7 itens, com 1 equivalente à “Discordo Fortemente” e 7, equivalente à “Concordo Fortemente”). Dez itens possuem pontuação reversa (itens 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, e 19) e devem ter seus valores invertidos na soma. As pontuações mínima e máxima possíveis são 20 e 140 pontos, respectivamente. Assim, quanto maior a pontuação obtida, mais empático é o comportamento<sup>17</sup>. O questionário teve sua versão brasileira validada por Paro et al. em 2012<sup>70</sup>. Utilizamos o JSE para estudantes (JSE – S) e JSE para médicos e profissionais da saúde (JSE – HP).

O JSE avalia a dimensão cognitiva da empatia possui, originalmente, três fatores resultantes da Análise Fatorial: Fator 1, a Tomada de Perspectiva, como componente proeminente na escala original, fator 2, o Cuidado Compassivo e o fator 3, a Habilidade de Colocar-se no Lugar do Paciente<sup>71</sup>. Na tradução brasileira, o Cuidado Compassivo resultou como o principal fator, com 11 itens, os quais 1, 2, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20. A Habilidade de Colocar-se no Lugar do Paciente (pensar como o paciente) foi o fator 2, com dois itens negativos da escala, 3 e 6, sendo considerado um componente apenas trivial e a Tomada de Perspectiva como fator 3, compreendendo 7 itens, os quais 4, 5, 9, 10, 13, 17 e 18, sendo este último com valor invertido. Os fatores e itens inseridos em cada dimensão diferem da escala original americana, indicando questões culturais, religiosas e educacionais para as diferenças encontradas<sup>70</sup>.

**Quadro 1 - Dimensões da Jefferson Scale of Empathy**

| <b>Dimensões do JSE</b>                |   |
|--|---|
| <b>Cuidado Compassivo</b>              | Relacionado ao cuidado com compaixão, compreendendo as experiências do paciente |
| <b>Tomada de Perspectiva</b>           | Componente fundamental da empatia, de aspecto cognitivo.                        |
| <b>Colocar-se no lugar do paciente</b> | Relaciona-se a pensar como o paciente   |

**Quadro 2 - Pontuação dos itens da JSE traduzida para o português brasileiro**

| <b>Pontuação dos itens</b>      |                        |                           |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Dimensões</b>                | <b>Valores Normais</b> | <b>Valores Invertidos</b> |
| Cuidado compassivo              | 2, 15, 16, 20          | 1, 7, 8, 11, 12, 14, 19   |
| Tomada de Perspectiva           | 4, 5, 9, 10, 13, 17    | 18                        |
| Colocar-se no lugar do paciente | -                      | 3, 6                      |

### 3.3.3.2 Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal

A Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) foi criada a partir da definição de Davis<sup>50</sup> sobre empatia, compreendida como um construto multidimensional. Apresenta 28 itens em seu questionário original, divididos em 4 subescalas/dimensões: Tomada de Perspectiva (TP), Consideração Empática (CE), Angústia Pessoal (AP) e Fantasia. As dimensões integram tanto o domínio cognitivo – a Tomada de Perspectiva, quanto o afetivo – Consideração Empática. A subescala Angústia Pessoal pode ser definida como um comportamento associado à ansiedade, ao estresse, vividos em situações que possam gerar alguma aflição. Nesse sentido, é a dimensão mais auto orientada e egoística <sup>50</sup>.

Koller et al.<sup>51</sup> validaram o questionário para o português brasileiro, com uma redução no número de itens a serem respondidos e a supressão da subescala “Fantasia”, totalizando 21 itens em escala *Likert* (de 1 a 5, com “1” equivalente a “não me descreve bem” e 5 equivalente a “descreve-me muito bem”).

**Quadro 3 - Características das Subescalas da EMRI**

| <b>Subescalas do EMRI</b>    |  |
|------------------------------|--|
| <b>Consideração Empática</b> | Investiga sentimentos de compaixão e preocupação com o (s) outro (s)   |
| <b>Tomada de Perspectiva</b> | Verifica tentativas espontâneas de possuir a perspectiva de outros e ver as coisas do ponto de vista dos outros. |
| <b>Angústia Pessoal</b>      | Avalia os sentimentos pessoais de ansiedade e desconforto quando experencia momentos negativos do outro.         |

Os itens 2, 5, 8, 11, 16, 19 e 21 correspondem à Tomada de Perspectiva, os itens 1, 3, 6, 10, 13, 15 e 17 correspondem à subescala Consideração Empática e os itens 4, 7, 9, 12, 14, 18 e 20 correspondem à subescala Angústia Pessoal. Os itens 2, 3, 9, 10, 11 e 13 devem ter sua pontuação invertida pois sua elaboração está em oposição aos outros itens do questionário. Cada subescala possui seu escore máximo de 35 pontos, indicando o grau de empatia em cada dimensão proposta por Davis<sup>50</sup>.

**Quadro 4 - Pontuação das subescalas da EMRI e itens correspondentes**

| <b>Pontuação das subescalas</b> |                        |                           |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Dimensões</b>                | <b>Valores Normais</b> | <b>Valores Invertidos</b> |
| Consideração Empática           | 1, 6, 15, 17           | 3, 10, 13                 |
| Tomada de Perspectiva           | 5, 8, 16, 19, 21       | 2, 11                     |
| Angústia Pessoal                | 4, 7, 12, 14, 18, 20   | 9                         |

### **3.4 Análise Estatística dos dados quantitativos**

A análise estatística descritiva foi utilizada na categorização socioeconômica dos discentes e socioprofissional dos docentes (frequência), nas subescalas do EMRI-Davis e do JSE – S e JSE – HP, determinando a distribuição dos escores das respostas dos estudantes e dos docentes (média, desvio padrão) e na distribuição dos escores relacionados ao sexo e às categorias socioeconômicas e socioprofissionais. As análises foram realizadas por meio do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows, versão 22.0.

A confiabilidade dos dados foi verificada a partir da consistência interna dos instrumentos utilizados (JSE e EMRI), por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Índices com valores maiores ou iguais a 0,7 são considerados satisfatórios para análise de grupos<sup>72,73</sup>.

A renda (para os discentes, renda familiar e para os docentes, renda total) foi categorizada em cinco grupos, de acordo com as faixas de renda do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): faixa até R\$ 1.874,00, de R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00, de R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00, de R\$ 9.370,01 a R\$ 18.470,00 e acima de R\$18.470,01.

Para avaliar a influência da especialidade pretendida sobre os escores de empatia dos alunos, foi realizada categorização a partir da especialidade pretendida<sup>20</sup>, agrupados em especialidades centradas no paciente (medicina de família e comunidade, ginecologia, obstetrícia, medicina de emergência, psiquiatria e especialidades clínicas), não centradas no paciente (anestesia, radiologia, especialidades baseadas em hospital, cirurgia e especialidades cirúrgicas) e que ainda não sabiam qual especialidade seguir, seguindo outros estudos que avaliaram a empatia de estudantes e médicos<sup>20,23</sup>. Considerando as divisões clássicas de especialidades no Brasil, também foi realizada outra categorização, a partir das áreas básicas elencadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP): clínica médica, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e medicina de família e comunidade. Os docentes também foram categorizados por especialidades centradas/não centradas no paciente e a partir das áreas definidas pelo INEP, e aqueles docentes da área da saúde que não são médicos puderam selecionar esta categoria.

Para comparar medidas de tendência central dos questionários de acordo com as categorias analisadas, foram realizadas análises de variância (ANOVA) e teste t com correção de Tukey, visto que a maioria dos domínios apresentou distribuição normal.

As correlações entre as escalas de Jefferson, Davis e a pergunta sobre a influência do docente na empatia do aluno foram determinadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Os valores 0,1; 0,3 e 0,5 foram considerados para interpretação das correlações como fracas, moderadas e fortes, respectivamente<sup>74</sup> .

O nível de significância estatística das comparações foi considerado como  $p < 0,05$ .

### **3.5 Análise qualitativa dos dados**

Na segunda etapa deste estudo, realizamos análise qualitativa dos dados coletados dos questionários semiestruturados por meio da técnica de análise de conteúdo, conforme Gomes<sup>75</sup>.

Na perspectiva da pesquisa qualitativa, não se objetiva somente a descrição de opiniões, e sim a exploração do conjunto de percepções ou representações sobre a temática<sup>75</sup> . Ademais, realizar a análise e interpretação dos dados gerados qualitativamente são compreendidos como ações finalísticas do trabalho, com organização, além da articulação do material com os objetivos do estudo e com o referencial teórico, ou seja, a etapa final<sup>75</sup> .

Para Bardin<sup>76</sup>, a Análise de Conteúdo define-se como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p.31). A autora defende a busca de uma metodologia capaz de compreender aquilo que é dito para além dos seus significados literais.

Na Análise de Conteúdo Temática, o tema é o conceito principal, revelado através de palavras ou frases<sup>75</sup>. Bardin<sup>76</sup> define tema como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto [...] que pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significados”<sup>76(p105)</sup>.

Os conteúdos coletados dos docentes e discentes via formulário online foram organizados em planilha do programa Excel. Os dados repetidos foram removidos e o arquivo final enviado a três outras pesquisadoras do grupo de pesquisa do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica (CEDEM) da FMUSP para que houvesse uma familiarização com os dados coletados. As respostas dos discentes e docentes foram lidas repetidas vezes, ativamente, na busca por certos padrões e ideias.

Assim como Gomes<sup>75</sup> descreve a realização da análise, foram descobertos núcleos de sentido ao longo das leituras, para descobrir aquilo que está além das aparências dos conteúdos, interpretando mais profundamente o que está sendo comunicado, na medida em que utilizamos a linguagem para representar o mundo que conhecemos<sup>75</sup>.

Inicialmente foram analisadas as repostas para definição de empatia e, posteriormente, foram analisadas as respostas às perguntas sobre a influência positiva e negativa do docente na empatia do aluno.

Após analisar os padrões, com a descoberta de núcleos de sentido, as respostas foram agrupadas, em consenso entre as pesquisadoras, para que pudessem manter o significado compreendido. Após refinamento, os núcleos de sentido foram renomeados e tabelados, com categorias e sub-categorias, para uma melhor expressão daquilo que se observou, agrupando assim novamente as respostas de forma a se relacionarem com os núcleos descobertos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Análise dos dados quantitativos

#### 4.1.1 Descrição do cenário do estudo

A Faculdade de Medicina onde o estudo ocorreu foi fundada em 2007 e possui, desde sua fundação, um currículo baseado em metodologias ativas – Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning* – ABP/PBL), disposto em módulos do primeiro ao quarto ano e, no quinto e sexto ano, internato em cenários de prática médica no estado do ES. Os alunos do primeiro ao quarto ano estão divididos em grupos tutoriais e grupos para os cenários de prática. Possuem aulas no laboratório de habilidades clínicas e em disciplinas integradoras (laboratório integrado). A entrada dos estudantes se dá semestralmente, assim, os alunos são dispostos em períodos ao longo do curso, do 1º período ao 12º período.

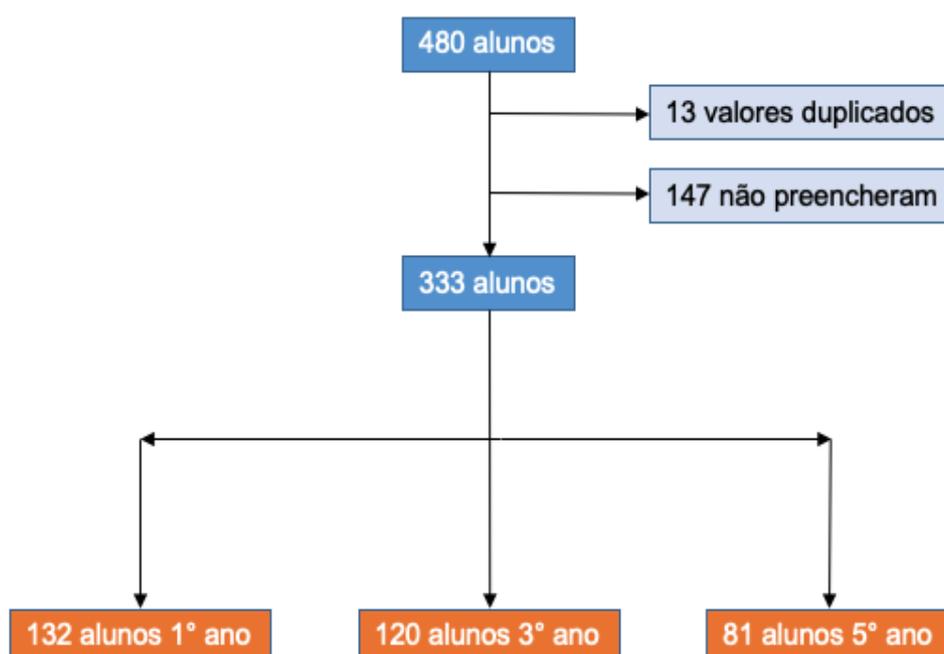
A faculdade possui, em seu projeto pedagógico, a inserção dos discentes na atenção primária desde o primeiro período até o oitavo período, como cenário de prática. Este modelo de integração ensino-serviço-comunidade recebe o nome de PISEC (Programa de Integração Serviço-Ensino-Comunidade). Assim, nos primeiros dois anos (do primeiro ao quarto período) os discentes se inserem em programas de educação para a comunidade, grupos de atenção prioritários e diagnóstico/reconhecimento do território da equipe de saúde. A partir do quinto período (terceiro ano) os alunos iniciam os atendimentos clínicos, supervisionados por docentes, na mesma equipe de saúde da família em que estavam nos primeiros dois anos, inicialmente com assistência à saúde familiar e, no quarto ano, voltado ao atendimento individual, sempre com a supervisão de um professor nas unidades de saúde da família do município. Já no Internato os alunos se inserem em campos de

prática nos níveis municipal e estadual, em serviços de atenção primária, secundária e de alta complexidade.

#### 4.1.2 Descrição geral dos discentes

Conforme pode ser observado na Figura 1, a população estudada foi de 333 estudantes de medicina, configurando uma taxa total de respondentes de 69,37% em relação ao número total de alunos nos anos estudados (480). A taxa de resposta variou de acordo com o ano do discente (76,30%, 64,86% e 66,40% dos alunos do primeiro, terceiro e quinto anos, respectivamente).

Figura 1 - Fluxograma de perdas da primeira fase - discentes



A média de idade dos discentes foi de 22,14 anos, com desvio padrão (DP)  $\pm 3,31$  e intervalo de 18 a 40 anos, sendo 104 alunos do sexo masculino (31,23%) e 229 alunos do sexo feminino (68,77%). A maioria dos alunos se considerava branca (72,37%), seguia a religião católica (48,95%) e possuía renda familiar acima de R\$

9.370,01 (57,35%), enquanto 23,72% possuíam algum tipo de financiamento estudantil.

A média da subescala Consideração Empática (CE) foi de 28,30 (DP±4,49), enquanto na subescala Tomada de Perspectiva (TP) a média foi de 26,21 (DP±4,24). Por outro lado, a subescala Angústia Pessoal (AP) apresentou um escore médio de 19,37 (DP±4,78). Pode-se considerar que os discentes apresentam grau de empatia elevado a partir do escore de Jefferson (JSE-S), com média de 121,17 (DP±10,76), com escore mínimo de 76,0 e máximo de 140,0 (Tabela 1).

#### **4.1.3 Descrição geral dos docentes**

A população estudada foi de 87 professores entre os 103 de amostra total, com taxa de resposta de 84,44%. A média de idade foi de 47,11 anos (DP±8,97), intervalo de 30 a 70 anos, sendo 33 professores do sexo masculino (37,93%) e 54 professores do sexo feminino (62,06%). A média do tempo de formado foi de 22,56 anos (DP±10,40) e do tempo que atua na docência de 9,65 anos (DP±7,70). A maioria dos docentes se considerava de religião católica (64,36%), de cor branca (82,76%), realizou graduação em universidade pública (60,92%), possuía renda total acima de R\$ 9.374,01 (91,95%) e atuava na área de clínica médica/especialidades clínicas (24,13%). Esses dados podem ser observados, em comparação aos dos estudantes, na tabela 1.

A média da subescala Consideração Empática foi de 27,69 (DP±4,08), enquanto na subescala Tomada de Perspectiva a média foi de 28,05 (DP±4,33). Por outro lado, a subescala Angústia Pessoal apresentou um escore médio de 17,62 (DP±4,48). Os docentes também apresentaram níveis de empatia elevados a partir do

escore de Jefferson (JSE-HP), com média de 124,61 (DP±10,33), com escore mínimo de 95,0 e máximo de 140,0 (Tabela 1).

**Tabela 1 – Análise descritiva – Docentes e Discentes**

|                         | <b>Discentes</b>  | <b>Docentes</b>   |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>AMOSTRA (n)</b>      | 333 (69,37%)      | 87 (84,44%)       |
| <b>SEXO</b>             |                   |                   |
| Feminino                | 229 (68,77%)      | 54 (62,06%)       |
| Masculino               | 104 (31,23%)      | 33 (37,93%)       |
| <b>IDADE</b>            |                   |                   |
| Média                   | 22,14 (± 3,31)    | 47,11 (±8,97)     |
| <b>RELIGIÃO</b>         |                   |                   |
| Católica                | 163 (48,95%)      | 56 (64,36%)       |
| Evangélica              | 87 (26,12%)       | 7 (8,04%)         |
| Espírita                | 8 (2,4%)          | 8 (9,19%)         |
| Sem Religião/agnósticos | 65 (19,52%)       | 15 (17,24%)       |
| Matriz Africana         | 6 (1,8%)          | 1 (1,15%)         |
| Outros                  | 4 (1,2%)          |                   |
| <b>ETNIA</b>            |                   |                   |
| Branca                  | 241 (72,37%)      | 72 (82,76%)       |
| Parda                   | 84 (25,22%)       | 13 (14,94%)       |
| Preta                   | 6 (1,8%)          | 2 (2,30%)         |
| Amarela                 | 2 (0,6%)          | 0                 |
| <b>ESCALA</b>           |                   |                   |
| JSE                     | 121,17 (DP±10,76) | 124,61 (DP±10,33) |
| Consideração Empática   | 28,30 (DP±4,49)   | 27,69 (DP±4,08)   |
| Tomada Perspectiva      | 26,21 (DP±4,24)   | 28,05 (DP±4,33)   |
| Angústia Pessoal        | 19,37 (DP±4,78)   | 17,62 (DP±4,48)   |

#### **4.1.4 Análise da influência do gênero – discentes e docentes**

A tabela 2 apresenta os resultados da influência do gênero, entre os discentes estudados, nos escores de empatia do questionário JSE-S e das subescalas do questionário de Davis. Os níveis de empatia entre os discentes do sexo feminino foram

significativamente maiores do que os discentes do sexo masculino nos questionários JSE-S e na subescala Consideração Empática ( $p < 0,001$ ) e subescalas Tomada de Perspectiva ( $p < 0,05$ ) e Angústia Pessoal ( $p < 0,01$ ) do EMRI-Davis.

**Tabela 2 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis - discentes**

| Escala                                     | Gênero               |                     | p*               |
|--|----------------------|---------------------|------------------|
|  | Masculino<br>(n=104) | Feminino<br>(n=229) |                  |
| <b>JSE- S</b> (Média±DP)                   | 116,04 (±12,13)      | 123,50 (±9,20)      | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Consideração Empática</b><br>(Média±DP) | 25,00 (±4,44)        | 29,80 (±3,63)       | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Tomada de Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 25,39 (±4,12)        | 26,59 (±4,24)       | <b>&lt;0,05</b>  |
| <b>Angústia Pessoal</b> (Média±DP)         | 18,34 (±4,20)        | 19,83 (±4,96)       | <b>&lt;0,01</b>  |

Em relação aos docentes, a tabela 3 apresenta os resultados da influência do gênero nos escores de empatia do questionário de JSE-S e das subescalas do questionário de Davis. Os níveis de empatia entre os docentes do sexo feminino foram significativamente maiores do que os docentes do sexo masculino somente na subescala Consideração Empática do questionário de Davis ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 3 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis - docentes**

| Escala                                     | Gênero              |                    | p*              |
|--|---------------------|--------------------|-----------------|
|  | Masculino<br>(n=33) | Feminino<br>(n=54) |                 |
| <b>JSE- HP</b> (Média±DP)                  | 123,48 (±8,74)      | 125,29 (±11,22)    | 0,431           |
| <b>Consideração Empática</b><br>(Média±DP) | 26,39 (±4,14)       | 29,07 (±4,16)      | <b>&lt;0,01</b> |
| <b>Tomada de Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 26,94 (±4,22)       | 28,15 (±3,96)      | 0,182           |
| <b>Angústia Pessoal</b> (Média±DP)         | 16,85 (±4,14)       | 18,09 (±4,65)      | 0,211           |

#### 4.1.5 Análise da influência da religião – discentes e docentes

No momento da resposta do questionário socioeconômico, os sujeitos da pesquisa poderiam apontar com qual religião eles se identificavam. As opções eram: “católica”, “evangélica”, “espírita”, “sem religião/agnóstico/ateu”, “africana” e “outras”.

**Tabela 4 –** Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Religião discentes

| Escala   | Religião Discentes       |                      |                   |                              |                          |                   | p*              |
|--|--------------------------|----------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
|  | Católica<br>(n=163)      | Evangélica<br>(n=87) | Espírita<br>(n=8) | Agnóstica/<br>Ateu<br>(n=65) | Africana<br>(n=6)        | Outras<br>(n=4)   |                 |
| <b>JSE- S</b><br>(Média±DP)                    | 121,06<br>(±10,45)       | 121,56<br>(±10,74)   | 123,50<br>(±8,41) | 119,57<br>(±11,90)           | 127,00<br>(±7,48)        | 129,50<br>(±9,25) | 0,297           |
| <b>Consideração<br/>Empática</b><br>(Média±DP) | <b>28,60*</b><br>(±4,20) | 28,43<br>(±4,46)     | 29,00<br>(±3,81)  | <b>26,60*</b><br>(±4,94)     | <b>32,66*</b><br>(±2,58) | 32,75<br>(±2,21)  | <b>&lt;0,01</b> |
| <b>Tomada de<br/>Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 26,40<br>(±3,97)         | 25,93<br>(±4,63)     | 26,87<br>(±4,79)  | 25,74<br>(±4,25)             | 27,33<br>(±4,27)         | 29,5<br>(±4,65)   | 0,475           |
| <b>Angústia<br/>Pessoal</b><br>(Média±DP)      | 19,64<br>(±4,95)         | 19,35<br>(±4,65)     | 20,00<br>(±4,69)  | 18,74<br>(±4,68)             | 19,33<br>(±4,92)         | 17,75<br>(±3,40)  | 0,817           |

\*p<0,05

A tabela 4 demonstra os resultados da influência da religião nos níveis de empatia dos estudantes a partir dos escores de Jefferson e Davis, revelando que, na subescala Consideração Empática, houve diferença estatisticamente significativa entre as religiões dos discentes ( $p<0,01$ ). Alunos católicos ou com religião de matriz africana obtiveram escores de empatia mais elevados do que os alunos que se denominaram agnóstico/ateus ( $p<0,05$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os outros grupos religiosos e nas outras subescalas analisadas.

Entre os docentes, aqueles que não possuem religião (ateus/agnósticos) apresentaram médias maiores nos escores de empatia na subescala Consideração

Empática, de 28,33 ( $\pm 1,76$ ), enquanto aquele que segue religiões de matriz africana apresentou o menor nível de empatia na subescala CE, com pontuação de 26,00 (ausência de DP por somente um docente seguir a referida religião). Não houve diferença estatisticamente significativa entre todas as religiões observadas. (tabela 5). Nas subescalas TP e AP, assim como na JSE-HP, não houve diferença estatisticamente significativa entre todas as demais religiões avaliadas.

**Tabela 5 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Religião docentes**

| Escala   | Religião Docentes     |                        |                       |                              |                   | p*    |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|-------|
|  | Católica<br>(n=56)    | Evangélica<br>(n=7)    | Espírita<br>(n=8)     | Agnóstica/<br>Ateu<br>(n=15) | Africana<br>(n=1) |       |
| <b>JSE- HP</b><br>(Média $\pm$ DP)                   | 125,09 ( $\pm 10,3$ ) | 116,29 ( $\pm 13,55$ ) | 121,38 ( $\pm 6,65$ ) | 127,53 ( $\pm 8,43$ )        | 136,00            | 0,090 |
| <b>Consideração<br/>Empática</b><br>(Média $\pm$ DP) | 28,16 ( $\pm 4,80$ )  | 28,00 ( $\pm 5,44$ )   | 27,87 ( $\pm 4,25$ )  | 28,33 ( $\pm 1,76$ )         | 26,00             | 0,990 |
| <b>Tomada de<br/>Perspectiva</b><br>(Média $\pm$ DP) | 27,61 ( $\pm 4,07$ )  | 26,57 ( $\pm 3,86$ )   | 28,12 ( $\pm 4,67$ )  | 28,20 ( $\pm 4,19$ )         | 28,00             | 0,930 |
| <b>Angústia<br/>Pessoal</b><br>(Média $\pm$ DP)      | 17,72 ( $\pm 4,72$ )  | 17,28 ( $\pm 4,15$ )   | 17,00 ( $\pm 3,20$ )  | 17,86 ( $\pm 4,73$ )         | 21,00             | 0,940 |

#### 4.1.6 Análise da Influência da Renda familiar – Discentes

A tabela 6 demonstra os resultados da análise da influência da renda familiar nos níveis de empatia dos estudantes a partir dos escores de Jefferson (JSE-S) e Davis (EMRI). Os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas no escore de Jefferson (JSE-S) entre os discentes de acordo com a renda familiar ( $p < 0,05$ ). Foi encontrada diferença nos níveis de empatia dos estudantes, entre aqueles que possuem renda familiar acima de R\$18.470,01 e alunos com renda

familiar entre R\$ 3.748,01 e R\$ 9.370,00, sendo que os mais pobres possuem níveis de empatia maiores ( $p < 0,01$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os outros grupos e nas outras subescalas analisadas.

**Tabela 6 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Renda Familiar – discentes**

| Escala                                     | Renda Familiar       |                               |                                      |                                 |                                       | p*               |
|--|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------|
|  | Até R\$1874,00 (n=7) | De 1.874,01 a 3.748,00 (n=25) | De 3.748,01 a 9.370,00 (n=110)       | De 9.370,01 a 18.740,00 (n=107) | Acima de 18.740,01 (n=84)             |                  |
| <b>JSE- S</b><br>(Média±DP)                | 121,28<br>(±14,28)   | 121,56<br>(±12,00)            | <b>123,68<sup>#</sup></b><br>(±9,40) | 120,64<br>(±10,27)              | <b>118,41<sup>#</sup></b><br>(±11,80) | <b>&lt;0,05*</b> |
| <b>Consideração Empática</b><br>(Média±DP) | 31,00<br>(±4,24)     | 28,20 (±4,47)                 | 28,58 (±3,92)                        | 28,36 (±4,60)                   | 27,667<br>(±5,00)                     | 0,324            |
| <b>Tomada de Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 25,00<br>(±5,35)     | 25,68 (±3,42)                 | 26,57 (±3,99)                        | 26,41 (±4,40)                   | 25,76 (±4,48)                         | 0,569            |
| <b>Angústia Pessoal</b><br>(Média±DP)      | 17,43<br>(±4,75)     | 19,60 (±5,42)                 | 19,41 (±4,60)                        | 19,73 (±4,77)                   | 18,94 (±4,87)                         | 0,642            |

\* $p < 0,05$ ; # $p < 0,01$

#### 4.1.7 Análise da Influência do ano de graduação sobre a empatia

A Tabela 7 apresenta os resultados da influência do ano da graduação em que o aluno se encontra sobre os níveis de empatia analisados. Foi realizado o teste ANOVA, revelando que as diferenças encontradas nos níveis de empatia nas subescalas Tomada de Perspectiva e Angústia Pessoal são estatisticamente significativas ( $p = 0,001$  e  $p < 0,001$ , respectivamente).

A diferença nos níveis de empatia na subescala Tomada de Perspectiva entre o primeiro e terceiro ano é estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Ainda nesta

subescala, o teste estatístico revelou que a diferença nos níveis de empatia entre os alunos do primeiro e quinto ano também é estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ), com os alunos do ano inicial apresentando escore de empatia maior que aqueles do terceiro e do quinto ano.

**Tabela 7 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Ano que está cursando**

| Escala                                     | Ano que está cursando     |                           |                       | p*               |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------|
|  | Primeiro ano<br>(n=132)   | Terceiro Ano<br>(n=120)   | Quinto ano<br>(n=81)  |                  |
| <b>JSE- S</b><br>(Média±DP)                | 121,77 (±10,73)           | 119,55 (±11,48)           | 122,57 (±9,43)        | 0,107            |
| <b>Consideração Empática</b><br>(Média±DP) | 28,28 (±4,49)             | 28,06 (±4,63)             | 28,68 (±4,29)         | 0,638            |
| <b>Tomada de Perspectiva</b><br>(Média±DP) | <b>27,24 (±4,29)#</b>     | <b>25,63 (±4,24)#</b>     | <b>25,40 (±3,84)#</b> | <b>&lt;0,01</b>  |
| <b>Angústia Pessoal</b><br>(Média±DP)      | <b>18,20 (±4,53)&amp;</b> | <b>20,62 (±4,83)&amp;</b> | 19,40 (±4,69)         | <b>&lt;0,001</b> |

\*  $p < 0,05$ ; # $p < 0,01$ ; & $p < 0,001$

Por outro lado, os alunos do terceiro ano apresentaram escores de Angústia Pessoal mais elevados que os alunos do primeiro ano e esta diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Não houve diferenças estatisticamente significativas na JSE-S e nas outras subescalas avaliadas.

#### **4.1.8 Análise da Influência da especialidade pretendida**

Categorizamos os estudantes baseado na especialidade que os alunos pretendem cursar, dividindo em “orientada para o paciente” ou “para tecnologia”, e analisamos a influência desta escolha sobre os níveis de empatia estudados (Tabela

8). Na análise inicial, as diferenças encontradas entre os grupos não foram estatisticamente significativas, porém, após realização do teste de Tukey, foi verificado que os alunos que pretendem seguir especialidades orientadas para o paciente possuem níveis maiores de empatia na subescala Angústia Pessoal quando comparados aos alunos que pretendem seguir especialidades mais orientadas para a tecnologia, e essa diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 8 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica Pretendida (por orientação)**

| Escala                                     | Especialidade Médica Pretendida      |  |                    | p*    |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|-------|
|  | Orientada para o Paciente<br>(n=185) | Orientada para a Tecnologia<br>(n=133) | Não sabe<br>(n=15) |       |
| <b>JSE- S</b> (Média±DP)                   | 122,42 (±9,53)                       | 119,77 (±12,05)                        | 118,06 (±11,42)    | 0,050 |
| <b>Consideração Empática</b><br>(Média±DP) | 28,65 (±4,33)                        | 27,83 (±4,69)                          | 28,13 (±4,47)      | 0,273 |
| <b>Tomada de Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 26,37 (±4,40)                        | 26,08 (±4,03)                          | 25,46 (±4,10)      | 0,654 |
| <b>Angústia Pessoal</b><br>(Média±DP)      | <b>19,91 (±4,82)*</b>                | <b>18,62 (±4,66)*</b>                  | 19,33 (±4,77)      | 0,061 |

\* $p < 0,05$

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os outros grupos e subescalas analisadas.

Outra forma de categorização, apresentada na tabela 9, representa os escores a partir de especialidades do INEP. Os resultados revelam que as diferenças entre os grupos, encontradas nos escores da subescala Angústia Pessoal, foram estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Quando realizado o teste de Tukey, verificamos que as diferenças nos escores entre quem pretende seguir carreira clínica e o que pretende seguir a carreira cirúrgica são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 9 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica Pretendida – por INEP**

| Escala   | Especialidade pretendida (INEP) |                          |                          |  |                                  |                    | p*              |
|--|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|--------------------|-----------------|
|  | Clínica<br>(n=125)              | Cirurgia<br>(n=117)      | Pediatria<br>(n=40)      | Ginecologia<br>a/Obstetrícia<br>(n=25) | Medicina<br>Preventiva<br>(n=11) | Não sabe<br>(n=15) |                 |
| <b>JSE- S</b><br>(Média±DP)                    | 121,44<br>(±10,26)              | 119,47<br>(±12,34)       | 124,25<br>(±7,55)        | 124,84<br>(±5,93)                      | 120,72 (±12,68)                  | 118,06<br>(±11,42) | 0,062           |
| <b>Consideração<br/>Empática</b><br>(Média±DP) | 28,11<br>(±4,50)                | 27,72<br>(±4,80)         | 29,80<br>(±3,85)         | 29,12<br>(±3,90)                       | 29,63 (±3,20)                    | 28,13<br>(±4,47)   | 0,131           |
| <b>Tomada de<br/>Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 26,44<br>(±4,44)                | 25,75<br>(±3,95)         | 26,95<br>(±3,89)         | 25,96<br>(±4,75)                       | 27,54 (±5,00)                    | 25,46<br>(±4,10)   | 0,470           |
| <b>Angústia<br/>Pessoal</b><br>(Média±DP)      | <b>19,80*</b><br>(±5,18)        | <b>18,06*</b><br>(±4,27) | <b>20,95*</b><br>(±4,40) | 20,44<br>(±4,32)                       | 20,18 (±5,07)                    | 19,33<br>(±4,77)   | <b>&lt;0,01</b> |

teste anova \*p<0,05

Além disso, quando comparamos os escores entre o grupo que pretende seguir carreira cirúrgica e o que pretende seguir na pediatria, percebe-se que aqueles alunos que pretendem escolher pediatria apresentam escore de Angústia Pessoal mais elevado que os alunos que seguirão em especialidades cirúrgicas e a diferença encontrada é estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as outras categorias analisadas.

#### 4.1.9 Análise da Influência da especialidade – docentes

A tabela 10 revela a influência das especialidades dos docentes nos escores de empatia de acordo com cada escala avaliada. Percebe-se menor Consideração Empática e Angústia Pessoal nos docentes de especialidade médica voltada à tecnologia ( $p<0,05$ ).

**Tabela 10 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica dos docentes – por orientação**

| Escala                                  | Especialidade Médica             |                                    |                                   | p*              |
|---|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|   | Orientada para o Paciente (n=60) | Orientada para a Tecnologia (n=12) | Outras profissões da saúde (n=15) |                 |
| <b>JSE- HP</b> (Média±DP)               | 124,79 (±10,4)                   | 122,9 (±9,58)                      | 125,13 (±11,30)                   | 0,828           |
| <b>Consideração Empática</b> (Média±DP) | 28,34 (±4,1)                     | <b>25,3 (±5,5)*</b>                | <b>29,53 (±3,41)*</b>             | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tomada de Perspectiva</b> (Média±DP) | 27,87 (±4,2)                     | 26,41 (±4,01)                      | 27,93 (±3,84)                     | 0,513           |
| <b>Angústia Pessoal</b> (Média±DP)      | <b>18,19 (±4,6)*</b>             | <b>14,71 (±3,3)*</b>               | 18,00 (±4,22)                     | <b>&lt;0,05</b> |

\*p<0,05

A diferença entre o grupo de docentes de outras profissões da saúde e o grupo de docentes com especialidades orientadas para tecnologia é estatisticamente significativa na subescala Consideração Empática ( $p<0,05$ ). Já na subescala Angústia Pessoal, os docentes que são de especialidades orientadas para o paciente possuem escores mais elevados do que aqueles docentes que estão em especialidades orientadas para a tecnologia ( $p<0,05$ ).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores dos docentes nas outras escalas avaliadas.

Os resultados dos escores das escalas de empatia de acordo com a divisão de especialidades pelo INEP está demonstrada na tabela 11. Os dados revelam que as diferenças encontradas nos escores da subescala Consideração Empática são estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ), porém, ao realizarmos os testes post-HOC, esta diferença não se manteve.

No teste post-HOC também foi observado que os docentes que atuam na área da medicina preventiva apresentaram escores significativamente maiores na

subescala Angústia Pessoal quando comparados aos docentes das especialidades cirúrgicas ( $p < 0,05$ ).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nos outros escores de empatia entre os docentes de acordo com as especialidades do INEP.

**Tabela 11 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Especialidade Médica dos docentes - INEP**

| Escala   | Especialidade (INEP) |                                 |                     |                                       |                                 |                         | p*              |
|--|----------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------|
|  | Clínica<br>(n=21)    | Cirurgia<br>(n=12)              | Pediatria<br>(n=14) | Ginecologia/O<br>bstetrícia<br>(n=17) | Medicina<br>Preventiva<br>(n=8) | Não<br>médico<br>(n=15) |                 |
| <b>JSE- S</b><br>(Média±DP)                    | 123,95<br>(±8,60)    | 122,92<br>(±9,58)               | 124,07<br>(±13,05)  | 124,10 (±11,41)                       | 130,00<br>(±6,41)               | 125,13<br>(±11,30)      | 0,755           |
| <b>Consideração<br/>Empática</b><br>(Média±DP) | 26,66<br>(±3,83)     | 25,25<br>(±5,54)                | 29,14<br>(±4,88)    | 29,6 (±3,55)                          | 28,00 (±3,54)                   | 29,53<br>(±3,42)        | <b>&lt;0,05</b> |
| <b>Tomada de<br/>Perspectiva</b><br>(Média±DP) | 27,19<br>(±4,66)     | 26,41<br>(±4,01)                | 27,35<br>(±4,60)    | 29,40 (±3,79)                         | 27,37 (±2,13)                   | 27,93<br>(±3,84)        | 0,462           |
| <b>Angústia<br/>Pessoal</b><br>(Média±DP)      | 18,66<br>(±5,17)     | <b>14,66*</b><br><b>(±3,28)</b> | 17,43<br>(±4,22)    | 16,90 (±4,0)                          | <b>20,50*</b> <b>(±4,27)</b>    | 18,00<br>(±4,22)        | 0,063           |

\* $p < 0,05$

#### 4.1.10 Análise da Influência do professor na empatia do aluno

A tabela 12 demonstra qual a pontuação dada, de acordo com o número de respondentes, na pergunta relacionada à influência do professor na empatia do aluno. Os dados revelam que a maioria dos estudantes (64,86%) pontuou entre 8 e 10 a influência do professor na sua empatia, o mesmo sendo verificado na avaliação da resposta dos docentes (71,26%).

**Tabela 12 – Distribuição de respondentes de acordo com a resposta à pergunta “Quanto você acha, de 0 a 10, que o professor/preceptor influencia o desenvolvimento de sua empatia?” – discentes, e “Quanto você acha, de 0 a 10, que influencia no desenvolvimento da empatia dos alunos?” – docentes**

| Gradação da pergunta | Quanto você acha, de 0 a 10, que o seu professor/preceptor influencia o desenvolvimento de sua empatia? |                  |
|----------------------|---|------------------|
|                      | Discentes   | Docentes         |
| 0                    | 3 (0,90%)   | 0                |
| 1                    | 2 (0,60%)   | 0                |
| 2                    | 1 (0,30%)   | 0                |
| 3                    | 5 (1,50%)   | 0                |
| 4                    | 5 (1,50%)   | 2 (2,98%)        |
| 5                    | 28 (8,41%)  | 2 (2,98%)        |
| 6                    | 25 (7,51%)  | 4 (4,59%)        |
| 7                    | 48 (14,41%)   | 17 (19,54%)      |
| 8                    | 99 (29,73%)   | 39 (44,83%)      |
| 9                    | 36 (10,81%)   | 9 (10,34%)       |
| 10                   | 81 (24,32%)   | 14 (16,09%)      |
| <b>Total</b>         | <b>333 (100%)</b>   | <b>87 (100%)</b> |

#### 4.1.11 Análise comparativa entre docentes e discentes

A tabela 13 revela os escores totais de empatia nas escalas avaliadas, comparando docentes e discentes do curso. Os dados revelam que os docentes apresentaram escores mais elevados de empatia quando comparados aos estudantes na escala de Jefferson (JSE) e na subescala Tomada de Perspectiva e as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Por outro lado, os estudantes apresentaram escores mais elevados na subescala Angústia Pessoal quando comparados aos docentes e a diferença encontrada foi estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de docentes e discentes na subescala Consideração Empática.

**Tabela 13 – Escores de empatia do questionário de Jefferson e das subescalas do questionário de Davis – Docentes x discentes**

|   | <b>Docentes (n=87)</b> | <b>Estudantes (n=333)</b> | <b>p</b>         |
|---|------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>JSE (Média±DP)</b>                   | 124,61 (±10,33)        | 121,17 (±10,76)           | <b>&lt;0,01</b>  |
| <b>Consideração Empática (Média±DP)</b> | 27,69 (±4,08)          | 28,30 (±4,49)             | 0,739            |
| <b>Tomada de Perspectiva (Média±DP)</b> | 28,05 (±4,33)          | 26,21 (±4,24)             | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Angústia Pessoal (Média±DP)</b>      | 17,62 (±4,48)          | 19,37 (±4,78)             | <b>&lt;0,01</b>  |

#### **4.1.12 Análise da influência da etnia sobre a empatia – discentes e docentes**

Não houve diferenças estatisticamente significativas nos níveis de empatia entre as etnias, em cada escala de empatia avaliada dos discentes e docentes.

## **4.2 Análise de correlação dos instrumentos**

### **4.2.1 Análise da correlação entre a pergunta e as escalas de empatia – discentes**

A tabela 14 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre a escala de Jefferson, subescalas Tomada de Perspectiva, Consideração Empática, Angústia Pessoal e a pergunta feita aos alunos sobre a influência do professor na empatia do aluno. Verificou-se moderada correlação positiva entre os escores obtidos na JSE-S e os escores nas subescalas TP e CE, respectivamente, coeficientes 0,348 ( $p<0,01$ ); 0,414 ( $p<0,01$ ). Houve fraca correlação positiva entre o escore na JSE-S e a

pontuação dada na pergunta sobre a influência do professor na empatia do aluno, coeficiente 0,180 ( $p < 0,01$ ).

Não foi identificada correlação significativa entre o escore da JSE-S e o escore na subescala Angústia Pessoal.

Houve correlação significativa, positiva e moderada entre Tomada de Perspectiva e a subescala Consideração Empática (coeficiente 0,390,  $p < 0,01$ ) e correlação significativa, positiva e fraca entre Tomada de Perspectiva e a pontuação da pergunta, com coeficiente 0,122 ( $p < 0,05$ ). Não foi identificada correlação significativa entre a subescala Tomada de Perspectiva e a subescala Angústia Pessoal.

Verificou-se também correlação significativa, positiva e fraca entre a subescala Consideração Empática e a subescala Angústia Pessoal e a pontuação da pergunta, respectivamente, coeficientes 0,286 ( $p < 0,01$ ), 0,191 ( $p < 0,01$ ).

Quando analisamos a partir das subescalas da JSE, verificou-se que os fatores 3 (tomada de perspectiva) e 1 (cuidado compassivo) foram fortemente correlacionadas (coeficiente 0,529;  $p < 0,01$ ), assim como entre o fator 3 o escore geral da JSE-S (coeficiente 0,780;  $p < 0,01$ ). Também foi verificada correlação fraca entre o fator 3 da JSE-S e a subescala Tomada de Perspectiva de Davis e entre aquela e a pontuação dada na pergunta (coeficiente 0,254;  $p < 0,01$  / 0,199;  $p < 0,01$ ). Por outro lado houve correlação moderada entre o fator 3 da JSE (tomada de perspectiva) e a subescala de Davis Consideração Empática (0,362;  $p < 0,01$ ).

A capacidade de colocar-se no lugar do outro (fator 2 da JSE) foi moderadamente correlacionada ao escore geral da JSE (0,404;  $p < 0,01$ ) e houve fraca

correlação entre aquela subescala e as subescalas de Davis Tomada de Perspectiva e Consideração Empática (0,223/0,162;  $p < 0,01$ ), além da pontuação dada na pergunta e o fator 1 – subescala Cuidado Compassivo da JSE-S (0,116;  $p < 0,05$ / 0,167;  $p < 0,01$ ). Por outro lado, foi negativamente correlacionada à subescala Angústia Pessoal de Davis (-0,189;  $p < 0,01$ ). Já a subescala Cuidado Compassivo (fator 1 da JSE-S) e o escore total da JSE-S foram fortemente correlacionados (0,895;  $p < 0,01$ ), enquanto houve fraca correlação entre o cuidado compassivo e a tomada de perspectiva de Davis (0,289;  $p < 0,01$ ) e moderada correlação entre essa subescala e a subescala Consideração Empática de Davis (0,346;  $p < 0,01$ ) (TABELA 14).

**Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de Jefferson, as subescalas de Davis e a pergunta sobre a influência do professor na empatia do aluno**

|  | JSE-S                    | Tomada de Perspectiva    | Consideração Empática    | Angústia Pessoal          | Pergunta                 | Fator 3                  | Fator 2                  | Fator 1                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>JSE-S</b>                               | 1                        |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Fator 3 da JSE-S (TP)</b>               | <b>0,780<sup>#</sup></b> | <b>0,254<sup>#</sup></b> | <b>0,362<sup>#</sup></b> | 0,058                     | <b>0,199<sup>#</sup></b> | 1                        | 0,083                    | <b>0,529<sup>#</sup></b> |
| <b>Fator 2 da JSE-S (Lugar do Outro)</b>   | <b>0,404<sup>#</sup></b> | <b>0,223<sup>#</sup></b> | <b>0,162<sup>#</sup></b> | <b>-0,189<sup>#</sup></b> | <b>0,116<sup>*</sup></b> | 0,083                    | 1                        | <b>0,167<sup>#</sup></b> |
| <b>Fator 1 da JSE – Cuidado Compassivo</b> | <b>0,895<sup>#</sup></b> | <b>0,289<sup>#</sup></b> | <b>0,346<sup>#</sup></b> | 0,001                     | 0,102                    | <b>0,529<sup>#</sup></b> | <b>0,167<sup>#</sup></b> | 1                        |
| <b>Tomada de Perspectiva</b>               | <b>0,348<sup>#</sup></b> | 1                        |                          |                           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Consideração Empática</b>               | <b>0,414<sup>#</sup></b> | <b>0,390<sup>#</sup></b> | 1                        |                           |                          |                          |                          |                          |
| <b>Angústia Pessoal</b>                    | -0,025                   | -0,012                   | <b>0,286<sup>#</sup></b> | 1                         |                          |                          |                          |                          |
| <b>Pergunta</b>                            | <b>0,180<sup>#</sup></b> | <b>0,122<sup>*</sup></b> | <b>0,191<sup>#</sup></b> | 0,066                     | 1                        |                          |                          |                          |

\*  $p < 0,05$ ; #  $p < 0,01$  / Pearson  $> 0,1$  – fraca;  $> 0,3$  – moderada;  $> 0,5$  - forte

Não foi identificada correlação significativa entre o escore obtido na subescala Angústia Pessoal e a pontuação da pergunta.

#### **4.2.2 Análise da correlação entre a pergunta e as escalas de empatia – docentes**

A tabela 15 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre a escala de Jefferson, subescalas Tomada de Perspectiva, Consideração Empática, Angústia Pessoal e a pergunta feita aos docentes sobre a influência do professor na empatia do aluno. Verificou-se moderada correlação positiva entre os escores obtidos na JSE-HP e os escores nas subescalas TP e CE, respectivamente, coeficientes 0,392 ( $p < 0,01$ ); 0,420 ( $p < 0,001$ ).

Não foi identificada correlação significativa entre o escore da JSE-HP e o escore na subescala Angústia Pessoal ou entre o escore da JSE-HP e a pontuação dada na pergunta.

Houve correlação significativa, positiva e moderada entre o escore na subescala Tomada de Perspectiva e a subescala Consideração Empática e a pontuação da pergunta, respectivamente, coeficiente 0,340 ( $p < 0,01$ ), 0,279 ( $p < 0,01$ ).

Na análise de correlação a partir das subescalas da JSE-HP (fator 1, 2 e 3), verificou-se que as três subescalas se correlacionam fortemente com a escala JSE-HP. Há correlação moderada entre a subescala de Davis CE e o fator 3 da JSE (tomada de perspectiva) e o Cuidado Compassivo (fator 2). Também se correlacionam moderadamente a subescala da JSE – “colocar-se no lugar do outro” e a subescala de Davis Tomada de Perspectiva. Por outro lado, há correlação fraca e negativa entre

a subescala de Davis Angústia Pessoal e o fator 2- colocar-se no lugar do outro (TABELA 15).

Não foi identificada correlação significativa entre o escore obtido na subescala Consideração Empática e a subescala Angústia Pessoal ou entre a subescala Consideração Empática e a pontuação da pergunta. Também não foi observada correlação significativa entre o escore na subescala Angústia Pessoal e a pontuação da pergunta.

**Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas de Jefferson, as subescalas de Davis e a pergunta sobre a influência do professor na empatia do aluno - docentes**

|  | JSE-HP                       | Tomada de Perspectiva    | Consideração Empática    | Angústia Pessoal          | Pergunta | Fator 3                  | Fator 2                  | Fator 1                  |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| JSE-HP                                 | 1                            |                          |                          |                           |          |                          |                          |                          |
| Fator 3 da JSE-HP (TP)                 | <b>0,769<sup>#</sup></b>     | <b>0,292<sup>#</sup></b> | <b>0,341<sup>#</sup></b> | 0,01                      |          | 1                        | <b>0,290<sup>#</sup></b> | <b>0,423<sup>#</sup></b> |
| Fator 2 da JSE-HP (Lugar do Outro)     | <b>0,598<sup>#</sup></b>     | <b>0,405<sup>#</sup></b> | <b>0,233<sup>*</sup></b> | <b>-0,299<sup>#</sup></b> |          | <b>0,290<sup>#</sup></b> | 1                        | <b>0,419<sup>#</sup></b> |
| Fator 1 da JSE-HP – Cuidado Compassivo | <b>0,876<sup>#</sup></b>     | <b>0,289<sup>#</sup></b> | <b>0,361<sup>#</sup></b> | -0,153                    |          | <b>0,423<sup>#</sup></b> | <b>0,419<sup>#</sup></b> | 1                        |
| Tomada de Perspectiva                  | <b>0,392<sup>&amp;</sup></b> | 1                        |                          |                           |          |                          |                          |                          |
| Consideração Empática                  | <b>0,420<sup>&amp;</sup></b> | <b>0,340<sup>#</sup></b> | 1                        |                           |          |                          |                          |                          |
| Angústia Pessoal                       | -0,151                       | -0,210                   | 0,059                    | 1                         |          |                          |                          |                          |
| Pergunta                               | 0,091                        | <b>0,279<sup>#</sup></b> | 0,198                    | -0,135                    | 1        |                          |                          |                          |

\* p<0.05; <sup>#</sup> p<0.01; <sup>&</sup> p<0,001/ Pearson >0,1 – fraca; >0,3 – moderada; >0,5 - forte

### **4.3 Resultados da segunda fase**

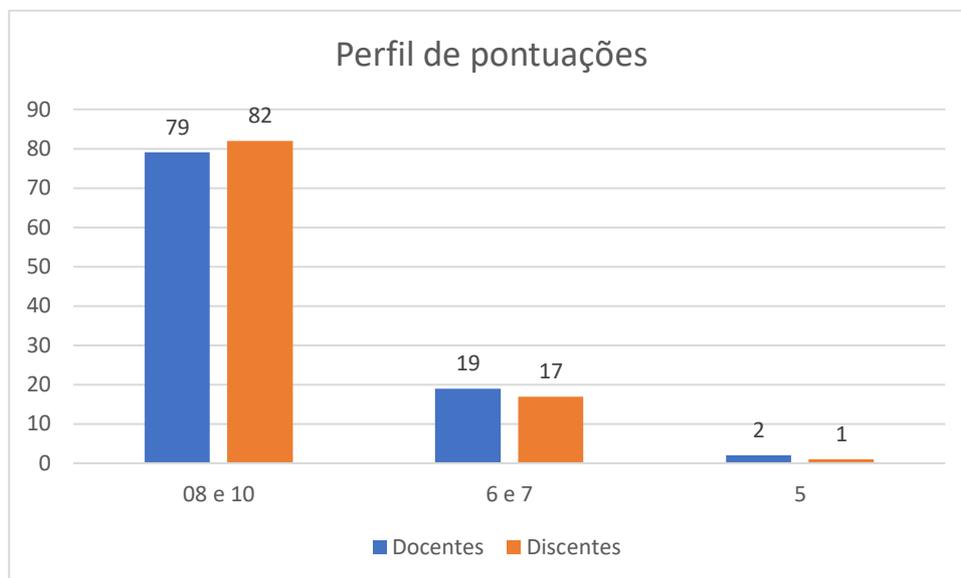
#### **Segunda fase da pesquisa**

A realização do questionário semi-estruturado no formato online ocorreu após início da pandemia do SARS-COV. O objetivo da realização das perguntas citadas foi investigar como discentes e docentes refletem e pensam sobre a influência do docente na empatia do aluno. Partindo do pressuposto que são os atores diretamente envolvidos no processo, analisar as perspectivas de cada um e a força do currículo oculto na formação do aluno e de sua empatia, pode trazer um olhar diferente para a docência na Medicina e em quais aspectos há necessidade de uma melhor formação/capacitação.

Houve uma adesão mediana entre os professores, com 42 respondentes nesta segunda fase (48,27%). Já entre os alunos, a adesão à segunda fase foi menor, com o total de 93 respondentes (27,92%) discentes.

Inicialmente, havia uma pergunta em que o discente e o docente deveriam pontuar, de 1-10 o quanto se sentia empático. A partir desta escala, 79% dos docentes pontuaram sua própria empatia entre 8-10, 19% consideraram-se entre 6-7 e apenas 1 docente (2%) avaliou sua própria empatia como abaixo ou igual a 5. Quanto aos discentes, a maioria (82%) considerava-se entre 8-10, 17% consideravam-se entre 6-7, e apenas um aluno (1%) pontuou seu nível de empatia em 5 .

**Figura 2 - Perfil de Pontuações sobre a auto-percepção do grau de empatia entre discentes e docentes**



### Definições de empatia

A primeira pergunta aberta questionava ao discente e docente qual a sua definição de empatia. Compreendemos que há diversas definições de empatia, tanto no contexto da medicina quanto no relacionar-se com o outro, assim, gostaríamos de analisar de qual definição cada respondente acredita ser a mais correta sobre este construto.

Ao analisar as respostas, parte dos docentes respondeu que empatia seria “colocar-se no lugar do outro”. Além disso, a empatia foi definida como algo que reflete a característica pessoal do professor, um traço de personalidade, que os tornavam empáticos com o outro.

*“Ser uma pessoa boa! Agradável! Solidária.” (D20)*

*“Capacidade de atrair e ser percebido pelas pessoas.” (D24)*

*“Carisma, se colocar no lugar do próximo.” (D27)*

Essa percepção de que a empatia é uma característica pessoal também esteve presente nas definições dos discentes, relacionando esta empatia à presença da bondade e bons pensamentos.

*“Querer sempre o bem dos outros.” (A14)*

*“Ter uma mente saudável e aberta, para saber reconhecer os valores significantes de uma sociedade.” (A26)*

O altruísmo e a compaixão como componentes fundamentais na relação entre as pessoas também estiveram presentes na definição de empatia dos discentes, corroborando a ideia de que a empatia é uma característica associada a pessoas bondosas e algo instintivo na preocupação com o outro.

*“Ter compaixão com o próximo, se colocar no lugar de outra pessoa.” (D52)*

Por outro lado, alguns docentes apontaram a empatia como um sentimento, uma emoção, vivendo o que o outro sente, experimentando suas próprias sensações e sofrimentos, criando, a certo modo, uma relação de afetividade com o outro

*“Compreender os sentimentos e emoções, de outra pessoa procurando experimentar de forma objetiva e racional o que o outro sente.” (D28)*

*“É a capacidade de sentir o que o outro sente, diferente de compaixão, que é ter as ferramentas e conhecimentos para ajudar o outro.” (D38)*

Esta ideia de que a empatia é um sentimento voltado ao outro, quando sentimos o mesmo que o outro e nos preocupamos foi também revelada na fala dos discentes.

*“Saber se colocar no lugar do outro, entender sua dor e senti-la por ele.” (A42)*

*“Se colocar no lugar, sentir a dor do outro.” (A10)*

Ainda na segunda fase da pesquisa, as perguntas abertas envolveram dois grandes temas: a influência positiva e negativa do professor na empatia do aluno. A

partir deste olhar, categorizamos as respostas em três núcleos de sentido: o docente como role-model, a relação professor-aluno e as práticas pedagógicas exercidas pelos docentes durante suas aulas.

Considerando que o modelo de ensino na instituição é o PBL, os docentes podem atuar como professores em aulas teóricas, como conferências e grupos tutoriais, em atividades de habilidade nos laboratórios de simulação e também nos cenários de práticas, como integração ensino-serviço. Nesse contexto, o olhar de alunos e professores pode incluir suas funções em qualquer uma destas atividades, possibilitando uma análise diversificada da socialização na graduação e do currículo oculto durante a formação do aluno.

**Quadro 5 - Categorias analíticas**

| <b>Visão geral</b>   |   |
|--|---|
| <b>Subcategorias</b>   | <b>Núcleos de sentido</b>                 |
| Ética, prática médica, relação médico-paciente, valores da profissão, relação entre os pares                                 | Role-model                                |
| Acolhimento, escuta ativa, afeto e cuidado   | Relação professor-aluno                   |
| Colaboração, ambiente de ensino, mediação, diálogo, didática e estímulo ao aprendizado reflexivo                             | Práticas Pedagógicas                      |
| Falta de cordialidade, inter-relações negativas, arrogância, descaso com o paciente, má-prática                              | O professor como modelo a não ser seguido |
| Desatenção, distanciamento, falta de diálogo e excesso de autoridade   | Relação professor-aluno                   |
| Aulas mal preparadas, desconexão com a realidade do estudante, reforço negativo, intolerância, falta de formação pedagógica. | Práticas Pedagógicas                      |

## INFLUÊNCIA POSITIVA

### Características do professor – Role-model

Os docentes reconhecem que tem um papel importante na empatia dos alunos. Trazem em suas falas que suas ações no cotidiano da escola é a melhor maneira de influenciar positivamente o desenvolvimento de atitudes empáticas nos alunos.

*“Tentando ser o mais ético possível, com educação, respeito e conhecimento” (D5)*

*“Sendo empática, dando exemplo, assim como pontuando questões e situações que poderiam ter agido de outra maneira.” (D42)*

Para alguns docentes, a ideia de ser um *role-model* para os alunos e influenciá-los ainda está relacionada ao *habitus* médico, na prática de assistência à saúde. Para eles, o momento de influência se concentra no cuidado ao paciente, inserindo a empatia como atributo do bom médico, e atrelada à relação médico-paciente.

*“Dando exemplo e demonstrando para eles o quão importante é se sentir feliz e fazendo nossos clientes felizes ao realizar o cuidado em saúde.” (D4)*

*“Mostrando a todo momento exemplos e experiência que tornam a empatia um diferencial na prática médica.” (D14)*

A relação entre a atuação médica dos professores, o cotidiano da prática profissional e sua influência na empatia dos alunos também esteve presente na fala dos discentes. As falas também remetem à uma empatia no contexto médico, como um atributo atrelado ao profissional, ao ato de cuidar e à identidade médica.

*“Demonstrando, na prática, que há empatia por parte dos médicos.” (A3)*

*“Através de suas ações mostra aos alunos como se deve tratar as pessoas no ambiente de trabalho, principalmente os pacientes.” (A24)*

O cuidado centrado na pessoa como uma prática a ser seguida pelo profissional também emerge nas respostas dos alunos. Para eles, o cuidado em saúde realizado pelo médico deve ser centrado nas necessidades do paciente, considerando o contexto biopsicossocial, como uma atitude que humaniza o atendimento e assim estimulando a empatia do discente.

*“Ensinando todo tempo a importância da vida do paciente e a pensar como que gostaria de ser tratado se estivesse no lugar do outro.” (A11)*

*“Além do ensinamento de tratar a pessoa e não a doença, com respeito e paciência para escutar o paciente.” (A8)*

*“Professores que nos contam mais suas vivências e nos mostram que a medicina não é só curar a doença do paciente, mas conhece-lo e cuidar dele como uma pessoa, entender suas preocupações e tentar dar ao máximo de si para que ele se sinta bem.”(A77)*

A empatia compreendida como uma técnica de comunicação, associada à cognição, também surgiu na fala de um docente, alinhada ao contexto de cuidado em saúde, centrado no paciente e uma habilidade passível de ser desenvolvida no contexto do ensino médico

*“Utilizo técnicas de comunicação que enfatizam a relação médico paciente e a centralidade no paciente como importantes elementos dos encontros entre estudantes e pacientes.” (D9)*

Alguns alunos associam a influência do professor para além da prática médica. Assim, na socialização aluno-professor, o docente é um *role-model* como professor e também como funcionário da instituição, durante toda a formação do discente. Aqui, há a ideia do docente como inspiração no campo da escola médica.

*“Como referência, sendo empático com alunos, outros professores e pacientes e nos inspirando a ser também.” (A4)*

*“Sendo exemplo não só dentro do consultório, mas também fora dele.” (A58)*

## Relação professor-aluno

O campo da escola envolve socializar-se. Durante sua formação até o momento que se torna médico, o processo de modelagem profissional envolve interagir de diferentes formas com alunos, funcionários e professores. Nesta instituição, o contato professor-aluno é mais frequente e pessoal, com pequenos grupos, na medida em que a proposta pedagógica é de uma formação a partir do PBL.

Esta inter-relação professor-aluno esteve presente tanto nas respostas dos docentes quanto de discentes, revelando como o contato do professor com seu aluno, suas falas e atitudes com afetividade, influenciam os alunos no desenvolvimento da atitude empática. As falas dos discentes a seguir refletem este olhar:

*“Quando um professor procura compreender um aluno e está disposto a ajudá-lo isso demonstra empatia (...).” (A71)*

*“A empatia do professor para com os alunos é essencial para que possamos sentir o quanto isso promove mudanças.” (A76)*

Esta relação professor-aluno foi citada também nas falas dos docentes. Para os professores, o estímulo positivo também ocorre ao acolher, ao escutar e compreender aquilo que é trazido pelos alunos.

*“...escutar as demandas, ser acessível”. (D7)*

*“Sendo cordial, ouvinte, procurando ajudar quando possível.” (D23)*

Esta visão de compreensão, de cuidado e de afeto dos docentes com os discentes e o acolhimento obtido frente às dificuldades no decorrer da graduação também foram relatadas pelos alunos. Para eles, a compreensão de como é o “ser discente”, o processo difícil do caminho até a formação médica e como é a sua realidade, por parte do docente, pode modelar positivamente a empatia dos alunos.

*“Buscando compreender a realidade do aluno e não só dificultar as coisas.” (A36)*

*“Mostrando que entende o quanto é difícil e se torna disponível para ajudar.” (A21)*

Esta influência do professor na empatia é positiva quando o docente reconhece as dificuldades dos alunos e obstáculos vividos durante a graduação, demonstrando afeto, carinho e o apoio em momentos difíceis. Para esses alunos, o desenvolvimento da empatia é resultado de um processo de acolhimento ao longo de sua vivência e interação junto ao docente, como uma comunidade que acolhe.

*“Por meio da preocupação com os alunos e conduta de instruir aos alunos se preocuparem também.” (A22)*

*“Quando o próprio é capaz de entender as dificuldades dos seus alunos.” (A31)*

*“Compreender momentos de tristeza ou cansaço, e dar apoio a essas situações!” (A32)*

O afeto e o cuidado com o aluno também são descritos nas falas dos docentes, trazendo a importância do reconhecimento de que as relações entre professor e aluno vão além daquelas meramente formais entre educador e educando. Ao refletirem sobre a pergunta, estes docentes se reconhecem como parte da formação dos alunos para além da função no desenvolvimento de habilidades técnicas. Aqui, influenciar a empatia envolve o acolher alguém em sofrimento.

*“Tento não diminuir sua queixa, sua dor.” (D16)*

*“Simples, sempre disposta a ajudar.” (D20)*

*“Auxiliando, me disponibilizando, dando suporte”. (D38)*

### **Práticas Pedagógicas**

Influenciar positivamente o aluno em relação à empatia também parece estar relacionada com as práticas pedagógicas realizadas durante a escola de medicina. A formação médica envolve o desenvolvimento de habilidades e, para isso, a maioria

dos docentes são médicos e dividem suas atividades entre a docência e sua atuação como profissional.

As respostas dos docentes indicam que o contexto de sala de aula e a forma de interação com os alunos no processo de ensino-aprendizagem podem desenvolver a empatia dos discentes. Aqui, o ambiente torna-se uma comunidade, um espaço colaborativo que permite o estímulo junto ao aluno.

*“Estimulando a colaboração e trabalho em grupo, mostrando que quando existe empatia e colaboração a chance de falhas é minimizada.” (D7)*

*“Estímulo ao estudo, contato interpessoal, exemplo de situações do dia a dia, escutar as demandas, ser acessível.” (D5)*

*“Motivando-os e tornando o ambiente mais produtivo e agradável.” (D21)*

A empatia, na visão de alguns professores, também se relaciona com o processo de mediação dentro da sala de aula, envolvendo o estímulo ao diálogo, à reflexão e à escuta. Relacionar-se implica, para estes docentes, dialogar e refletir, constantemente.

*“Eu procuro não deixar o aluno constrangido, principalmente em situações onde são confrontados com outros colegas, p. ex, em repostas a tarefas ou apresentações em público. Costumo encorajá-los a darem suas respostas, mesmo que erradas, e procuro fazer com que os outros colegas próximos compreendam que é normal errar e que todos temos algo a aprender.” (D15)*

*“Mantendo constante espaço de diálogo.” (D22)*

*“Ouvindo e sendo solícita aos alunos.” (D24)*

A mediação e o diálogo, além da capacidade de escuta, também são apontados pelos discentes como formas de influência dos docentes. Ouvir e mediar são compreendidos como ações fundamentais do docente para o estímulo à empatia.

*“Perguntando se tá tudo ok com a turma.” (A60)*

*“Ouvindo as opiniões dos alunos”. (A49)*

*“Mediando discordâncias respeitadas quando se lida com opiniões”. (A23)*

*“Quando tenta ajudar os alunos a aprenderem, mas sem deixarem de ter uma boa saúde mental”. (A77)*

Alguns alunos apontam que as práticas pedagógicas, com atenção ao que se oferece ao discente, a proposta da aula, o estímulo ao aprendizado e à reflexão são essenciais para influenciar positivamente sua empatia. As respostas dos alunos convergem com a respostas dos docentes quanto ao contexto da sala de aula e suas consequências para o aprendizado. Para eles, desenvolver a empatia no aluno se relaciona com sua preparação como docente na sala de aula.

*“Auxiliando em que tipo de perguntas fazer, a postura adequada diante das situações, e quais comportamentos devem ser evitados, etc.” (A89)*

*“Estimulando o aprendizado e reconhecendo o esforço do aluno”. (A85)*

*“Remetendo-os a processos reflexivos sobre o assunto diante de situações que se apresentam e de situações hipotéticas.” (D8)*

## **INFLUÊNCIA NEGATIVA**

Os núcleos de sentido aqui são semelhantes no desenvolvimento da empatia dos alunos. Na temática negativa, os alunos e professores elencaram algumas características não apreciadas nos professores, além de práticas realizadas como médicos e como docentes que poderiam influenciar negativamente no desenvolvimento da empatia do aluno ao longo da graduação.

### **Role model – o professor como modelo**

Os docentes reconheceram a importância de serem empáticos no seu cotidiano para que os alunos possam se espelhar em suas atitudes. A ideia de que a influência

se dá no cotidiano institucional, e não apenas na prática médica, é explicitada pelos docentes abaixo. O role model a ser seguido pelo aluno atravessa a prática médica e se insere no campo da faculdade, como uma comunidade de prática, como relatam estes professores:

*“É que às vezes, quando poderíamos dar bons exemplos, demonstrando cordialidade entre nós professores, nos deixamos levar por sentimentos de rivalidade, competitividade e deixamos transpassar isso, o que de certa maneira influencia negativamente. Quando entre nós não há respeito, como podemos esperar o contrário deles, como alunos, jovens e imaturos.” (D15)*

*“Ao tratar alunos, colegas, funcionários da instituição e especialmente pacientes com indiferença e desprezo, isso influenciaria negativamente o desenvolvimento da empatia dos alunos”. (D36)*

Os alunos também parecem compreender que a atuação do docente no seu cotidiano é percebida como um modelo de como devemos ser. Assim, as características pessoais do docente ou suas reações durante a socialização com os alunos ou outros atores sociais são compreendidas como peças fundamentais nesse processo, como revelam as falas destes alunos e destes docentes:

*“Em momentos de arrogância ou ignorância de situações ruins” (A22)*

*“Quando não é visto como exemplo de pessoa empática” (A25)*

*“Sendo rude, incapaz de ouvir, não se importando com o outro”. (D23)*

*“Sendo autoritário”. (D2)*

Alguns docentes identificam que é na sua atuação como médico que há influência no desenvolvimento da empatia do aluno, mostrando que ainda há a percepção de que ser um modelo no contexto da educação médica se restringe ao campo do “ser médico”, da identidade profissional, como descrevem esses docentes:

*“Contando piadas de mau-gosto sobre o sofrimento dos doentes.” (D8)*

*“Atuando na prática de forma não empática com os pacientes.”  
(D42)*

*“Não sendo empático com os pacientes na condução dos casos.” (D6)*

Para alguns alunos, este momento, da atuação médica, ainda se mostra mais importante na influência do professor sobre o aluno, revelando que a relação pouco centrada no paciente nos campos de prática, possui um maior poder de influenciar negativamente, como um mau exemplo do “bom médico” para os alunos:

*“Resumindo a consequência de uma má prática à processos. Desprezando perguntas sobre o bem-estar do paciente.” (A2)*

*“Afastando a prática médica à beira leito” (A14)*

*“Maioria das vezes a empatia é ferida apenas no meio médico”  
(A17)*

### **Relação professor- aluno**

A relação entre o docente e discente e suas consequências no desenvolvimento da empatia do aluno estiveram presentes em muitas falas de professores e alunos, apontando que é no encontro com o outro, na socialização diária aluno-professor que se dá a influência negativa, na postura do docente com os alunos dentro da instituição.

*“Com arrogância, desatenção e distanciamento da realidade do momento de formação e aperfeiçoamento do aluno.” (D42)*

*“Não interagindo com eles”. (D23)*

*“Não buscar ajudar o aluno e não ouvi-los.” (A4)*

*“Quando não entende os problemas dos alunos, ou quando não se preocupam com a saúde mental dos mesmos.” (A29)*

Para alguns alunos e professores, alinhados à compreensão da empatia como “colocar-se no lugar do outro”, a ausência de comportamento empático nas relações e o distanciamento do docente com as questões discentes também estiveram

presentes nas falas. Para eles, a influência negativa ocorre quando o docente não exerce a empatia – aquela onde nos colocamos no lugar do outro – durante a socialização aluno-professor.

*“Não me colocar no lugar/situação deles.” (D14)*

*“Não me colocando no lugar de aluno no convívio com eles.” (D37)*

*“Não sendo empático, não se colocando no lugar do aluno.” (A65)*

*“Mantendo os alunos distantes de mim e me mostrando superior.” (D34)*

Há também uma compreensão de alunos e professores que as experiências do passado do professor, enquanto aluno, abre espaço para que se perpetue um campo de sofrimento, autoritarismo e despreocupação/cinismo com a manutenção da saúde mental dos alunos. O sofrimento do estudante ao longo do curso foi citado em várias respostas discentes, revelando o quanto esta temática é forte no contexto da graduação médica. A percepção de desconexão e falta de diálogo parece estar materializado na percepção dos alunos, como uma autorização velada para repetição de ações negativas vivenciadas no passado.

*“Se negligenciarmos uma queixa do aluno, um sofrimento psíquico, ou dificuldade do aprendizado, seria algo bem negativo.” (D20)*

*“Também é muito ruim quando o professor usa das suas experiências no passado enquanto aluno para justificar certos comportamentos abusivos e desnecessários.” (A3)*

*“Não compreendendo a carga horária dos estudantes e como é desgastante.” (A27)*

*“A impressão que dá, é que querem que passamos por todos os perrengues que eles passaram também, inclusive há professores que já usaram essa fala pra justificar que no tempo deles era pior.” (A73)*

A falta de diálogo nesta relação cotidiana e o exercício de poder sobre os alunos também estiveram presentes nas falas de alunos e professores, eternizando o

pensamento ainda voltado à centralidade do docente, com momentos autoritários de baixo diálogo no contexto da formação médica.

*“Não dando abertura para diálogo.” (D13)*

*“Quando não se importam com o sofrimento e a ansiedade dos alunos.” (A21)*

*“Quando o professor não compreende o aluno nos aspectos sociais e culturais.” A32)*

*“Pressionando, humilhando e fazendo o aluno se sentir mal perante aos colegas.” (D11)*

### **Práticas Pedagógicas**

As práticas em sala de aula também estiveram presentes como exemplos negativos para a empatia dos alunos. O preparo de aulas, além do cuidado com o conteúdo foram situações descritas pelos discentes como negativas no contexto de sua caminhada ao longo do curso, trazendo sofrimento e desconexão afetiva. As falas demonstram uma preocupação também com a saúde mental dos discentes ao longo da graduação e com um ambiente desconfortável ao aluno.

*“Cobrando-nos como se fossemos máquinas, como se não tivéssemos que descansar. Aplicando provas difíceis, sem nenhuma base no que foi dado na sala de aula.” (A60)*

*“Quando prepara uma aula de qualquer jeito, sem pensar qual a melhor abordagem do assunto a ser estudado; quando chega atrasada em sala de aula; quando ridiculariza alguém da sala.” (A61)*

*“Ignorância e cobrança excessiva causa sentimento de desespero.” (A41)*

Os aspectos pedagógicos e a relação do médico com a carreira de docente, como formação na docência, foram trazidas pelos estudantes, quando há a percepção da existência de uma distância entre o ser médico e o ser professor, como a necessidade de profissionalização do docente.

*“Programação ruim dos conteúdos e transparecer estar na profissão por obrigação.” (A79)*

*“Sendo um professor que desestimula o aluno ao não dar reforços positivos, ao ser rígido e crítico excessivamente. Quando há traços de arrogância na personalidade. Quando rebaixa os alunos quando alguma resposta não é satisfatória por deficiência nos assuntos por parte dos estudantes.” (A89)*

Entre os docentes, o preparo de aulas e a didática não parecem influenciar negativamente o aluno. Por outro lado, na sala de aula, sua influência negativa estaria relacionada ao contato e o acolhimento ao aluno. Para eles, estimular negativamente a empatia do aluno se insere em um contexto de silenciamento dos alunos, na ausência de feedbacks e no excesso de cobrança.

*“Não ter disponibilidade e tolerância para escuta.” (D16)*

*“Sendo autoritária, cerceando o espaço de fala.” (D28)*

*“Não dando feedback não os respeitando não valorizando angústia, ansiedade, dúvidas e ansiedades.” (D33)*

A incompreensão do processo de ensino aprendizagem e a dificuldade de entendimento do que é ser docente nesse processo também foram descritas como situações que impactam negativamente na empatia dos alunos.

*“Sendo ansioso, questionador, gerando dúvidas de raciocínio nas questões de aprendizado, podendo as vezes confundi-los.” (D5)*

*“Seria a falta de empatia com os próprios estudantes e com seu processo de aprendizado.” (D9)*

*“Desprezando perguntas e colocações dos alunos.” (D26)*

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo procurou trazer um panorama dos níveis de empatia dos discentes e docentes de uma graduação em Medicina de uma universidade privada no Brasil. Procurou-se coletar dados sócio demográficos para verificar se havia associação entre essas variáveis com os níveis de empatia tanto de discentes quanto docentes. Ainda, procurou verificar se havia alguma relação entre os níveis de empatia medidos com a ideia dos pesquisados sobre o poder de influência do docente na empatia do aluno. Posteriormente, este estudo pretendeu analisar as perspectivas de alunos e professores sobre a influência do docente, tanto positiva quanto negativamente no desenvolvimento da empatia do aluno.

Este estudo demonstrou que há diferenças significativas nos escores de empatia entre os gêneros masculino e feminino, com maiores escores para este último, tanto na análise dos discentes quanto dos docentes. Interessante verificar que as diferenças foram maiores entre os estudantes, já que, entre os docentes, a diferença significativa só foi revelada na subescala Consideração Empática. Porém, percebe-se que os sujeitos avaliados do sexo feminino apresentaram escores mais elevados em todos os questionários aplicados. Também podemos verificar que há um predomínio de respostas femininas em todos os anos de graduação estudados, acompanhando a maioria de mulheres estudantes em todos os anos estudados.

Com relação ao número de discentes e docentes do sexo feminino, Scheffer e Cassenote<sup>77</sup> observaram em seu estudo que, desde 2009, há maior registro por mulheres do que por homens nos conselhos regionais de medicina. Para os autores, há evidências robustas de uma feminização da medicina no país, assim, o número de

estudantes do sexo feminino neste estudo acompanha a análise do estudo dos autores. Paralelamente, outra análise a ser realizada é a de que pode haver uma maior tendência das mulheres a participarem de estudos, conforme demonstrou estudo randomizado realizado em 2007<sup>78</sup>, todavia, no estudo de Kellerman<sup>79</sup>, foi verificado que na maioria dos estudos realizados, não há diferenças nas taxas de resposta entre homens e mulheres, assim, a maior proporção de mulheres em nosso estudo parece estar mais alinhada à feminização da Medicina encontrada nos outros estudos.

Pesquisas que quantificaram a empatia em estudantes verificaram, em sua maioria, que os discentes do sexo feminino apresentam escores mais elevados de empatia quando comparados com o sexo masculino<sup>6,23,80-82</sup>. Há algumas hipóteses para esse achado, como a cultura da sociedade sobre a mulher, sugerindo que é mais voltada ao cuidado com o outro<sup>6</sup>, assim como fatores relacionados à genética<sup>46</sup>, e também quando são realizados questionários de autopercepção, quando percebeu-se que há a tendência do sexo feminino em responder ao questionário a partir do que se espera de uma mulher, socialmente<sup>6</sup>. Todavia, as conclusões sobre os motivos das mulheres possuírem escores mais elevados ainda são controversos.

Os estudos que avaliaram a empatia em médicos e residentes também verificaram escores mais elevados nos profissionais do sexo feminino<sup>80,83,84</sup>. No nosso estudo, os escores observados seguiram a mesma tendência, sendo mais elevados entre docentes do sexo feminino, porém, somente houve diferença estatisticamente significativa na subescala CE, diferentemente dos achados dos discentes, em que as diferenças estavam presentes em todas as escalas.

Estes achados também podem ser explicados pela facilidade das mulheres em expressar seus sentimentos, pelos estereótipos atribuídos à mulher, como maior sensibilidade, tendência a cuidar do outro, além da preocupação por questões sociais,

como mostraram estudos anteriores<sup>46,83</sup>. Cabe ressaltar que a maioria dos estudos observaram os níveis de empatia dos médicos e médicas através da JSE, como avaliação da empatia no contexto da saúde, todavia, em outro estudo, realizado em São Paulo no ano de 2019, os autores verificaram escores mais elevados nas mulheres também na escala de Davis<sup>84</sup>, indicando que há certa relação entre o gênero e a presença de níveis maiores de empatia.

Quando analisamos os resultados na variável religião, percebe-se que apenas as diferenças encontradas na subescala Consideração Empática entre os discentes foram estatisticamente significativas, e, após análise entre os grupos, revelou-se que os discentes católicos e seguidores da religião de matriz africana apresentaram escores maiores que os agnósticos e ateus.

Há algumas hipóteses que sugerem um maior grau de empatia naqueles que seguem alguma religião<sup>70</sup>, como gerar alívio no estresse gerado pelo contato com o sofrimento do outro e aumento da esperança no significado da própria vida, além da ideia de que pessoas religiosas são mais caridosas e altruístas<sup>70,85</sup>, indo ao encontro das concepções de empatia trazidas por Hoffman<sup>47</sup>. Na literatura sobre a temática, porém, os estudos são discordantes. Em estudo realizado por Ramírez e Vallejos<sup>86</sup>, estudantes de medicina que seguiam a religião católica apresentaram escores mais elevados quando comparados aos estudantes de outras religiões, assim como em outro estudo realizado com estudantes da área da saúde<sup>87</sup>, resultados semelhantes ao nosso estudo. Por outro lado, em outro estudo realizado no Brasil<sup>85</sup>, não foi verificada associação entre os níveis de espiritualidade/religião e o grau de empatia, assim como no estudo realizado por Hegazi e Wilson<sup>82</sup>, indo de encontro à hipótese de que a religião tem influência no grau de empatia dos alunos.

Em outra variável estudada, a renda familiar dos discentes, havia a ideia de que indivíduos com renda menor poderiam apresentar graus de empatia mais elevados do que aqueles com maior renda, como sugerem os estudos de Piff et al.<sup>88</sup>, que argumentam que aqueles provenientes de classes sociais de baixa-renda seriam mais generosos, caridosos e mais empáticos, porém, em nosso estudo, encontramos diferença significativa nesta variável apenas na escala de Jefferson (JSE – S), que avalia a empatia no cuidado em saúde. Este achado revela que aqueles com renda acima de R\$ 18.740,00 possuem escores na JSE-S menores que os estudantes com faixa de renda entre R\$3.748,01 – R\$ 9.370,00, todavia, considerando nossa amostra, estes achados ainda são insuficientes para sugerirmos que os estudantes de rendas menores possuem graus de empatia mais elevados que aqueles com rendas maiores.

Na análise de outra variável, a etnia de discentes e docentes, havia a hipótese de que os sujeitos de etnia parda/preta apresentariam escores mais elevados de empatia, porém, diferentemente do estudo de Hojat et al.<sup>89</sup>, quando observou-se que estudantes da saúde de etnia afrodescendente e hispânica apresentavam escores de empatia mais elevados que os de etnia branca, nosso estudo não revelou qualquer diferença entre as diversas etnias. Outra explicação pode residir no fato de que aqui no Brasil há uma grande miscigenação, diferente da população americana, alvo do estudo descrito<sup>89</sup>.

A discussão sobre a influência do ano de graduação do estudante sobre a empatia está presente em diversos estudos, principalmente após o estudo clássico de Hojat et al. sobre empatia médica<sup>17</sup>, quando associou a entrada na fase clínica da graduação – terceiro ano – como fator preponderante para o início da queda da empatia dos alunos. Outros estudos posteriores também revelaram a queda esperada ao longo da graduação<sup>90-92</sup>, assim como na meta-análise realizada em 2019<sup>93</sup>, que

indicou que este declínio da empatia ao longo da graduação ocorre principalmente quando há a utilização da escala de Jefferson nas pesquisas. Porém, os resultados não são homogêneos, pois outros estudos<sup>6,94,95</sup> revelam a manutenção dos escores de empatia dos discentes ao longo do curso de medicina.

Em nosso estudo, os achados sugerem que há declínio no domínio cognitivo de empatia da escala de Davis, a Tomada de Perspectiva, a partir dos achados entre os alunos do terceiro e quinto anos. Paro et al.<sup>6</sup> argumentam que estes achados podem não refletir a realidade, já que não englobam todas as mudanças comportamentais que são vividas pelos estudantes ao longo do curso, discordando do argumento de Hojat et al.<sup>17</sup>, que associam o declínio no escore ao contato com o sofrimento dos pacientes a partir dos estágios em cenários de prática. Neste contexto, a presença do currículo oculto e a formação da identidade profissional estariam relacionados a estes achados. Também há a possibilidade deste declínio refletir as dificuldades vividas pelos estudantes ao longo do curso, assim como mecanismos de despersonalização e processos exaustivos nos anos finais do curso de medicina<sup>6,66,96</sup>. Já Newton et al.<sup>92</sup> acrescentam que os estudantes ao longo do curso passam a verificar que há uma grande diferença entre aquilo que se esperava do “ser médico” – expectativa - com a realidade profissional, justificando possivelmente o nosso achado da diferença dos níveis de empatia entre os alunos que estão iniciando o curso quando comparados àqueles que estão no penúltimo ano, corroborando a visão de Paro et al.<sup>6</sup> sobre os fatores que permeiam a formação do aluno, incluindo o currículo oculto. Ademais, cabe ressaltar que nosso estudo é de caráter transversal, impossibilitando afirmarmos que há efetivamente uma queda dos níveis de empatia, já que seria necessário um estudo longitudinal com os discentes.

Os processos de despersonalização e exaustão estão relacionados à vivência da prática médica assim como a socialização vivenciada durante a formação<sup>66,92</sup>. As falas dos alunos e professores sobre a influência positiva e negativa na empatia dos alunos citam frequentemente a saúde mental e as cobranças excessivas durante a graduação médica. Cruess e Cruess<sup>38</sup> compreendem o processo de socialização permeado por diversos fatores, entre eles a presença de ansiedade, medo, estresse e perda da inocência. Já os achados no estudo de Von Harscher<sup>96</sup> confirmam a associação entre *burnout* e níveis elevados na subescala Angústia Pessoal. Nas falas dos alunos durante a segunda fase da nossa pesquisa há claramente a exteriorização da influência destes fatores negativos inseridos no currículo oculto, e ainda tão presentes na escola médica.

A falta de diálogo, a desatenção e a cobrança por parte dos docentes foram apontadas como fatores associados a influência negativa sobre a empatia dos estudantes. Por outro lado, uma escuta ativa, o cuidado com o aluno e um ambiente colaborativo são considerados essenciais para uma influência positiva sobre a empatia dos alunos. Estes achados são congruentes com outros estudos<sup>32,65,97</sup>, onde há a ideia de um *role modelling* positivo para que os estudantes se sintam mais capazes e confiantes para executar suas atividades.

Para Cruess, Cruess e Steinert<sup>65</sup>, há necessidade de uma docência voltada à boa comunicação entre professores e alunos, educação reflexiva, compaixão e integridade. A presença destas características nos docentes pode trazer um ambiente de ensino que favoreça o aprendizado e diminua a presença de fatores estressores que possam aumentar o número de alunos em depressão e com sofrimento mental, além de estimular o acolhimento entre os pares e diminuir o distanciamento entre professores e alunos. Neste contexto, uma comunidade de prática em que há um

ambiente mais acolhedor às questões vivenciadas pelo estudante, pode modificar a ideia de um *habitus médico* que ainda compreende o sofrimento como necessário durante a graduação e que há a necessidade de ser um profissional/médico algo distante do sofrimento do outro. Hafferty<sup>98</sup> considera que os estudantes de medicina são os objetos perfeitos para este processo de socialização e de formação da identidade profissional – o *campo* social e o *habitus* – porém ainda permeados por uma cultura médica que não valoriza a reflexão e o acolhimento, semelhante aos achados do nosso estudo.

Outro ponto a ser trazido diz respeito ao cenário de práticas. Em nosso estudo, a escola estudada tem como projeto pedagógico a inserção de alunos na atenção primária. Assim, os alunos do terceiro ano iniciam os atendimentos clínicos em Unidades de Saúde junto a professores, preferencialmente atendendo famílias, gestantes e crianças, além de demanda espontânea. Neste contexto de prática médica, há um maior contato dos alunos com pessoas em sofrimento físico e mental, além do contato com muitos indivíduos em vulnerabilidade social<sup>99</sup>. Nossos achados na subescala Angústia Pessoal, em que os alunos do terceiro ano apresentam níveis maiores do que aqueles no primeiro ano, corroboram a ideia da presença de fatores estressores e dificuldades em lidar com o sofrimento do outro, considerando que esta dimensão se relaciona mais ao desconforto e ansiedade próprios no contato/observação com o sofrimento de outra pessoa<sup>50</sup>.

Este contexto de prática médica está presente nas falas dos alunos e professores quando relatam a influência positiva e negativa no cuidado com o paciente. Percebe-se que o modo de agir dos docentes nos cenários de prática, quando há a expectativa por parte dos alunos de um cuidado empático, é um fator considerado importante no desenvolvimento da empatia nos alunos. West e

Shanafelt<sup>100</sup> sugerem que fatores ambientais têm influência no profissionalismo, como o estresse durante o treinamento prático, interferindo no cuidado em saúde. Nesse sentido, as falas dos alunos a respeito de um cuidado em saúde não centrado no paciente ou com uma relação médico-paciente desrespeitosa, confirmam a ideia de que uma prática médica realizada com zelo e centrada no paciente é fundamental no desenvolvimento da empatia dos alunos, além do estímulo ao profissionalismo, conforme revelaram Burgess, Goulston e Oates<sup>97</sup>.

Os achados de escore mais baixo na subescala Tomada de Perspectiva entre os alunos do quinto ano são semelhantes a outros estudos<sup>101</sup>. Estes estudantes estão inseridos no Internato Médico, em contato diário com o atendimento clínico e vivenciando a transição de um modelo eminentemente teórico para a inserção total da prática médica. Baime e Shea<sup>101</sup> argumentam que o período do internato é permeado de novas situações, e que há a transferência de uma sensação de entusiasmo para um maior número de estudantes deprimidos e fadigados. Este achado também foi verificado em outros estudos<sup>100-102</sup>, que apontam uma cultura de cinismo durante o treinamento e contato com a prática médica, dificultando as relações e aumentando o risco de *burnout*. Este último estudo<sup>101</sup> também apontou que os escores na subescala Tomada de Perspectiva estão negativamente relacionados à depressão, assim como tem poder de diminuir a exaustão emocional. Neste sentido, escores mais baixos na subescala Tomada de Perspectiva nestes alunos nos alerta para um maior risco de *burnout* entre estes discentes. Ademais, há evidências<sup>21</sup> de que os estudantes dos últimos anos de graduação apresentam estresse mais elevado, sensação de baixo suporte e desestímulo pelo preceptor/docente. As falas dos discentes na segunda fase de nossa pesquisa se assemelham ao estudo, onde neste cenário de Internato Médico, os alunos associam que esta influência do docente ocorre principalmente

durante a prática médica, seja na relação preceptor-aluno, ou durante o cuidado em saúde, indicando a necessidade de maior treinamento dos profissionais que atuam como preceptores nos campos de prática.

Nossos achados indicando níveis elevados na subescala Angústia Pessoal entre aqueles estudantes que pretendem seguir carreiras mais centradas no paciente, comparados aos alunos que pretendem seguir carreiras mais orientadas para tecnologia, são semelhantes a estudos anteriores<sup>103,104</sup>, como de Hojat et al.<sup>20,105</sup>, assim como quando utilizamos as especialidades a partir da classificação do INEP, revelando que os discentes que pretendem seguir carreiras clínicas e orientadas para o paciente apresentam mais sentimentos negativos e angustiantes no contato com o sofrimento do outro. Estes achados também mostram que aqueles estudantes que pretendem seguir carreiras orientadas para a tecnologia, com provável menor contato com o paciente, e menor destaque nas relações interpessoais, sentem-se menos desconfortáveis quando se deparam com alguém em sofrimento. Também há evidência de menor empatia nestas especialidades mais tecnológicas<sup>106</sup>. Todavia, os instrumentos utilizados, entre os estudos citados, para medir os níveis de empatia, foram diversos.

Os níveis elevados de Angústia Pessoal nesses alunos em especialidades mais centradas no paciente podem estar relacionados também a maior ansiedade nas relações com os pacientes e maior proximidade com o outro na execução do cuidado em saúde<sup>104</sup>. A Angústia Pessoal mais elevada pode trazer efeitos deletérios à saúde mental ao se deparar com alguém em sofrimento, além do aumento no risco de *burnout* e despersonalização<sup>6,96,106</sup>. Ademais, também há associação entre os níveis elevados de Angústia Pessoal entre discentes e risco de comportamentos antissociais<sup>107</sup>.

Em relação aos docentes, estudos anteriores realizados com médicos evidenciaram níveis maiores de empatia entre médicos que possuem especialidades centradas no paciente<sup>54,80,106</sup>, porém, estes estudos foram realizados utilizando a escala de Jefferson. Por outro lado, em um estudo longitudinal realizado em 2013<sup>108</sup>, não foram encontradas diferenças significativas entre os médicos de diversas especialidades, também utilizando a JSE. Para Pavlova et al.<sup>109</sup>, apesar de existir uma tendência em escores maiores de empatia em médicos com especialidades orientadas para o paciente, semelhante à nossa pesquisa, as evidências, no geral, ainda são inconclusivas. Neste mesmo sentido, ao verificarmos que os docentes de outras profissões da saúde possuem escores maiores de empatia em relação aos docentes de especialidades voltadas à tecnologia, há essa mesma percepção de que as especialidades orientadas para a tecnologia são menos empáticas quando se deparam com outras pessoas em sofrimento<sup>110,111</sup>. Outra hipótese é de que há habilidades próprias que podem ser diferentes entre os grupos, mesmo antes da escolha das especialidades, ou seja, a escolha da especialidade pode refletir nos escores de empatia dos profissionais<sup>106</sup>.

Durante a graduação, a formação da identidade profissional do discente é construída a partir do compartilhamento de um conhecimento formal e atividades comuns em um determinado campo/domínio<sup>58</sup>. Assim, os discentes passam, da observação dos docentes com quem eles se identificam, os *role models*, para a repetição de determinadas atitudes, incluindo menor angústia/desconforto quando no contato com o outro que sofre. Esta identificação e padronização pode se dar tanto no campo da prática, da técnica, explicitada no currículo formal, como inconscientemente, através do currículo oculto, perpetuando uma cultura médica que

não está explícita, como um distanciamento na relação médico-paciente quando está executando o cuidado em saúde.

Por outro lado, a ideia de que é necessário um cuidado centrado no paciente está presente nas falas de muitos alunos, reforçando que há um desejo de mudança no *habitus* médico, que perpetua a cultura onde o profissional médico ainda necessita distanciar-se do sofrimento do paciente, como um modelo enraizado de relação médico-paciente com distanciamento e desumanização<sup>112</sup>, além da falta de comunicação e pouca reflexão sobre a prática. Os discentes parecem compreender que ainda há esta cultura médica, porém, reforçam o desejo de um docente que valorize esta relação médico-paciente, que respeite os profissionais coparticipantes e que exerça uma prática médica com ética e humanizada, possibilitando assim influenciar positivamente na empatia dos alunos durante a graduação médica, fundamental na transição do discente na formação de sua identidade profissional<sup>58,98</sup>. Assim, discentes que aprendem com professores empáticos percebem que essas ações e características influenciam no desenvolvimento de sua empatia, como um *role modelling* positivo, indo ao encontro de que a empatia é um valor a ser assimilado na formação do aluno.

A percepção de que professores influenciam a empatia dos alunos esteve presente também na pontuação dada por professores e alunos na pergunta realizada na primeira fase deste estudo, com porcentagens semelhantes entre discentes e docentes. Esta ideia de influência do docente é achado semelhante em diversos estudos sobre *role models*<sup>65,113</sup> e ficou explicitada nas falas na segunda fase da pesquisa, demonstrando que há diversas possibilidades de intervenção ao longo a graduação para que esta influência se dê para além do currículo oculto, alinhando ao que a sociedade espera do profissional médico.

Quando realizamos a análise entre discentes e docentes, verificamos que há diferenças significativas nos níveis de empatia pela escala de Jefferson, subescala Tomada de Perspectiva e Angústia Pessoal. As diferenças encontradas demonstram que os docentes apresentam escores mais elevados na JSE e subescala Tomada de Perspectiva, enquanto os discentes apresentam escores mais elevados na subescala Angústia Pessoal. Considerando que a escala de Jefferson pretende medir a empatia no contexto médico, e a Tomada de Perspectiva, a dimensão cognitiva na escala de Davis, analisamos que os resultados encontrados são os esperados, assim como nos escores de Angústia Pessoal.

Alguns estudos trazem a ideia de que os estudantes podem apresentar níveis mais elevados de Angústia Pessoal por imaturidade<sup>108,114</sup> e inadequação ao lidar com o sofrimento do outro, assim, considerando os docentes como médicos, adultos mais velhos e profissionais de saúde mais experientes, os níveis de desconforto pessoal frente ao sofrimento seriam menores<sup>106</sup>, indicando uma relação entre a maturidade e o manejo da ansiedade no cuidado em saúde. Ademais, os escores elevados de Angústia Pessoal parecem estar associados a baixos escores de competência social, maior vulnerabilidade emocional, medo e incerteza<sup>50</sup>. Os escores menores na subescala AP também podem sugerir que o *habitus* médico de um profissional distante do paciente, sem que haja envolvimento com o sofrimento que é relatado, já está sedimentado nos docentes, na medida em que já passaram pelo processo de socialização e formação da identidade profissional, semelhante ao sugerido em estudo transversal realizado em 1996<sup>115</sup>, que associou o desenvolvimento do cinismo na Medicina como resposta às dificuldades vividas e uma identidade profissional mais madura<sup>115</sup>.

Considerando ainda os escores analisados, quando avaliamos a correlação entre os instrumentos, revelamos que quanto mais o discente acredita na influência do docente sobre sua empatia, maior é seu escore na escala de Jefferson e na subescala Consideração Empática. Entre os docentes, revelamos que quanto mais acredita na influência do professor sobre a empatia do aluno, maior seu escore na subescala Consideração Empática. Observamos que, tanto entre alunos quanto entre professores, houve correlação significativa com a dimensão mais relacionada à afetividade a partir de Davis<sup>50</sup>. Esta crença na influência do professor na empatia do aluno está alinhada aos achados anteriores que verificaram associação entre sentimentos de amabilidade, abertura às experiências e a empatia<sup>116</sup>.

Os achados da correlação entre JSE e as subescalas Tomada de Perspectiva e Consideração Empática são semelhantes aos estudos que avaliaram a psicométrica das escalas validadas para o português brasileiro, assim como entre as subescalas da escala de Jefferson<sup>70</sup>. Assim, considerando que a JSE traduzida para o português-BR apresentou como fatores principais o Cuidado Compassivo e a Tomada de Perspectiva, os dados apresentados estão alinhados aos estudos anteriores, todavia, conforme Paro et al.<sup>70</sup>, na tradução brasileira, diferentemente da escala de Jefferson original, o principal fator foi o Cuidado Compassivo, provavelmente alinhado à cultura do nosso país em que há a ideia de um cuidado sempre atrelado à compaixão e ao afeto. O achado de correlação positiva entre a subescala Angústia Pessoal e Consideração Empática também é semelhante a outros estudos, que consideram as subescalas mais voltadas à afetividade, quando comparadas à TP, considerada a dimensão cognitiva na escala de Davis<sup>80</sup>.

A ideia de que empatia é colocar-se no lugar do outro, de forma a “sentir o que o outro sente” – componente afetivo – esteve presente nas falas dos alunos e

professores, trazendo a ideia de que ainda há dificuldades na compreensão e definição do construto. O entendimento de que é um atributo cognitivo esteve presente em poucas falas, ao contrário da afetividade e da compaixão, presente na maioria das falas. Há também a ideia de que é uma característica pessoal, da personalidade do indivíduo<sup>116</sup>, pouco modificável ao longo da formação. Todavia, concordamos com a compreensão<sup>117</sup> de que os indivíduos iniciam a graduação médica com uma empatia formada ao longo de sua infância e adolescência – empatia inata –, mas são inundados de informações, ações e situações diversas que têm potencial de transformar e modificar a bagagem que carrega no início da graduação.

Os autores<sup>117</sup>, em seu estudo, verificaram que alunos e tutores entendem que a compaixão dificulta o cuidado junto ao paciente, crenças essas alinhadas à cultura médica de distanciamento do paciente, além de considerar que este posicionamento – distante – é fundamental para a manutenção e desenvolvimento dos componentes profissionais/técnicos ao longo da formação médica. Outros estudos sugerem que o altruísmo e a afetividade existentes no momento do contato com o sofrimento de outra pessoa podem estar alinhados à ideia de que a empatia é gerada automaticamente quando testemunhamos um sofrimento, porém, ao contrário do *habitus* médico em nossa comunidade, – que preza pelo distanciamento – esta resposta (a empatia) só pode ser vivenciada completamente quando há abertura e sensibilidade ao outro com quem nos relacionamos<sup>56,118</sup>.

Considerando que há escores elevados na subsescala Consideração Empática e principalmente no escore da subescala Angústia Pessoal, verificamos que estas dimensões afetivas se mostram preponderantes na composição da empatia em nosso estudo. Esta ideia de afetividade atrelada à empatia é revelada a partir das perspectivas de docentes e discentes sobre a influência na empatia dos alunos,

verificando que o cuidado com o outro e a escuta ativa são essenciais nas relações estabelecidas durante a formação médica, além de evidenciar a necessidade de acolhimento a esses estudantes durante o processo de formação da identidade profissional. Ademais, corrobora o entendimento de que é necessário sensibilidade e afeto nas relações para que haja influência na empatia dos alunos. Esta relação de afetividade e influência do professor está presente quando avaliamos a correlação positiva entre a crença na influência do docente na empatia do aluno e os escores de empatia na subescala Consideração Empática.

Na relação entre discentes e docentes, este contexto de abertura e afeto são revelados quando há menção, por parte dos discentes, à perpetuação de situações passadas vividas pelos docentes, enquanto alunos, gerando também sofrimento ao outro no presente. Este sofrimento gerado no aluno, com aumento do estresse, diminuição da sensação de bem-estar e de realização pessoal, podem predizer escores de empatia menores<sup>6</sup>, além da percepção de uma qualidade de vida pior<sup>21</sup>. Em revisão recente<sup>119</sup>, foi verificado que os estudantes naturalmente passam por situações desafiadoras ao longo da graduação, já que estão em contato direto com o sofrimento alheio e mais expostos a situações de morbi-mortalidade, todavia, buscam apoio social e emocional para lidar com as dificuldades ao longo da formação médica e assim diminuem a incidência de depressão e exaustão. Nesse sentido, considerando a formação médica e a interação docente-discente, uma comunidade de prática<sup>120</sup>, onde os alunos aprendem (e apreendem) como é o pensamento, a técnica e a ação enquanto médicos, vivem experiências e constroem a identidade profissional, há a necessidade de um docente que seja líder, cuidador, já pertencente plenamente<sup>38</sup> a esta comunidade, auxiliando o aluno em suas dificuldades e situações vividas ao longo da graduação. Ademais, a formação da identidade profissional e o

processo de socialização são reforçados pelo senso de competência e capacidade, intimamente ligados à saúde mental<sup>119</sup>. Tempski et al.<sup>121</sup> acreditam que é necessário o desenvolvimento de mecanismos que diminuam o excesso de auto cobrança entre os alunos, discutam mecanismos de enfrentamento às adversidades, além do estímulo à resiliência para promover a saúde mental dos estudantes.

A influência do professor na empatia do aluno também aparece nas práticas pedagógicas e no ambiente de aprendizagem. Haghdoost e Shakibi<sup>113</sup> observaram que os discentes identificaram *role models* positivos entre aqueles que são pragmáticos, respeitosos, profissionais e pontuais. Essas características dizem mais sobre como agem *enquanto* docentes. Essas habilidades foram documentadas e descritas anteriormente, como parte do escopo de um *role model* positivo<sup>65</sup>. Ademais, quando há, na instituição, docentes que se preocupam com suas práticas pedagógicas, há maior percepção entre os discentes sobre sua qualidade de vida<sup>121</sup>. Em nosso estudo, os discentes revelam a necessidade de um ambiente educacional favorável para que possam ser influenciados pelos docentes. De fato, concordando que a aprendizagem é coletiva, a partir das interações sociais, os alunos inseridos na comunidade prática da medicina, dependem do sentimento de participação e senso de comunidade junto aos docentes, partícipes experientes e plenos na comunidade<sup>120</sup>. Para isso, há necessidade de acolhimento, estímulo à participação e reflexão<sup>120</sup>, além de um ambiente que promova diálogo entre docentes e discentes.

Entre as práticas pedagógicas, há necessidade de habilidades de comunicação, habilidades nas apresentações de conteúdo e um bom planejamento das aulas<sup>122,123</sup>. Em nosso estudo, o olhar dos estudantes se diferencia quando reitera o desejo de um bom planejamento escolar. Weissman<sup>124</sup>, em resposta ao estudo de Neumann<sup>16</sup> sobre empatia, reflete sobre a necessidade de um olhar mais aprofundado

sobre a empatia dos alunos a partir da interação com os docentes e do ambiente educacional, sobretudo por considerar a prática pedagógica e o ambiente educacional intimamente relacionados aos docentes e plenamente modificáveis por eles. Todavia, a realização de mudanças nas práticas pedagógicas de professores perpassa o desenvolvimento e profissionalização da docência médica, com a mudança de práticas já enraizadas entre os médicos docentes.

Freire<sup>122</sup> sugere um ambiente educacional dialógico, aberto, voltado ao aluno, que permita o aprendizado reflexivo. Para o autor “o educador que **escuta** aprende a difícil lição de **transformar** o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele”<sup>122(p111)</sup>(grifo próprio). Assim, um docente comprometido com o escutar e acolher, além de respeito ao discentes, passa a ser considerado um modelo daquilo que o estudante deve interiorizar para efetivamente agir conforme imagina o profissional<sup>125</sup>. Nesse contexto, os educadores devem assumir a posição de modelo de comportamento e refletir sobre sua prática enquanto docente, já que comportamentos negativos também podem influenciar o aluno através do currículo oculto, trazendo ao aluno o entendimento de que atitudes pouco louváveis podem ser aceitas na comunidade.

A atuação do médico como docente não pode ser considerada somente como uma extensão de sua prática e expertise médica, e sim a partir de sua posição privilegiada ao participar ativamente na formação de um aluno. Nesse contexto, há necessidade de desenvolvimento docente nas instituições para que haja uma profissionalização da docência médica.

Foi observado que as instituições de ensino médico têm focado em atividades grupais formais como intervenções educacionais em busca de melhoria no ensino<sup>126</sup>. Os autores observaram que desenvolver atividades para melhoria da docência trazem

aos profissionais maior confiança, mudanças na atuação como docente e no comportamento junto aos alunos, estimulando reflexão sobre sua prática. Neste mesmo sentido, Passi e Johnson<sup>36</sup> argumentam que o desenvolvimento docente também deve incluir o desenvolvimento profissional como um *role model* e reforçar a importância do docente na formação do aluno, para além do conteúdo técnico.

Diversos estudos trouxeram intervenções possíveis de realização para o desenvolvimento da empatia dos discentes e médicos, como a medicina narrativa, leituras e discussões de situações-problema, jogos, criação de grupos Balint<sup>127</sup>, treinamento de habilidades de comunicação, simulação<sup>15</sup>, além de exercícios de *mindfulness*<sup>27,128</sup>. Convém reforçar que o principal foco dos estudos está na adoção de estratégias direcionadas aos estudantes para o incremento da empatia na graduação médica ou para médicos em cenários de prática.

Todavia, considerando a empatia como um valor a ser trabalhado entre docentes e discentes, e a partir dos resultados de nosso estudo, entendemos que é imperativo o desenvolvimento docente na perspectiva de uma relação junto ao discente mais harmônica e com maior reflexão sobre a prática, estimulando um ambiente de ensino acolhedor, dialógico e de respeito ao estudante e ao paciente durante a prática médica.

A reflexão sobre a prática médica e sobre a prática docente deve ser estimulada e estar presente na política pedagógica dos cursos de Medicina, estimulando ambientes que sejam confiáveis e acolhedores aos alunos e docentes para discussões e exposições de ideias, escuta ativa e propostas de mudança. Steinert<sup>129</sup> reforça que o desenvolvimento docente deve promover um novo pensamento, refletindo e reinventando a prática docente, a partir de comunidades mais colaborativas, com fomento à curiosidade, motivação e resiliência. Além disso, a

autora reforça a necessidade de uma formação da identidade profissional do médico como docente, em adição ao desenvolvimento de suas habilidades, através da auto reflexão, discussões sobre o futuro enquanto docente, além de workshops frequentes que possam trazer engajamento ao educador, compartilhando experiências entre os docentes e ajudando assim a explorar e desenvolver sua identidade profissional como docente, já que a identidade como médico já está estabelecida<sup>130</sup>.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

*Paulo Freire*

## 7 CONCLUSÃO

A partir de nossas observações e resultados, podemos concluir que a empatia do aluno está relacionada ao seu desenvolvimento como profissional médico ao longo da graduação – dificuldade em lidar com sofrimento, dificuldade em estabelecer conexão com o docente, receio do docente e de sua autoridade e entendimento da medicina como uma profissão empática. Nossa pesquisa também revelou que o professor, como modelo, deve discutir sobre seu papel junto aos alunos, além de trazer à tona a necessidade de preparo das aulas, pontualidade e retidão no trato com pacientes. O discente deve ser ouvido pois é peça fundamental no processo e responsável por perpetuar (ou não) o *habitus* médico.

Nosso estudo também mostrou que há influência do gênero feminino, da faixa de renda, do ano em que o aluno se encontra na graduação e a especialidade pretendida do aluno ou escolhida pelo docente nos escores de empatia. Revelamos que a crença na influência do docente sobre a empatia do aluno está relacionada aos escores de empatia dos docentes e discentes.

No processo de socialização e desenvolvimento de sua identidade profissional, o estudante quer ser ouvido e sentir-se pertencente à instituição de ensino e ao grupo. A empatia, considerada um valor no cuidado em saúde, está dentro do escopo daquilo que é transmitido no currículo oculto no processo de socialização e formação da identidade profissional. A existência de um currículo oculto na formação médica não pode prescindir a discussão formal e explícita das relações entre docentes e discentes, e como a empatia pode ser fundamental para que a formação do estudante esteja voltada ao atendimento médico humano e às boas relações profissionais.

A partir dos nossos resultados, contribuimos para evidenciar a necessidade de estratégias de desenvolvimento docente visando o aprimoramento das relações e das práticas pedagógicas, do reconhecimento do papel do docente como *role model*, bem como o estímulo ao compartilhamento de vivências, a uma escuta ativa ao estudante ao longo de sua socialização profissional, com um ambiente propício e seguro à reflexão de docentes e discentes, visando a formação de um profissional que compreenda a empatia como um valor e atributo fundamental não apenas na prática médica, mas também no contexto pedagógico e nas relações estabelecidas durante a graduação. Um docente que age empaticamente tem papel fundamental no desenvolvimento da empatia do aluno.

## ANEXOS

### Anexo A – Termo Aprovação do estudo pela Comissão de Ética

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da Empatia de docentes e discentes de graduação e pós-graduação do curso de Medicina em uma faculdade do Espírito Santo.

**Pesquisador:** Fernanda Magalhães Arantes Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12135119.0.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.316.177

##### **Apresentação do Projeto:**

É um projeto que pretende avaliar a empatia de discentes e docentes de um curso de medicina.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a empatia de discentes e docentes de um curso de medicina de uma instituição privada no Espírito Santo.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos mínimos.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa interessante em fase exploratória.

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

Todos os termos de apresentação obrigatória constam da plataforma Brasil.

##### **Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

Sem pendências e inadequações.

##### **Considerações Finais a critério do CEP:**

**USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP**



Continuação do Parecer: 3.316.177

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

| Tipo Documento  | Arquivo  | Postagem               | Autor                            | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1330343.pdf    | 15/04/2019<br>16:32:03 |                                  | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjAdrianaRabello.pdf                           | 15/04/2019<br>16:31:03 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| Outros  | AnexoCEPProjAdrianaRabello.pdf                   | 15/04/2019<br>16:26:45 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| Outros  | CartadeAnuenciaUVVProjAdrianaRabello.pdf         | 15/04/2019<br>16:26:11 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| Cronograma  | CronogramaProjAdrianaRabello.docx                | 15/04/2019<br>16:25:17 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| Outros  | QuestionariosProjetoAdrianaRabello.docx          | 15/04/2019<br>16:25:00 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEProjetoAdrianaRabello.docx                   | 15/04/2019<br>16:23:36 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhadeRosto_PlataformaBrasil_AdrianaRabello.pdf | 15/04/2019<br>16:09:02 | Fernanda Magalhães Arantes Costa | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 09 de Maio de 2019

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira  
(Coordenador(a))**

**Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: .M  F 

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº .....  
APTO: .....

BAIRRO: .....

CIDADE .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

**2.RESPONSÁVEL LEGAL**

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M  F 

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

**DADOS SOBRE A PESQUISA****1 TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Análise da Empatia de docentes e discentes de graduação e pós-graduação do curso de Medicina em uma faculdade do Espírito Santo**

PESQUISADOR: Fernanda Magalhães Arantes Costa

CARGO/FUNÇÃO: pesquisadora

UNIDADE DO HCFMUSP: LIM

2 AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO  RISCO MÉDIO RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

3 DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 anos

#### 4 APRESENTAÇÃO

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Inicialmente explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

#### 5A JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Os estudos acerca da empatia reafirmam a influência positiva na qualidade de vida e na interação social, transformando-se em tema de estudo recorrente na atualidade (FALCONE et al., 2008; PARO et al., 2014).

Ainda não há consenso sobre este tema, necessitando maiores estudos para que se possa compreender, de forma mais aprofundada, a empatia no contexto da educação médica. Alguns estudos observaram diferenças nos níveis de empatia entre gênero e idade, além do tipo de especialidade desejada após a graduação (KERR; TEGGE, 2017).

Apesar dos diversos estudos acerca do tema, não há, na literatura, estudos que avaliam a empatia envolvendo tanto os discentes quanto os docentes da graduação e pós-graduação no curso de Medicina.

Assumindo a empatia como um valor e uma habilidade a ser internalizada, e a potência do papel dos docentes neste processo, este estudo sugere que a empatia deve ter lugar de destaque no processo de ensino-aprendizagem, formando, nesse

contexto, médicos mais empáticos, alinhados à uma formação humanística, tão desejada por todos.

#### Objetivo

Analisar a empatia dos docentes e discentes do curso de graduação e pós-graduação lato-sensu do curso de Medicina de uma universidade particular do estado do Espírito Santo

#### Procedimentos para a pesquisa

A coleta de dados prevê a utilização dos questionários de forma online (googleforms) e/ou presencial. Os questionários a serem utilizados são: Questionários sócio-demográficos/sócio-profissionais, além de questionários sobre empatia (questionário de Davis - IRI e questionário de empatia de Jefferson – versão aluno e versão médica).

Em outro momento, o (a) senhor (a) poderá ser convidado a participar de uma fase qualitativa, com moderação da pós-graduanda Adriana Esteves Rabello, em data e hora a ser acordada.

#### 5B DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Se aceitar participar deste estudo, o(a) senhor(a) será submetido(a) a dois questionários de autopreenchimento, sobre algumas características que possui, além de dados sócio-econômicos. Ademais, poderá ser solicitado a participar de um grupo focal, em que alguns tópicos serão discutidos a respeito do tema em questão (empatia). A participação no grupo de discussão pode ser negada a qualquer momento pelo participante.

Não há benefício direto para o(a) senhor(a). Estudos científicos baseiam-se na análise de grande número de amostras, sendo impossível estimar o benefício individual de cada um incluído no estudo. Pode ser que os resultados deste estudo tragam um benefício para uma parcela de estudantes, pesquisadores e docentes no futuro. Estes resultados podem levar anos para serem alcançados, por isso qualquer benefício proveniente desse estudo, caso haja, será apenas em longo prazo.

Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. O(a) senhor(a) ficará à vontade para falar

sobre o tema durante o grupo focal, conforme a sua concepção. A pesquisadora estará atenta para que as suas opiniões sejam gravadas, para posterior transcrição e contribuição científica.

#### 5C FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Esta pesquisa será realizada pela pós-graduanda Adriana Esteves Rabello, sob orientação da Doutora Fernanda Magalhães Arantes Costa.

1. Este projeto não implicará na utilização de métodos invasivos assim haverá risco mínimo a integridade física e mental.
2. Fica garantido o direito de confidencialidade dos participantes. As informações obtidas serão analisadas e a identificação dos docentes e discentes não será divulgada.
3. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes.
4. O participante pode retirar seu consentimento e se abster de responder o questionário quando desejar sem prejuízo.
5. Fica garantido o acesso aos resultados do estudo, quando solicitado.

A principal investigadora é a Dra. Fernanda Magalhães Arantes Costa. Que pode ser encontrada no endereço Av. dr Arnaldo, 455, sala 2349. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21o andar – sala 36- CEP: 01246-000** Tel.: 3893-4401/4407 E-mail: [cep.fm@usp.br](mailto:cep.fm@usp.br)

6. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (**CEP-FMUSP**): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21º andar – sala 36- CEP: 01246-000, horário de atendimento: 8:00-17:00h; Tel: (11) 3893-4401/4407 E-mail: [cep.fm@usp.br](mailto:cep.fm@usp.br)

#### 5D LIBERDADE DE RECUSAR-SE E RETIRAR-SE DO ESTUDO

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa Instituição.

#### 5E MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Os seus dados serão analisados em conjunto com outros pesquisados, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância.

Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio como os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica.

5F O (A) senhor(a) receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 5G GARANTIA DE RESSARCIMENTO

O(A) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O (A) senhor(a) tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

#### 5H GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

O (A) senhor(a) tem direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Análise da Empatia de docentes e discentes de graduação e pós-graduação do curso de Medicina em uma faculdade do Espírito Santo**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do pesquisado/representante legal Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-----

Assinatura da testemunha Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

para casos de pesquisados menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste pesquisado ou representante legal para a participação neste estudo.

-----

Assinatura do responsável pelo estudo Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo C – Questionário Semiestruturado – fase qualitativa

### DOCENTES

- Endereço de e-mail
- O que é empatia para você?
- De 0 a 10, o quanto você se considera empático?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Com base no seu dia a dia, responda: Como você influencia POSITIVAMENTE no desenvolvimento da empatia dos alunos? \*
- Com base no seu dia a dia, responda: Como você poderia influenciar NEGATIVAMENTE no desenvolvimento da empatia dos alunos? \*

### DISCENTES

- Endereço de e-mail
- Período que está cursando
  - 2º ou 3º período
  - 6º ou 7º período
  - 10º ou 11º período
- O que é empatia para você?
- De 0 a 10, o quanto você se considera empático?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

- Com base no seu dia a dia, responda: Como o professor influencia POSITIVAMENTE no desenvolvimento da empatia dos alunos? \*
- Com base no seu dia a dia, responda: Como o professor influencia NEGATIVAMENTE no desenvolvimento da empatia dos alunos? \*



pacientes e respectivos familiares.....

19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte.....

20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente....

© Thomas Jefferson University, 2001. All rights reserved.

*Todos os direitos reservados*

Translated by: Suely Grosseman [Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Brazil], Helena Paro [Universidade de São Paulo (University of São Paulo), Universidade Federal de Uberlândia (Federal University of Uberlândia), Brazil], Manuel João Costa (Universidade do Minho [University of Minho], Portugal), Manuel Gonçalves-Pereira [Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa (NOVA University, Lisbon), Portugal].



- familiares.....
19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte.....
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico ou cirúrgico do paciente.....

© Thomas Jefferson University, 2001. All rights reserved.

Todos os direitos reservados

Version adapted by Suely Grosseman, from the **Jefferson Scale of Empathy – Brazil and Portugal Portuguese Version, for Students**, translated by: Suely Grosseman [Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Brazil], Helena Paro [Universidade de São Paulo (University of São Paulo), Universidade Federal de Uberlândia (Federal University of Uberlândia), Brazil], Manuel João Costa (Universidade do Minho [University of Minho), Portugal], Manuel Gonçalves-Pereira [Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa (NOVA University, Lisbon), Portugal].

## Anexo F – Escala de Davis para avaliação de empatia (EMRI – Davis)

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo (“não me descreve bem” / “descreve-me muito bem”). Quando você tiver decidido sua resposta, circule o número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível. Obrigado!

|   | <b>Não me descreve muito bem</b> |   |   | <b>Descreve-me muito bem</b> |   |
|---|----------------------------------|---|---|------------------------------|---|
|   | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 1. Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.                                    | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.  | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 3. Às vezes, eu não me lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.  | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.  | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 5. Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas sem uma discussão antes de tomar uma decisão.                                      | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 6. Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo.  | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.   | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.                               | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.   | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.   | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |
| 11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas. | 1                                | 2 | 3 | 4                            | 5 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## Anexo G – Questionário Socioeconômico – docentes

E-mail : \_\_\_\_\_ Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_

### Sexo \*

- Feminino  
 Masculino

### Etnia \*

- Branca  
 Parda  
 Preta  
 Amarela  
 Indígena

### Estado Civil \*

- Solteiro (a)  
 Casado (a)  
 Divorciado (a)  
 Viúvo (a)  
 Outro:

### Religião \*

- Católica  
 Evangélica  
 Espírita  
 Candomblé  
 Umbanda  
 Judaica  
 Sem religião/agnóstico (a)  
 Ateu/ atéia  
 Outro: \_\_\_\_\_

### Salário como docente \*

- Até R\$ 1.874,00  
 de R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00  
 de R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00  
 de R\$ 9.370,01 a R\$ 18.740,00  
 acima de R\$ 18.740,01

### Fez residência Médica? \*

- Sim  
 Não  
 Pós graduação  
 Outra graduação: \_\_\_\_\_

### Renda total (soma de todos os seus empregos) \*

- Até R\$ 1.874,00  
 de R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00  
 de R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00  
 de R\$ 9.370,01 a R\$ 18.740,00  
 acima de R\$ 18.740,01

### Especialidade

\_\_\_\_\_

### Fez outra Residência? Indique qual

\_\_\_\_\_

### Ano de formatura \*

\_\_\_\_\_

### Vínculo de Trabalho

- CLT – menor ou igual a 20hs  
 CLT – entre 20hs e 40hs  
 CLT – 40hs  
 Dedicção Exclusiva  
 Horista

### Universidade que realizou graduação \*

Pública  Outros: \_\_\_\_\_

Privada

**Tempo de docência/preceptoria**

\_\_\_\_\_

**Período (s) que leciona (pode marcar mais de uma) \***

Primeiro período (1º)

Segundo período (2º)

Terceiro período (3º)

Quarto Período (4º)

Quinto período (5º)

Sexto Período (6º)

Sétimo Período (7º)

Oitavo período (8º)

Internato

Residência

**Disciplina (s) que atua (várias respostas)**

Písec

HAC

Tutoria

Internato

Laboratório Integrado

Eletiva

Residência

\_\_\_\_\_

**Caso Internato, especifique o programa:** **Caso preceptor de RM, especifique o programa**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quanto você acha, de 0 a 10, que VOCÊ influencia o desenvolvimento da empatia dos seus alunos? \***

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

## Anexo H – Questionário Socioeconômico – discentes

E-mail : \_\_\_\_\_ Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_

### Sexo \*

- Feminino  
 Masculino  
 Outro:

### Estado Civil \*

- Solteiro (a)  
 Casado (a)  
 Divorciado (a)  
 Viúvo (a)  
 Outro:

### Renda familiar (aproximadamente) \*

- Até R\$ 1.874,00  
 de R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00  
 de R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00  
 de R\$ 9.370,01 a R\$ 18.740,00  
 acima de R\$ 18.740,01

### Com quem mora? \*

- Sozinho  
 Com pais  
 Com parentes  
 Com amigos/colegas  
 Com companheiro (a) e/ou cônjuge

### Possui financiamento estudantil?

- Não  
 Sim - total  
 Sim - parcial  
 Possuo bolsa de estudo da própria universidade

### Etnia \*

- Branca  
 Parda  
 Preta  
 Amarela  
 Indígena

### Religião \*

- Católica  
 Evangélica  
 Espírita  
 Candomblé  
 Umbanda  
 Judaica  
 Sem religião/agnóstico (a)  
 Ateu/ atéia  
 Outro:

### Possui pai ou mãe médicos? \*

- Não  
 Sim - um dos dois  
 Sim - os dois

### Já morava na região metropolitana de Vitória antes da graduação/pós-graduação?

- Sim  
 Não

### Ano e período que está cursando \*

- Primeiro período (1º)    Segundo período (2º)  
 Quinto período (5º)    Sexto Período (6º)  
 Nonoo Período (9º)    Décimo período (10º)

### Especialidade médica pretendida/desejada - caso mais que uma, aponte-as em ordem de preferência. \*

Quanto você acha, de 0 a 10, que o seu professor/preceptor influencia o desenvolvimento de sua empatia? \*

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

## REFERÊNCIAS

1. Brosnan C, Turner BS. *Handbook of the Sociology of Medical Education*. 1st ed. Taylor & Francis e-Library; 2009.
2. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):492-499. doi:10.1590/s0100-55022008000400012
3. Brasil. *Diretrizes Curriculares Nacionais Do Curso De Graduação Em Medicina.*; 2014.
4. Martins e Silva J. Educação médica e profissionalismo. *Acta Med Port*. 2013;26(4):420-427.
5. Karaoglu N, Pekcan S, Yilmaz S. Are Problem Based Scenarios Supporting the Positive Affect and Empathy of Medical Students? *Procedia - Soc Behav Sci*. 2013;82:101-107. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.231
6. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, et al. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014;9(4). doi:10.1371/journal.pone.0094133
7. Hooker C. Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Med Heal Care Philos*. 2015;18(4):541-552. doi:10.1007/s11019-015-9631-z
8. Rios IC. Medical Humanities as a Field of Knowledge in Medicine. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(1):21-29.
9. Williams B, Brown T, McKenna L, et al. Student empathy levels across 12 medical and health professions: an interventional study. *J Compassionate Heal Care*. 2015;2(1):2-7. doi:10.1186/s40639-015-0013-4
10. Díez-Gõni, N; Rodriguez-Díez M. Why teaching empathy is important for the medical degree. *Rev Clínica Española*. 2017;217(6):332-335. doi:10.1016/j.rceng.2017.03.002
11. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine-A critical review. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):307-322. doi:10.1016/j.pec.2009.06.012
12. Krishnasamy C, Ong SY, Loo ME, Thistlethwaite J. How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Med Teach*. 2019;41(11):1220-1231. doi:10.1080/0142159X.2019.1630731
13. Ikeda leonardo H, Barbosa MR de C, De Oliveira RA, Bernardo MO. Empatia no cotidiano do curso de graduação de medicina a partir de uma revisão integrativa. *Brazilian J Dev*. 2019;5(3):2068-2079.

14. Petek Šter M, Selič P. Assessing Empathic Attitudes in Medical Students: The Re-Validation of the Jefferson Scale of Empathystudent Version Report. *Zdr Var.* 2015;54(4):282-292. doi:10.1515/sjph-2015-0037
15. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂRGM, Amaral EM, De Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Acad Med.* 2014;89(4):632-637. doi:10.1097/ACM.000000000000175
16. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009. doi:10.1097/ACM.0b013e318221e615
17. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* 2009;84(9):1182-1191. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
18. Teng VC, Nguyen C, Hall KT, et al. Rethinking empathy decline: results from an OSCE. *Clin Teach.* 2017;14(6):441-445. doi:10.1111/tct.12608
19. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano ICB, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ.* 2016;7:149-153. doi:10.5116/ijme.572f.115f
20. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Pers Individ Dif.* 2005;39(7):1205-1215. doi:10.1016/j.paid.2005.04.007
21. Enns SC, Perotta B, Paro HB, et al. Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life: Is There a Positive Association? *Acad Med.* 2016;91(3):409-417. doi:10.1097/ACM.0000000000000952
22. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education : a systematic review. *Med Educ.* 2016;50:300-310. doi:10.1111/medu.12806
23. Hojat M, Erdmann J, Veloski J, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002;36(6):522-527. <http://www.blackwellpublishing.com>
24. Yazdi NA, Arabshahi KS, Bigdeli S, Ghaffarifar S. Challenges in promoting clinical empathy skills in medical students: A content analysis study. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;33(1):1-7. doi:10.34171/mjiri.33.104
25. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, García Leonardo C, Caballero F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2017;100(9):1694-1700. doi:10.1016/j.pec.2017.04.018

26. Potash JS, Chen JY, Lam CL, Chau VT. Art-making in a family medicine clerkship: How does it affect medical student empathy? *BMC Med Educ.* 2014;14(1):1-9. doi:10.1186/s12909-014-0247-4
27. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):1-11. doi:10.1186/1472-6920-14-219
28. Moreto G, González Blasco P, Piñero A. Reflections on dehumanisation in medical education: Empathy, emotions, and possible pedagogical resources for the emotional education of the medical student. *Educ Medica.* 2018;19(3):172-177. doi:10.1016/j.edumed.2016.12.013
29. Loyola-Durán L, Landgrave-Ibáñez S, Ponce-Rosas ER, González-Pedraza Avilés A. Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un hospital público de la ciudad de México. *Atención Fam.* 2018;22(2):43-45. doi:10.22201/facmed.14058871p.2015.2.47992
30. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub.* 2015;27:S48-S52.
31. da Costa, Fabrício Donizete; Azevedo RCS de. Empatia, relação médico-paciente e formação em Medicina : um Olhar Qualitativo. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(2):261-269.
32. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach.* 2013;35(9). doi:10.3109/0142159X.2013.806982
33. Phillips SP, Dalgarno N. Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):1-7. doi:10.1186/s12909-017-0864-9
34. Silveira GL, Campos LKS, Schweller M, Turato ER, Helmich E, de Carvalho-Filho MA. "Speed up"! The Influences of the Hidden Curriculum on the Professional Identity Development of Medical Students. *Heal Prof Educ.* 2019;5(3):198-209. doi:10.1016/j.hpe.2018.07.003
35. Lehmann LS, Sulmasy LS, Desai S. Hidden curricula, ethics, and professionalism: Optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: A position paper of the American college of physicians. *Ann Intern Med.* 2018;168(7):506-508. doi:10.7326/M17-2058
36. Passi V, Johnson N. The hidden process of positive doctor role modelling. *Med Teach.* 2016;38(7):700-707. doi:10.3109/0142159X.2015.1087482
37. Karnieli-Miller O, Vu TR, Frankel RM, et al. Which experiences in the hidden curriculum teach students about professionalism? *Acad Med.* 2011;86(3):369-377. doi:10.1097/ACM.0b013e3182087d15
38. Cruess RL, Cruess SR. Professionalism and professional identity

- formation: the cognitive base. *Teach Med Prof*. Published online 2016:5-25. doi:10.1017/cbo9781316178485.003
39. Dybowski C, Sehner S, Harendza S. Influence of motivation, self-efficacy and situational factors on the teaching quality of clinical educators. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1-8. doi:10.1186/s12909-017-0923-2
  40. Harden, RM; Crosby J. The good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. *Med Teach*. 2000;22(4):334-347.
  41. Costa NM da SC, Cardoso CGL do V, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(4):499-505. doi:10.1590/s0100-55022012000600008
  42. Hafferty FW, O'Donnell JF. *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. (Hafferty FW, O'Donnell JF, eds.). Dartmouth College Press; 2015.
  43. Silva TT da. *Documentos de Identidade: Uma Introdução Às Teorias de Currículo*. 9th ed. (Silva TT da, ed.). Autêntica; 2005. <https://sites.google.com/site/teoriasdecurriculo/home/livro>
  44. Bobbit F. *The Curriculum*. The University Press Cambridge; 1918.
  45. Limpo T, Alves RA, Castro SL. Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório Psicol*. 2013;8(2):171-184. doi:10.14417/lp.640
  46. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer International Publishing; 2016. doi:10.1007/978-3-319-27625-0
  47. Sampaio LR, Camino S. Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. 2009;29(2):212-227.
  48. Carl R. Rogers. Empathic: An Unappreciated Way of Being by Centre for Studies of the Person. *Couns Psychol*. 1975;Volume 5(No. 2-10):1-10.
  49. Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *J Pers Soc Psychol*. 1981;40(1):121-137. doi:10.1037/0022-3514.40.1.121
  50. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-126. doi:10.1037//0022-3514.44.1.113
  51. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol*. 2001;18(3):43-53. doi:10.1590/s0103-166x2001000300004
  52. Oxley JC. *The Moral Dimensions of Empathy: Limits and Applications in Ethical Theory and Practice*.; 2011.
  53. Price V, Archbold J. What's it all about, empathy? *Nurse Educ Today*. 1997;17(2):106-110. doi:10.1016/S0260-6917(97)80026-3

54. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-1569. doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1563
55. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy*. Oxford - University press; 2001.
56. Michalec B, Hafferty FW. Challenging the clinically-situated emotion-deficient version of empathy within medicine and medical education research. *Soc Theory Heal*. 2021;(0123456789). doi:10.1057/s41285-021-00174-0
57. Bulcão LG. As Razões da Escola Médica : Sobre Professores e Seus Valores . Os Valores dos Médicos e os Impasses da Escola Médica. 2003;13(1):11-38.
58. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718-725. doi:10.1097/ACM.0000000000000700
59. Luke H. *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: "It's Not about the Stethoscope!"* Kluwer Aca. Kluwer Academic Publishers; 2003.
60. Mitchell B. Understanding Curriculum. *Asian J Humanit Soc Stud*. 2016;04(04):299-311. doi:10.4324/9781315411378-10
61. Pinto F de C, Fonseca LEG. O Currículo Oculto E Sua Importancia Na Formação Cognitiva E Social Do Aluno. *Projeção e Docência*. 2017;8:59-66.
62. Urroz Sanchotene M, Molina Neto V. Habitus Profissional, Currículo Oculto E Cultura Docente: Perspectivas Para a Análise Da Prática Pedagógica Dos Professores De Educação Física. *Pensar a Prática*. 2006;9(2). doi:10.5216/rpp.v9i2.173
63. Hafferty FW, Castellani B. The Hidden Curriculum: A Theory of Medical Education. In: Brosnan C, Turner BS, eds. *Handbook of the Sociology of Medical Education*. Routledge; 2009:319.
64. Nunes ED. Merton e a sociologia médica. *Hist Ciências, Saude - Manguinhos*. 2007;14(1):159-172. doi:10.1590/S0104-59702007000100008
65. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling—making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ*. 2008;336(7646):718-721. doi:10.1136/bmj.39503.757847.BE
66. Eikeland HL, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy - A qualitative study of third year medical students. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):1-8. doi:10.1186/1472-6920-14-165
67. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev Adm Pública*.

- 2006;40(1):27-55. doi:10.1080/10406026.2016.1129269
68. Setton M da GJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev Bras Educ.* 2002;20:60-70.
  69. Li D, Xu H, Kang M, Ma S. Empathy in Chinese eight-year medical program students: Differences by school year, educational stage, and future career preference. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):1-9. doi:10.1186/s12909-018-1348-2
  70. Paro HBMS, Daud-Gallotti RM, Tibério IC, Pinto RM, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: Psychometric properties and factor analysis. *BMC Med Educ.* 2012;12(1). doi:10.1186/1472-6920-12-73
  71. Hojat M. Jefferson Scale of Empathy (JSE) User Guide. Published online 2016:108.
  72. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res.* 2003;55(3):277-283. doi:10.1016/S0022-3999(02)00601-3
  73. Balbinotti MAA, Barbosa MLL. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. *Psico-USF.* 2008;13(1):1-12. doi:10.1590/s1413-82712008000100002
  74. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 2a ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
  75. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R, eds. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.* 33rd ed. Editora Vozes; 2013:108.
  76. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 1st ed. Almedina; 2016.
  77. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioética.* 2013;21(2):268-277. doi:10.1590/s1983-80422013000200010
  78. Feveile H, Olsen O, Hogh A. A randomized trial of mailed questionnaires versus telephone interviews: Response patterns in a survey. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:1-7. doi:10.1186/1471-2288-7-27
  79. Kellerman S. Physician response to surveys A review of the literature. *Am J Prev Med.* 2001;20(1):61-67. doi:10.1016/S0749-3797(00)00258-0
  80. HOJAT M, GONNELLA JS, NASCA TJ, MANGIONE S, VELOKSI JJ, MAGEE M. The Jefferson Scale of Physician Empathy. *Acad Med.* 2002;77(Supplement):S58-S60. doi:10.1097/00001888-200210001-00019
  81. Vallabaneni MK, Tailam G, Gade V, Mallepalli PKR. Empathy in medical students: A cross sectional comparative study. *Indian J Psychiatry.* 2016;58(5 Supplement 1):S92.

- <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed17&NEWS=N&AN=619588292>
82. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: It is possible. *Med Teach*. 2013;35(12):1002-1008. doi:10.3109/0142159X.2013.802296
  83. Kobayasi R, Tempski PZ, Arantes-Costa FM, Martins MA. Gender differences in the perception of quality of life during internal medicine training: A qualitative and quantitative analysis. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1-14. doi:10.1186/s12909-018-1378-9
  84. Bernardo MO, Cecilio-Fernandes D, Lima ARDA, et al. Investigating the relation between self-assessment and patients' assessments of physicians-in-training empathy: A multicentric, observational, cross-sectional study in three teaching hospitals in Brazil. *BMJ Open*. 2019;9(6):1-8. doi:10.1136/bmjopen-2019-029356
  85. Damiano RF, de Andrade Ribeiro LM, dos Santos AG, da Silva BA, Lucchetti G. Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiosity Among Brazilian Medical Students. *J Relig Health*. 2017;56(3):1003-1017. doi:10.1007/s10943-016-0321-9
  86. Parra Ramírez G de J, Cámara Vallejos RM. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investig en Educ Médica*. 2016;6(24):221-227. doi:10.1016/j.riem.2016.11.001
  87. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - Student version. *J Interprof Care*. 2011;25(4):287-293. doi:10.3109/13561820.2011.566648
  88. Piff PK, Kraus MW, Côté S, Cheng BH, Keltner D. Having less, giving more: The influence of social class on prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol*. 2010;99(5):771-784. doi:10.1037/a0020092
  89. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Med Educ*. 2020;54(6):571-581. doi:10.1111/medu.14138
  90. Chen DCR, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *J Gen Intern Med*. 2010;25(3):200-202. doi:10.1007/s11606-009-1193-4
  91. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10):1434-1438. doi:10.1007/s11606-007-0298-x
  92. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. 2008;83(3):244-249. doi:10.1097/ACM.0b013e3181637837

93. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? – A meta-analysis\*. *Med Teach*. 2019;0(0):1-10. doi:10.1080/0142159X.2019.1584275
94. Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, et al. Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Acad Med*. 2011;86(3):350-358. doi:10.1097/ACM.0b013e318209897f
95. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: A cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):52. doi:10.1186/1472-6920-11-52
96. von Harscher H, Desmarais N, Dollinger R, Grossman S, Aldana S. The impact of empathy on burnout in medical students: New findings. *Psychol Heal Med*. 2018;23(3):295-303. doi:10.1080/13548506.2017.1374545
97. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: A focus group study among medical students. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):13-15. doi:10.1186/s12909-015-0303-8
98. Hafferty FW. Socialization, professionalism, and professional identity formation. In: Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y, eds. *Teaching Medical Professionalism*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2016:54-67.
99. Amalba A, Abantanga FA, Scherpbier AJJA, van Mook WNKA. Community-based education: The influence of role modeling on career choice and practice location. *Med Teach*. 2017;39(2):174-180. doi:10.1080/0142159X.2016.1246711
100. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ*. 2007;7:1-9. doi:10.1186/1472-6920-7-29
101. Baime M, Shea J a. Variation of Mood and Empathy During Internship. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2002;287(23):3143-3146. doi:10.1001/jama.287.23.3143
102. MacArthur KR, Stacey CL, Harvey S, Markle J. The direct and indirect effects of clinical empathy on well-being among pre-medical students: a structural equation model approach. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):1-11. doi:10.1186/s12909-021-02838-x
103. Tuathaigh CMPO, Idris AN, Duggan E, Costa P. Medical students ' empathy and attitudes towards professionalism: Relationship with personality , specialty preference and medical programme. *PLoS One*. Published online 2019:1-15. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215675
104. Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: A cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):1-8. doi:10.1186/s12909-019-1485-2

105. Hojat M, Zuckerman M. Personality and specialty interest in medical students. *Med Teach.* 2008;30(4):400-406. doi:10.1080/01421590802043835
106. Park C, Lee YJ, Hong M, et al. A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590-597. doi:10.3346/jkms.2016.31.4.590
107. Giusti L, Mammarella S, Salza A, et al. Heart and Head: Profiles and Predictors of Self-Assessed Cognitive and Affective Empathy in a Sample of Medical and Health Professional Students. *Front Psychol.* 2021;12:632996. doi:10.3389/fpsyg.2021.632996
108. Mahoney S, Sladek RM, Neild T. A longitudinal study of empathy in pre-clinical and clinical medical students and clinical supervisors. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):1-8. doi:10.1186/s12909-016-0777-z
109. Pavlova A, Wang CXY, Boggiss AL, O'Callaghan A, Consedine NS. Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2022;37(4):900-911. doi:10.1007/s11606-021-07055-2
110. Walocha E, Tomaszewska IM, Mizia E. Empathy level differences between Polish surgeons and physicians. *Folia Med Cracov.* 2013;LIII(1):47-54.
111. Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-Validation of the Spanish HP-Version of the Jefferson Scale of Empathy Confirmed with Some Cross-Cultural Differences. *Front Psychol.* 2016;7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01002
112. Douglas AH, Acharya SP, Allery LA. Communication skills learning through role models in Nepal; what are medical students really learning? A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):1-10. doi:10.1186/s12909-021-03049-0
113. Haghdoost AA, Shakibi MR. Medical student and academic staff perceptions of role models: An analytical cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2006;6. doi:10.1186/1472-6920-6-9
114. Sun B, Luo Z, Zhang W, Li W, Li X. Age-related differences in affective and cognitive empathy: self-report and performance-based evidence. *Aging, Neuropsychol Cogn.* 2018;25(5):655-672. doi:10.1080/13825585.2017.1360835
115. Testerman JK, Morton KR, Loo LK, Worthley JS, Lamberton HH. The natural history of cynicism in physicians. *Acad Med.* 1996;71(10):S43-5. doi:10.1097/00001888-199610000-00040
116. Magalhães E, Costa P, Costa MJ. Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach.* 2012;34(10):807-812. doi:10.3109/0142159X.2012.702248

117. Laughey WF, Atkinson J, Craig AM, et al. Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture — a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. *Med Sci Educ.* 2021;31(6):1941-1950. doi:10.1007/s40670-021-01430-8
118. Von Knorring J, Semb O, Fahlström M, Lehti A. "It is through body language and looks, but it is also a feeling"- A qualitative study on medical interns' experience of empathy. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):1-8. doi:10.1186/s12909-019-1770-0
119. Sattar K, Yusoff MSB, Arifin WN, Yasin MAM, Nor MZM. Effective coping strategies utilised by medical students for mental health disorders during undergraduate medical education-a scoping review. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):1-13. doi:10.1186/s12909-022-03185-1
120. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Medicine as a Community of Practice: Implications for Medical Education. *Acad Med.* 2018;93(2):185-191. doi:10.1097/ACM.0000000000001826
121. Tempski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2012;12(1):1. doi:10.1186/1472-6920-12-106
122. Freire P. *Pedagogia Da Autonomia: Saberes Necessários a Prática Educativa.* 58th ed. Paz e Terra; 1997.
123. Singh S, Pai DR, Sinha NK, Kaur A, Soe H, Barua A. Qualities of an effective teacher: What do medical teachers think? *BMC Med Educ.* 2013;13(1):128. doi:10.1186/1472-6920-13-128
124. Weissman S. Faculty Empathy and the Hidden Curriculum. *Acad Med.* 2012;87(4):389. doi:10.1097/ACM.0b013e318248bf55
125. Almairi SOA, Sajid MR, Azouz R, Mohamed RR, Almairi M, Fadul T. Students' and Faculty Perspectives Toward the Role and Value of the Hidden Curriculum in Undergraduate Medical Education: a Qualitative Study from Saudi Arabia. *Med Sci Educ.* 2021;31(2):753-764. doi:10.1007/s40670-021-01247-5
126. Steinert Y, Mann K, Anderson B, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach.* 2016;38(8):769-786. doi:10.1080/0142159X.2016.1181851
127. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm.* 2009;31(4):412-450. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19385420>
128. Haramati A, Cotton S, Padmore JS, Wald HS, Weissinger PA. Strategies to promote resilience, empathy and well-being in the health professions: Insights from the 2015 CENTILE Conference. *Med Teach.* 2017;39(2):118-119. doi:10.1080/0142159X.2017.1279278

129. Steinert Y, Irby DM, Dolmans D. Reframing faculty development practice and research through the lens of adaptive expertise. *Med Teach*. 2021;43(8):865-867. doi:10.1080/0142159X.2021.1931081
130. Steinert Y, O'Sullivan PS, Irby DM. Strengthening Teachers' Professional Identities Through Faculty Development. *Acad Med*. 2019;94(7):963-968. doi:10.1097/ACM.0000000000002695