

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO - UNIFENAS

Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Henrique de Paiva

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA NOS MÉDICOS RESIDENTES DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO EM ALFENAS MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2018

Antonio Henrique de Paiva

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA NOS MÉDICOS RESIDENTES DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO EM ALFENAS MINAS GERAIS**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade
José do Rosário Vellano – UNIFENAS, como partes
das exigências para obtenção do título de mestre em
Ensino em saúde.**

Orientador: Prof. Dr. José Maria Peixoto

**Belo Horizonte
2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057(043.3)

P149a Paiva, Antonio Henrique de.

Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas Minas Gerais [manuscrito] / Antonio Henrique de Paiva. -- Belo horizonte, 2018.

45f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2018.

Orientador : Prof. Dr. José Maria Peixoto.

1. Empatia. 2. Educação médica. 3. Médicos residentes. I. Peixoto, José Maria. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

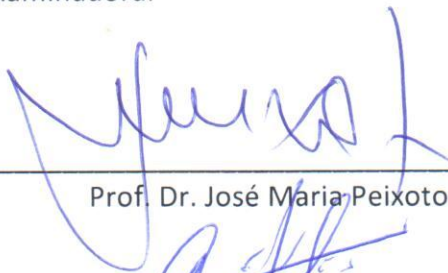
Certificado de Aprovação

“AVALIAÇÃO DA EMPATIA NOS MÉDICOS RESIDENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA
VELANO EM ALFENAS MINAS GERAIS”

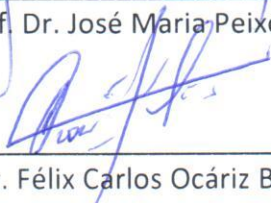
AUTORA: Antonio Henrique de Paiva

ORIENTADORA: Prof. Dr. José Maria Peixoto

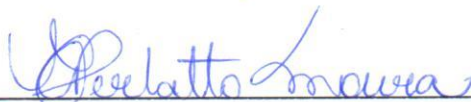
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Dr. José Maria Peixoto



Prof. Dr. Félix Carlos Ocariz Bazzano



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

Belo Horizonte, 28 de abril de 2018.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo, fará coisas admiráveis.”

(José Alencar)

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que ilumina e cuja força e graça diariamente me enchem.

Aos meus pais Jorge e Isabel, que todo amor me deram e tudo da vida me ensinaram.

A minha amada esposa Angelina e filhos, Liliam, Rodrigo, Mateus, Sabina, Samuel, Carem, Anita e minhas netas Helena e Eduarda, que também participaram deste projeto com muita abnegação e paciência.

Ao meu filho Mateus, que comigo participou como colega, estímulo constante para minha evolução profissional.

Ao meu sobrinho neto Marcus Odilon, colega sempre presente nos nossos encontros de aperfeiçoamento profissional.

Ao meu estimado orientador, mais que isso, um amigo, pessoa ímpar, íntegro, educado, conhecedor e um profissional muito competente, Prof. Dr. José Maria Peixoto.

A minha querida amiga, colega Profa. Maria Natália Andrade, que comigo esteve neste período e compartilhou conosco de todo o processo de montagem de nosso projeto.

Aos meus estimados Residentes, pois somente com a colaboração de vocês, foi possível a realização deste projeto.

A minha residente de Pediatria Marcela, minha companheira, cujo tema escolheu também para realização de seu TCC de conclusão do curso de especialização.

Ao meu estimado mestre e sempre amigo, Prof. Dr. Félix Ocariz Bazzano, sempre ensinando e me orientando em minha caminhada profissional.

A nossa “UNIFENAS”, que tornou possível a realização deste projeto pessoal e institucional, espero poder colaborar e enriquecer o quadro profissional desta amada instituição.

RESUMO

Introdução: Muito se discute a importância da empatia na relação médico paciente. Poucos estudos avaliaram esta habilidade em médicos residentes (MR's). **Objetivo:** Avaliar a empatia dos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV), por meio da Escala Jefferson de Empatia Médica (EJEM), que fornece 4 tipos de escores: Empatia Geral (EG); Tomada de Perspectiva do Doente (TP); Compaixão (CP) e Capacidade de Colocar-se no Lugar do outro (LO). **MÉTODOS:** A EJEM é um questionário sociodemográfico, foram aplicados em 36 MR's do HUAV no início do 2º semestre de 2016, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A análise estatística pelo *teste de Mann-Whitney* mostrou que os escores de empatia apresentaram associação em relação às variáveis: sexo, área de atuação (clínica ou cirúrgica), período da residência em curso. Para a variável sexo, os seguintes achados foram encontrados: 1) MR's do sexo feminino do 1º ano apresentaram escores de EG maiores que as MR's no $\geq 2^\circ$ ano ($p=0.01$); 2) MR's do sexo feminino do 1º ano apresentaram escores de TP maiores que as MR's do $\geq 2^\circ$ ano ($p=0.03$). Em relação à área de atuação, foi encontrado: 1) os escores de EG dos MR's do 1º ano eram maiores comparados aos MR's no $\geq 2^\circ$ ano, tanto para a área clínica ($p=0,03$) como para a cirúrgica ($p=0,02$); 2) MR's da área cirúrgica apresentaram escores de TP mais elevados no 1º ano em relação aos MR's no $\geq 2^\circ$ ano ($p= 0,01$). Nenhuma associação aos fatores estudados foi observada para os escores CP e LO. **Conclusão:** Os dados demonstram que os escores de empatia dos MR's dos anos finais são menores em relação aos MR's do 1º ano, fato verificado também para MR's do sexo feminino. Nossos dados comungam as observações da literatura e evidenciam a importância do desenvolvimento de estratégias instrucionais para o ensino da empatia entre médicos residentes.

Palavras chave: Empatia. Educação médica. Médicos residentes.

ABSTRACT

Introduction: Much is discussed about the importance of empathy in the patient physician relationship. Few studies have evaluated this ability in resident physicians (RPs). **Objective:** To evaluate the empathy of the resident physicians of the University Hospital Alzira Velano (HUAV), through the Jefferson Scale of Medical Empathy (EJEM), which provides 4 types of scores: General Empathy (EG); Patient Perspective (TP); Compassion (CP) and Ability to Put in Place the Other (LO). **Methods:** EJEM and a socio-demographic questionnaire were applied to 36 MRs of the HUAV at the beginning of the second semester of 2016, after signing the informed consent form. **Results:** Statistical analysis by the Mann-Whitney test showed that empathy scores were associated with variables: sex, area of performance (clinical or surgical) and period of residence in progress. For the sex variable, the following findings were found: 1) Female RPs of the 1st year had higher EG scores than the RPs in the ≥ 2 nd year ($p = 0.01$); 2) RP's females of 1st year had higher TP scores than RPs of ≥ 2 nd year ($p = 0.03$). Regarding the area of performance, 1) the EG scores of the 1st year RPs were higher compared to the RPs in the ≥ 2 nd year, both for the clinical ($p = 0.03$) and for the surgical area ($p = 0.02$); 2) RPs of the surgical area had higher TP scores in the 1st year compared to RPs in the ≥ 2 nd year ($p = 0.01$). No association to the factors studied was observed for CP and LO scores. **Conclusion:** The data show that the empathy scores of the RPs of the final years are lower in relation to the RPs of the 1st year, a fact also verified for female RPs. Our data share the observations of the literature and show the importance of the development of instructional strategies for the teaching of empathy among resident physicians.

Keywords: Empathy. Medical education. Resident physicians.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Análise descritiva das características sociodemográficas dos participantes e questões avaliadas pelo questionário aplicado.....	18
Tabela 2	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período de residência em curso e sexo....	20
Tabela 3	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores Residência em curso e Sexo.....	20
Tabela 4	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e uso de bolsa de estudos.....	21
Tabela 5	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e uso de bolsa de estudos.....	21
Tabela 6	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e área de atuação médica.....	22
Tabela 7	- Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e área de atuação médica.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

ACF	Análise Fatorial Complexa
ANOVA	Análise de variância
CARE	Consultation and Relational Empathy
DP	Desvio padrão
E	Escore
EC	Escore de Compaixão
ECCLLO	Escore da Capacidade de colocar-se no lugar do outro
ECS	Escala Ciência de Saúde
EEG	Escore de Empatia geral
EMRi	Escala de reatividade multidimensional interpessoal
ETPD	Tomada de perspectiva do doente
HUAV	Hospital Universitário Alzira Velano
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPE	Jefferson Scale of physician's Empathy
LSD	Least significant difference
MR	Médico residente
MR'S	Médicos residentes
PPOS	Paciente Praticitioner Orientation Scale
R	Residência
RM	Residência médica
SPSS	Statisc Packge for Socieres

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
3.1	Objetivo geral	14
3.2	Objetivos Específicos	14
4	METODOLOGIA	15
4.1	Desenho do Estudo	15
4.2	População	15
4.3	Critérios de inclusão	15
4.4	Critérios de exclusão	15
4.5	Coleta de dados	15
4.6	Plano de Análise estatística dos dados	16
5	RESULTADOS	18
5.1	Descrição dos residentes pesquisados	18
5.2	Avaliação dos escores de empatia dos residentes	19
5.2.1	<i>Escores de empatia e “gênero”</i>	19
5.2.2	<i>Escores de empatia e “uso de bolsa de estudo”</i>	21
5.2.3	<i>Escores de empatia e “área de atuação” (clínica ou cirúrgica)</i>	22
6	DISCUSSÃO	24
6.1	Escores da JSPE versus gênero e período da residência em curso	24
6.2	Escores da JSPE versus área de atuação e período da residência em curso	25
6.3	Escores da JSPE versus bolsa de estudos e período da residência em curso	26
6.4	Escores de Compaixão e da Capacidade de Colocar-se no Lugar do Outro	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXOS	32
	APENDICES	34

1 INTRODUÇÃO

Desde o momento em que tive a oportunidade do convívio com os residentes na pós-graduação, sempre me preocupei em lhes oferecer um sólido conhecimento técnico científico, contribuindo, assim, com a capacitação profissional de qualidade. Com o passar dos anos, acompanhando a evolução das metas propostas da pós-graduação no curso de residência médica, fui atingido por uma preocupação, que vem se acentuando a cada ano de especialização - a percepção de que falta algo mais a ser explorado ou ensinado, se assim for possível, no aperfeiçoamento profissional de nossos residentes: as habilidades afetivo-emocionais. Afinal, segundo Moreto (2015), ser médico é, antes de tudo, uma harmonia proporcionada de ciência e arte em medidas equivalentes. O que leva ao detrimento de um e outro (arte e ciência) não tem como resultado apenas a baixa qualidade do profissional médico, mas atinge a sua própria essência (BLASCO, 2012).

Muito se discute a respeito da importância da habilidade da empatia na relação médico-paciente e sobre os métodos pedagógicos por meio dos quais essa habilidade pode ser ensinada e praticada durante o período de formação profissional em estudantes de medicina. É bastante marcante a situação do médico residente em seu processo de formação e como ele utiliza a empatia nas inúmeras oportunidades que se apresentam durante o período de especialização para a construção da relação médico-paciente.

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais estudadas na atualidade é a pedra angular de um comportamento ético e humanizado. No meio médico, a empatia tem sido considerada um elemento essencial em qualquer estratégia de humanização (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009). Saber desenvolver relacionamentos interpessoais significativos entre pacientes e médicos é de suma importância até mesmo para o aperfeiçoamento clínico (HOJAT et al., 2002a). A palavra empatia tem origem grega *empathéia* e significa apreciação aos sentimentos de outra pessoa. Somente após 1918, Elmer e Southard utilizaram o conceito para situá-lo no contexto da relação médico-paciente, como facilitador do diagnóstico e da terapêutica (HOJAT et al., 2007).

O conceito de empatia é multidimensional e complexo, sendo visualizado de formas distintas por diversos autores como um traço de personalidade, um atributo cognitivo, ou como uma característica que envolve a capacidade de o médico compreender o paciente e lhe transmitir essa compreensão (HEMMERDINGER; LILFORD, 2007; HOJAT et al., 2001). A empatia se refere à dimensão cognitiva da compreensão do médico sobre as experiências do paciente, diferindo-se do conceito de “simpatia” (MAGALHÃES et al., 2010). Existem inúmeras outras definições para empatia que se completam, mas possuem sentidos e aplicações diferentes. Alguns autores consideram que a empatia carrega em si um rastro de ambiguidade e de dificuldade conceituais (HOJAT et al., 2005).

A habilidade da empatia tem sido tratada na literatura como tendo dois componentes: um afetivo e outro cognitivo. O componente afetivo é baseado nas emoções, na capacidade do profissional de sentir as experiências do paciente, enquanto o componente cognitivo inclui a habilidade do profissional de entender e de articular a perspectiva do paciente. Logo podemos entender a empatia como a capacidade multidimensional que abrange componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (DAVIS, 2009).

A empatia é um símbolo das profissões que cuidam da saúde, não estando limitada aos profissionais do contato diário como os enfermeiros, mas englobando sobretudo os profissionais que diagnosticam e tratam (LARSON; YAO, 2005). A relação médico-paciente vai além do encontro rotineiro entre o médico e o paciente, durante o qual ocorrem perguntas, o exame físico, e a prescrição de medicamentos. Uma boa relação médico-paciente traz benefícios gerais como melhorias nos resultados clínicos (POLLAK et al., 2007), menor queixa por parte do paciente (RODRIGUES et al., 2008), maior satisfação do paciente no trato com seu médico responsável e deixa o paciente mais seguro a informar com mais clareza seus sintomas e dúvidas (HALPERN, 2001).

Apesar da importância da habilidade da empatia em médicos, tem sido constatado que, entre os estudantes de medicina, esta habilidade tende a decrescer exatamente no momento no qual os estudantes começam a atender pacientes e, portanto, iniciam um contato real na atividade clínica. Hojat et al. (2009), tentando identificar o momento durante a graduação em que ocorre a erosão da empatia, desenvolveu um estudo na *Jefferson Medical College* em estudantes do 1º, 2º 3º e 4º ano do curso de medicina durante o período de 2002 a 2004, e

identificou considerável erosão da empatia, a partir do final do 3º ano da graduação. Outros estudos também identificaram esse declínio no escore de empatia, entre os graduandos do 3º ano de medicina comparado com os anos que iniciaram o curso (CHEN et al., 2007).

O período de residência médica envolve uma mescla de habilidades técnicas e pessoais, remetendo à sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e transmitidas pelo paciente ao longo do tempo (COSTA; AZEVEDO, 2010). A redução da empatia também foi observada nos poucos trabalhos conduzidos com médicos residentes (HOJAT et al., 2002a).

Vemos, portanto, que, durante o período de formação do médico, os estudos têm demonstrado uma redução da empatia, do início ao final da graduação, um processo de *desumanização do paciente*. Assim, os pacientes perdem sua identidade e passam a ser tratados pelos seus diagnósticos ou leitos (PERESTRELLO, 1996). Pelos motivos apresentados, constata-se a necessidade do desenvolvimento de qualidades humanísticas em estudantes de medicina, como apontam Hornblow, Kidson e Ironside (1988).

Para avaliar a empatia, alguns instrumentos foram desenvolvidos; dentre estes, o *Interpersonal Reactivity Index* (DAVIS, 1983); outros instrumentos para a avaliação do desenvolvimento de avaliação da empatia poderiam ser citados, tais como *The Hogan Empathy Scale* (HOGAN, 1969) e *Emotional Empathy* (MEHRABIN; EPSTEIN, 1972), como *Cosultation and Relational Empathy*(CARE) (MERCER et al., 2004), esta última já validada para estudantes (MAGALHÃES et al., 2010; AGUIAR et al., 2009), a *Escala Jefferson de Empatia Médica – versão para estudantes* (JSPE-vs), sendo esta última focada para o contexto médico e validada para 25 idiomas, amplamente divulgada na literatura como adequada para a aferição de empatia em contextos clínicos (COSTA; AZEVEDO, 2010 e HOJAT et al., 2001).

A *Escala Jefferson de Empatia Médica* (JSPE) que explora três fatores: a tomada de perspectiva pode ser considerada, segundo Hojat et al. (2002a), o ingrediente chave da empatia refere-se à capacidade de o médico compreender o que experiência, pensa e sente o paciente a partir do quadro de referência do mesmo e da sua perspectiva, tentando compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal e como componente importante do

relacionamento de um médico com os seus pacientes e a capacidade do profissional de se colocar no lugar do paciente (HOJAT; LANOUE, 2014). Pelo fato de as pessoas serem diferentes, é difícil para o médico ver as coisas da perspectiva dos pacientes. Essa dimensão avalia o quanto é difícil para o respondente colocar-se no lugar do outro como se fosse o outro (HOJAT et al., 2001; HOJAT et al., 2002b) e, finalmente, a dimensão da Compaixão, que designa uma combinação entre empatia com grau de suficiência de simpatia, em que parece haver partilha entre os intervenientes. A Escala foi validada para a língua portuguesa, em um trabalho realizado em 307 estudantes de medicina da escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em Portugal (MAGALHÃES et al., 2010). O ponto de corte sugerido para identificar baixos escores foi menor ou igual a 95 para homens e menor ou igual a 100, para mulheres. (HOJAT; GONNELA, 2015).

O interesse por estudar a empatia na atividade da residência médica do Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV) foi motivado pela observação do comportamento de seus residentes e pela escassa literatura que norteia as sensações observadas em relação ao assunto abordado de maneira geral, bem como em suas causas fundamentais.

2 JUSTIFICATIVA

Devido à importância do comportamento empático na prestação de serviços de saúde, conhecer como a habilidade da empatia evolui durante o processo de formação dos médicos residentes e os fatores relacionados a um maior ou menor desenvolvimento desta habilidade permitirá refletir nossas ações como preceptores e poderá contribuir para o planejamento de atividades instrucionais capazes de facilitar o desenvolvimento dessa habilidade nos médicos residentes do HUAV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar escore de empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano, utilizando-se a *Escala Jefferson de Empatia Médica*.

3.2 Objetivos Específicos

Avaliar os escores de empatia, entre os residentes, a influência de acordo com ano de residência, gênero, especialidade em curso e fatores sociodemográficos que possam aparecer neste escore.

Avaliar a evolução do escore de empatia da residência do início para o final do programa de residência médica.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo transversal, no qual a Escala de autorrelato, *Escala Jefferson de Empatia Médica*, (ANEXO A) e o questionário sociodemográfico (ANEXO B) foram respondidos pelos residentes do HUAV no início do 2º semestre de 2016, após a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C).

4.2 População

O universo de pesquisa foi a totalidade dos residentes em curso no segundo semestre de 2016 no HUAV. O HUAV possui programa de residência médica que apresenta durações diferentes nas seguintes áreas: Clínica Médica (2 anos); Pediatria (2 anos); Ginecologia e Obstetrícia (3 anos); Cirurgia (2 anos); Radiologia (3 anos); Anestesiologia (3 anos); Neurocirurgia (5 anos); Ortopedia (3 anos), totalizando 36 residentes em atividade.

4.3 Critérios de inclusão

O critério de inclusão foi ser médico residente em atividade no Hospital Universitário Alzira Velano e assinar TCLE no momento da aplicação do estudo.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos que se encontravam de férias ou afastados por outros motivos e aqueles que não assinaram o TCLE

4.5 Coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se questionário autorrespondível, contendo questões socio-demográficas e a Escala de Jefferson *Scale of Physician Empathy*, validada para a língua portuguesa, (MAGALHÃES et al., 2010). Trata-se de um instrumento com 20 itens, respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert*, de 7 pontos (1=discordo fortemente e 7 =

concordo fortemente). Essa escala tem pontuação máxima de 140 pontos (20x7), possui os itens de 1 a 10 redigidos na forma afirmativa e os itens de 11 a 20, na forma negativa, portanto, para a obtenção do escore final, as pontuações na forma negativa devem ser invertidas, antes de serem somadas. A JSPE fornece 4 escores relacionados à empatia (HOJAT, 2001): o escore de Empatia Geral (EEG), obtido pela média da soma dos escores dos 20 itens da escala; o escore Tomada de Perspectiva do doente (ETPD), obtido pela média da soma dos itens de 1 a 10; o escore de Compaixão (EC), obtido pela média da soma dos itens 11 a 16 e o Escore da Capacidade de Colocar-se no Lugar do Outro (ECCLLO), obtido pela média da soma dos itens de 17 a 20. Foram publicadas as normas e os pontos de corte para homens e para mulheres (baixa empatia: $\leq M-1.5DP$; empatia elevada: $\geq M+1.5DP$), em estudo realizado com uma amostra de 2637 estudantes de medicina (HOJAT; GONNELA, 2015). As distribuições de pontuação do JSPE tendem a ser moderadamente distorcidas. As mulheres obtiveram um escore médio significativamente maior ($116,2 \pm 9,7$) do que os homens ($112,3 \pm 10,8$) no JSE-S ($t_{2,635} = 9,9$, $p < 0,01$). Sugeriu-se que as classificações de percentil possam ser usadas como dados da norma de *proxy*. A tentativa de pontuação de corte para identificar baixo escore foi ≤ 95 para homens e ≤ 100 para mulheres. Lembrando que os dados acima referidos são dados de referência do trabalho original de validação da escala.

Na versão brasileira da *Jefferson Scale of Empathy*, propriedades psicométricas e análise fatorial foram adaptadas da versão portuguesa, no qual alfa de *cronbach*, a análise do fator exploratório, a correlação total do item e as comparações do gênero foram realizadas para verificar a confiabilidade e a validade da escala (PARO et al., 2012). Seus resultados confirmaram a validade da construção dos três fatores: escore tomada perspectiva do doente (Fator I) com 10 itens; escore compaixão (Fator II) 08 itens e capacidade de colocar-se no lugar do outro (Fator III) com 2 itens, com um alfa de *cronbach* igual a 0,84, em que valores superiores a 0,7 foram considerados satisfatórios. As pontuações variam de 20 a 140 pontos, com valores maiores que significam maior empatia (HOJAT et al., 2007). A confiabilidade de consistência interna da escala original foi determinada pelos coeficientes alfa de *cronbach* para residentes de 0,87 (PARO et al., 2012).

4.6 Plano de Análise estatística dos dados

Para a confecção do banco de dados, as informações foram coletadas e digitadas em uma planilha, utilizando-se o programa do *excel*. Os resultados foram avaliados por intermédio do *software* SPSS 10. Com o objetivo de comparar os escores da JSPE entre os médicos residentes do primeiro ano (R1), e os médicos residentes dos últimos anos de residência (R2, R3 e R4), e considerando o pequeno número de residentes do 3º e 4º ano, optamos por criar dois grupos de residentes: um formado pelos residentes do 1º ano de residência (R1) e outro, formado pelos residentes cursando os últimos anos de seus programas (R2 a R4).

A análise descritiva das características da amostra foi realizada a partir da distribuição de frequência das variáveis categóricas. Foi utilizado do teste *qui-quadrado* para a análise de variáveis categóricas. Para avaliar o efeito da influência dos fatores ano de residência, residência em curso, gênero e outros dados do questionário sociodemográfico nas médias dos escores de empatia, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) baseada num modelo com 2 fatores. Quando a análise indicou a influência significativa de um ou mais fatores com 3 categoriais ou mais ou mesmo uma ou mais interações, utilizou-se o teste de comparações múltiplas de médias *Least Significant Difference* (LSD). Quando os pressupostos para utilização do teste *t de student* e/ou ANOVA (fatores com 2 categorias) para amostras independentes, neste presente estudo, não foram aceitos e/ou a variável não apresentou distribuição normal, o teste de *Mann-Whitney* foi aplicado.

Os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($P \leq 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição dos residentes pesquisados

A amostra foi composta por 36 médicos residentes, com idade média de $27,6 \pm 2,3$ anos. Em relação ao período da residência em curso, 17 residentes se encontravam no 1º ano (R1); 11, no 2º ano (R2); 7, no 3º ano (R3) e um, no 4º ano (R4). A TAB. 1 apresenta uma análise descritiva dos dados sociodemográficos destes e questões de interesse avaliadas pelo questionário aplicado.

Tabela 1 - Análise descritiva das características sociodemográficas dos participantes e questões avaliadas pelo questionário aplicado

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Gênero		Estado civil	
Feminino	19(52,8)	Casado/relação estável	7(19,4)
Masculino	17(47,2)	Solteiro	29(80,6)
Área da residência médica?		Raça	
Clínica Médica	4(11,1)	Branca	32(88,9)
Pediatria	7 (19,5)	Parda	3(8,30)
Ginecologia e Obstetrícia	3 (8,3)	Amarela	1(2,8)
Radiologia	2 (5,6)	Bolsa de estudo?	
Clínica cirúrgica	5 (13,9)	Sim	15(41,7)
Anestesia	8 (22,2)	Não	21(58,30)
Neurocirurgia	4 (11,1)	Renda familiar estimada	
Ortopedia	3 (8,3)	< 5 salários mínimos	6(17,1)
Motivo da área escolhida?		5 a 20 salários mínimos.	23(65,7)
Econômica	1 (2,9)	> 20 salários mínimos	6(17,1)
Vocacional	26 (76,5)	Doença crônica pessoal?	
Área que mais se adapta	7(20,6)	Sim	5(13,9)
Regular no curso?		Não	31(86,1)
Sim	36(100)	Doença crônica familiar?	
Não	0 (0)	Sim	19(52,8)
Outra graduação em saúde?		Não	17(47,2)
Sim	3 (8,3)	Acredita em Deus?	
Não	33 (91,7)	Sim	36(100)
		Não	0(0)

Base de dados: 36 residentes; n = número de residentes; % = percentual

Verificou-se que 41,7% dos participantes fizeram uso de algum tipo de bolsa de estudos durante o período da graduação; 86,1% dos participantes não possuem experiência pessoal com doença crônica e 52,8% possuem experiência familiar com doença crônica familiar. Em relação à renda familiar, verificou-se que 17,1% informaram renda menor que 5 salários mínimos; 65,7% informaram renda entre 5 a 20 salários mínimos e 17,1% relataram renda acima de 20 salários mínimos.

A análise estatística pelo *teste Qui-quadrado de Pearson* não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de residentes (R1) e (R2 a R4), em relação às variáveis gênero ($p=0,50$), uso de bolsa de estudos ($p=0,53$) e área de atuação clínica ou cirúrgica ($p= 0,55$). A distribuição dos residentes em relação a essas variáveis em cada um dos grupos foi semelhante.

Em relação ao uso de bolsa de estudos, os resultados mostram que não existe associação estatisticamente significativa ($p \geq 0,05$) entre o ano de residência e o uso de bolsa de estudos, portanto a distribuição do uso de bolsa de estudos é semelhante entre os residentes R1 e residentes de R2 a R4. Também, na avaliação da associação entre ano de residência e área de atuação escolhida, pode-se afirmar que a proporção de gênero, uso de bolsa e área de atuação escolhida apresentam características semelhantes entre os residentes R1 e os residentes de R2 a R4.

5.2 Avaliação dos escores de empatia dos residentes

5.2.1 Escores de empatia e “gênero”

A análise estatística pelo *teste de Mann-Whitney* não encontrou diferença significativa para o EEG entre os residentes do sexo masculino e feminino tanto no grupo R1 ($p=0,31$) como no grupo R2 a R4 ($p=0,90$). Porém, ao comparar os escores do grupo R1 com o grupo R2 a R4, os resultados mostram que existe diferença significativa entre os residentes do sexo feminino, em que as residentes R1 apresentam EEG significativamente maior do que as residentes R2 a R4, TAB. 2.

Tabela 2 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período de residência em curso e gênero.

Gênero	Período da residência em curso	N	Medidas descritivas					
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	p
Masculino	R1	7	6,15	0,99	6,00	6,25	6,85	0,30
	R2 a R4	10	5,81	0,91	5,06	6,08	6,56	
Feminino	R1	10	6,67	0,27	6,53	6,73	6,88	0,01
	R2 a R4	9	5,77	1,09	4,68	6,10	6,58	

Nota: Base de dados: 36 residentes; p = teste de *Mann-Whitney*

O mesmo padrão foi observado para o ETPD, ou seja, não foi encontrada diferença significativa entre os residentes do gênero masculino e feminino tanto no grupo de R1 ($p = 0,42$) como no grupo R2 a R4 ($p = 0,90$). Porém, ao comparar os escores do grupo R1 com os do grupo R2 a R4, os resultados mostram que existe diferença significativa entre estes grupos somente para o gênero feminino, sendo que as residentes R1 apresentam estes escores significativamente maiores do que as residentes R2 a R4, TAB. 3.

Tabela 3 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores Residência em curso e gênero.

Gênero	Período da residência em curso	N	Medidas descritivas					
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	P
Masculino	R1	7	6,43	0,56	5,80	6,60	7,00	0,31
	R2 a R4	10	5,84	1,05	4,95	6,15	6,65	
Feminino	R1	10	6,75	0,21	6,58	6,75	6,93	0,03
	R2 a R4	9	6,00	0,92	5,60	6,10	6,70	

Nota: Base de dados: 36 residentes; p = teste de *Mann-Whitney*

Para o EC, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os residentes do gênero masculino e feminino no grupo R1 ($p=0,67$) e no grupo R2 a R4 ($p=0,60$). Também não houve diferença significativa ao comparar os escores de EC dos residentes do grupo R1 aos residentes do grupo R2 a R4 tanto em relação ao sexo masculino ($p=0,42$) como ao gênero feminino ($p=0,55$). Em relação ao ECCLD, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada, entre os residentes do gênero masculino e feminino no grupo R1 ($p=0,47$) e no grupo R2 a R4 ($p=0,60$). Também não houve diferença significativa ao

comparar esses escores entres os grupos R1 e R2 a R4 em relação ao gênero masculino ($p=0,96$) ou feminino ($p=0,21$).

5.2.2 Escores de empatia e “uso de bolsa de estudo”

Em relação ao uso de bolsa de estudos, não foi identificada diferença significativa entre os residentes que usaram bolsa de estudo ou não, em relação ao EEG, tanto no grupo R1 ($p=0,20$), quanto no grupo R2 a R4 ($p=0,34$). O mesmo foi observado para o ETPD, ou seja, o uso ou não de bolsa de estudos foi semelhante nos grupos de R1 ($p=0,37$) e de R2 a R4 ($p=0,84$). As TAB. 4 e 5 demonstram que houve diferença significativa entre os residentes que não fizeram uso de bolsa de estudos e o período da residência em curso, em relação ao EEG e ao ETPD, em que se observa que o grupo R1, que não usou bolsa de estudos, apresenta escores significativamente maiores quando comparados aos do grupo R2 a R4, que fizeram uso de bolsa de estudos.

Tabela 4 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e uso de bolsa de estudos.

Uso de bolsa de estudos	Período da Residência em curso	N	Medidas descritivas					p
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	
Sim	R1	8	6,23	0,90	6,18	6,45	6,73	0,07
	R2 a R4	7	5,57	0,98	4,65	6,05	6,40	
Não	R1	9	6,66	0,37	6,38	6,85	6,90	0,00
	R2 a R4	12	5,92	0,98	5,49	6,35	6,59	

Nota: Base de dados: 36 residentes; p = teste de *Mann-Whitney*

Tabela 5 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e uso de bolsa de estudos.

Uso de bolsa de estudos	Período da Residência em curso	N	Medidas descritivas					p
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	
Sim	R1	8	6,53	0,45	6,18	6,65	6,93	0,23
	R2 a R4	7	5,83	1,01	5,20	5,80	7,00	
Não	R1	9	6,70	0,38	6,55	6,80	6,95	0,01
	R2 a R4	12	5,97	0,98	5,80	6,30	6,60	

Nota: Base de dados: 36 residentes; p = teste de *Mann-Whitney*

Para o EC, nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os residentes que usaram ou não bolsa de estudos, tanto no grupo R1 ($p=0,20$) como no grupo R2 a R4 ($p=0,34$). Também não houve diferença significativa entre os grupos de residentes R1 e R2 a R4 em relação ao uso ou não de bolsa de estudos ($p=0,34$) ou feminino ($p=0,22$).

Em relação ao ECCLLO, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os residentes que usaram ou não bolsa de estudos, tanto no grupo R1 ($p=0,20$) como no grupo R2 a R4 ($p=0,30$). Também não houve diferença significativa entre os grupos de residentes R1 e R2 a R4 em relação ao uso ou não de bolsa de estudos ($p=0,61$) ou feminino ($p=0,10$).

5.2.3 Escores de empatia e “área de atuação” (clínica ou cirúrgica)

Com relação à área de atuação escolhida, não houve diferença estatisticamente significativa entre os residentes que escolheram a cirúrgica e aqueles que escolheram a clínica, no que se refere ao Escore de Empatia Geral, tanto para o grupo R1 ($p=0,67$), quanto para o grupo R2 a R4 ($p=0,42$). Porém o grupo de residentes R1 apresentou EEG significativamente maior do que o dos residentes R2 a R4, em ambas as áreas de atuação em relação à residência em curso (TAB. 6).

Tabela 6 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Empatia Geral” dos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e área de atuação médica

Área de atuação escolhida	Período da Residência em curso	N	Medidas descritivas					
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	p
Cirurgia	R1	10	6,33	0,87	6,04	6,73	6,85	
	R2 a R4	13	5,60	1,09	4,33	5,95	6,58	0,02
Clínica	R1	7	6,64	0,28	6,30	6,65	6,95	0,03
	R2 a R4	6	6,20	0,46	5,91	6,30	6,56	

NOTA: Base de dados: 36 residentes; p = teste de Mann-Whitney

Quanto ao ETPD, o resultado mostra que não existe diferença estatisticamente significativa entre os residentes que escolheram a cirurgia e aqueles que escolheram a clínica, tanto no para o grupo R1($p=0,67$) como para o grupo R2 a R4 ($p=0,13$). Observou-se diferença significativa entre os residentes da cirurgia em relação ao período da residência em curso, em

que os residentes R1 apresentaram esses escores maiores do que os dos residentes R2 a R4, TAB. 7.

Tabela 7 - Medidas descritivas e comparativas do escore de “Tomada de Perspectiva do Doente” pelos residentes em relação aos fatores período da residência em curso e área de atuação médica

Área de atuação escolhida	Período da Residência em curso	N	Medidas descritivas					p
			Média	d.p.	Q ₁	Mediana	Q ₃	
Cirurgia	R1	10	6,59	0,40	6,33	6,70	6,93	0,01
	R2 a R4	13	5,69	1,03	4,70	6,10	6,50	
Clínica	R1	7	6,66	0,45	6,60	6,70	7,00	0,53
	R2 a R4	6	6,40	0,64	5,70	6,70	6,85	

NOTA: Base de dados: 36 residentes; $p =$ teste de Mann-Whitney

Para o EC, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os residentes e a área de atuação médica em curso (clínica e cirúrgica), tanto no grupo R1 ($p=0,74$) como no grupo R2 a R4 ($p=0,64$). O EC também não apresentou diferença significativa entre os grupos de residentes R1 e R2 a R4 em relação à área de atuação cirurgia ($p=0,45$) ou clínica ($p=0,37$).

Em relação ao ECCLLO, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi identificada entre os grupos de residentes e área de atuação médica (clínica e cirúrgica), tanto no grupo R1 ($p=0,60$) como no grupo R2 a R4 ($p=0,10$). O ECCLLO também não apresentou diferença significativa entre os grupos de residentes R1 e R2 a R4 em relação à área de atuação cirurgia ($p=0,65$) ou clínica ($p=0,30$).

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar os escores de empatia, por meio da Jefferson Scale of physician's Empathy (JSPE), entre os médicos residentes do HUAV, verificando como evoluem e procurando identificar fatores que possam influenciá-los. Dos fatores sociodemográficos avaliados, os únicos que se relacionaram aos escores da JSPE e apresentaram diferenças significativas foram gênero; uso de bolsa de estudos; área de atuação na residência (clínica ou cirúrgica) e período da residência em curso.

6.1 Escores da JSPE *versus* gênero e período da residência em curso

O presente trabalho não encontrou diferença para os EEG e ETPD entre os médicos residentes do gênero masculino e feminino tanto nos anos iniciais como nos anos finais do curso. Observou-se que esses escores eram maiores entre as mulheres nos anos iniciais da residência em relação àquelas que se encontravam a partir do 2º ano de residência. Hojat e Gonella (2015), estudando 2637 estudantes em que número de participantes eram semelhantes em relação ao gênero e utilizando a JSPE, observaram escore de empatia maior no gênero feminino. De forma geral, neste estudo, as mulheres obtiveram escores mais elevados do que os dos homens. Contudo esse achado não é unânime. Estudo realizado em três hospitais na cidade de Roma, utilizando a JSPE em 289 médicos de diferentes especialidades e em várias fases da carreira, não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros, a especialidade e a fase da carreira (DI LILLO et al., 2009). Foi verificada, entre as mulheres, uma maior capacidade de identificar, de compreender e de expressar estados que envolvem emotividade. Essa habilidade, relacionada à capacidade de perceber sinais não verbais (expressão facial, movimentação corporal) está diretamente relacionada com a relação empática (HOJAT et al., 2007). A diferença da empatia nos diferentes gêneros tem sido relatada por diversos autores, sendo isso explicado mais como uma diminuição da empatia nas mulheres e não como o aumento desta nos homens (ARNOLD; MARTIN; PARKER, 1988; DUFORT; MAHEUX, 1995), fato observado no presente estudo, no qual não houve predominância de gênero na maioria das especialidades. Além disso, a atenuação da empatia pode ser explicada pela influência de fatores negativos, tais como a falta de modelo, o aumento progressivo de conteúdo técnico a ser ensinado, o ambiente hostil de trabalho, o medo de cometer erros, o curriculum exigente, o pouco sono (HOJAT et al., 2009).

6.2 Escores da JSPE *versus* área de atuação e período da residência em curso

Este estudo não encontrou diferença para os EEG e ETPD entre os médicos residentes que optaram por uma área clínica ou cirúrgica para a amostra total. Observou-se que o EEG dos médicos residentes nos anos iniciais era maior que os encontrados nos residentes a partir do 2º ano, independentemente da área de atuação. Para o ETPD, apenas entre os residentes da área cirúrgica esse fato foi observado, ou seja, os escores dos residentes dos anos iniciais eram maiores que os escores dos residentes a partir do 2º ano. Muitos estudos têm mostrado uma diminuição significativa nos escores de empatia com o passar dos anos de graduação, com poucos trabalhos avaliando a empatia por área de atuação em médicos residentes. Moreto (2015) comparou a empatia, utilizando a JSPE e a escala de reatividade multidimensional interpessoal (EMRI) entre homens e mulheres e área de atuação, observou que as mulheres apresentaram escore de empatia maior, mas não identificou diferença entre homens e mulheres na dimensão cognitiva da empatia utilizando a EMRI. Hojat et al. (2004) constataram um declínio da empatia médica ao longo da formação profissional em estudantes americanos utilizando a JSPE. Bailey (2001) mostrou que os estudantes de medicina que pretendiam exercer especialidade na área clínica obtiveram escore de empatia significativamente maior que aqueles que planejavam atuar em especialistas cirúrgicas. Estudos realizados com médicos apresentaram o mesmo padrão que o observado com os estudantes. Num estudo realizado com 704 médicos, utilizando a JSPE para avaliar empatia, os envolvidos com área clínica obtiveram escores mais elevados que os envolvidos com áreas cirúrgicas e de imagem (HOJAT et al., 2002b). Foi observado que estagiários do último ano que preferem a prática geral como especialidade apresentaram atitudes mais empáticas que os estagiários da área cirúrgica (BATENBURG et al., 1999). Em nosso estudo, não foi observada diferença significativa entre os residentes da área clínica e cirúrgica no que se refere ao escore de empatia geral, mas houve uma diminuição significativa deste escore com o passar dos anos de residência nas duas áreas. Essa diminuição está de acordo com o que foi observado na literatura. O declínio da empatia, no decorrer dos anos de formação, pode ser atribuído a diversos fatores como problemas com a qualidade de vida dos residentes; carga horária excessiva; contato com a doença; questões relacionadas ao enfrentamento da morte; competitividade e abuso moral (NEUMANN et al., 2009).

6.3 Escores da JSPE *versus* bolsa de estudos e período da residência em curso

Um dado analisado neste estudo, que não é citado na literatura, é o uso ou não de bolsa de estudos durante a graduação e sua relação aos escores de empatia na pós-graduação. Não encontramos diferença no EEG e ETPD entre os médicos residentes que usaram e os que não usaram bolsa de estudos, mas, entre os residentes que não usaram bolsa de estudos, os escores eram maiores nos primeiros anos de residência, quando comparados aos residentes a partir do 2º ano. Não foram observadas diferenças em relação ao EC e ECCLLO. Esse dado teria relação com o contexto de vida do residente? O residente que durante sua graduação não necessitou de bolsa de estudos, pelo fato de pertencer a uma classe social financeiramente mais elevada, teria predisposição para reduzir a habilidade de empatia no período da residência médica? Nosso estudo não permite tirar conclusões em relação a esse fato observado, o que indica que estudos futuros poderão abordar com mais detalhes essa lacuna apresentada.

6.4 Escores de Compaixão e da Capacidade de Colocar-se no Lugar do Outro

Não foi observada nenhuma relação dos EC e ECCLLO com os fatores estudados: gênero, uso de bolsa de estudos, área de atuação escolhida e evolução do início para o final do programa de residência, nem foram observadas diferenças nos escores dos três fatores que compõem a JSPE. Paro et al. (2012) mostraram que o fator EC e ECCLLO surgiu na análise de componentes principais na versão brasileira da JSPE como primeiro e segundo da escala, respectivamente, diferentemente da escala original em que a ETPD foi o principal fator, e lembra que no Brasil o cristianismo é a religião predominante e características como compaixão e caridade são consideradas fundamentais neste país. Se a compaixão é entendida como uma sobreposição entre cognição e emoção (HOJAT et al., 2007), pode-se inferir que as emoções desempenhem um papel importante nas habilidades humanísticas no cuidado com o paciente entre os estudantes e médicos brasileiros assim como o fator EC que pode refletir a importância da compaixão entre estes. Esses fatores são intrínsecos nestes profissionais, sem necessidade de treinamentos e sem grandes influências do contexto no qual estão inseridos (PARO et al., 2012). O componente ETPD foi o terceiro fator na versão brasileira da JSPE e o primeiro na escala original. As diferenças culturais podem explicar parcialmente esses resultados, mas as questões curriculares devem ser levadas em consideração (PARO et al.,

2012). Esse fator está relacionado a habilidades cognitivas como processamento de informações, raciocínio, avaliação e empatia de comunicação (HOJAT, 2007). Não existe, na maioria das escolas médicas brasileiras, treinamento para essa habilidade o qual ocorre em momentos isolados do currículo médico, relacionado ao campo de humanidades, de segurança do paciente e de bioética (DAUD-GALLOTTI et al., 2011). Isso sugere erroneamente que a empatia é uma característica interna ou uma disposição natural em vez de uma competência que para ser ensinada, treinada e avaliada. A ausência ou não da constância desses ensinamentos poderia explicar a diminuição nos escores desse fator observado neste trabalho pela não aquisição de resiliência em situações adversas (PARO et al., 2012). Esse fato é decorrente da maior sensibilidade em sofrer influência do contexto no gênero feminino, a maior contato com situações estressantes na equipe cirúrgica (HOJAT et al., 2009) e a maior dificuldade em manter a empatia nos que não usaram bolsa de estudos por não terem enfrentado muitas dificuldades?

Sumarizando, nosso estudo demonstrou, em uma amostra com 36 médicos residentes, que os escores de EEG e ETPD foram semelhantes entre os residentes das áreas clínicas e cirúrgicas e eram maiores entre os residentes do primeiro ano, em relação aos do segundo ano em diante. Observou-se, ainda, que residentes do gênero feminino dos últimos anos de residência apresentaram escores menores em relação às médicas residentes do primeiro ano. Comportamento semelhante foi observado por residentes que não necessitaram de bolsa de estudos no período da graduação. Nenhuma associação aos fatores estudados foi observada para os escores EC e ECCLC. Nossos dados comungam observações da literatura e podem contribuir para a discussão da necessidade do desenvolvimento de estratégias instrucionais para o ensino da empatia entre médicos residentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações do nosso estudo (amostra reduzida e aplicação pontual da JSPE), nossos resultados são semelhantes aos observados na literatura, o que não deixa de ser um passo para o esclarecimento e para a medição da empatia em nossos médicos residentes.

Sumarizando, nosso estudo demonstrou em uma amostra com 36 médicos residentes, que os escores de EG e TP foram semelhantes entre os residentes das áreas clínicas e cirúrgicas e eram maiores entre os residentes do primeiro ano, em relação aos do segundo ano em diante. Observou-se, ainda, que residentes do sexo feminino dos últimos anos de residência apresentaram escores menores em relação às médicas residentes do primeiro ano. Nenhuma associação aos fatores estudados foi observada para os escores CO e “Colocar-se no lugar do outro”. Nossos dados comungam observações da literatura e podem contribuir para a discussão da necessidade do desenvolvimento de estratégias instrucionais para o ensino da empatia entre médicos residentes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. et al. Empatia médica: tradução, Validação e aplicação de um instrumento de Medição. In: CONGRESSO INTERNACIONAL GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA, 10., 2009, Braga. **Anais...** Braga: Universidade do Minho, 2009.
- ARNOLD, R. M.; MARTIN, S.C.; PARKER, R.M. Taking care of patients-does it matter whether the physician is a woman? **Western Journal of Medicine**, [S.l.], v. 149, n. 6, p. 729-733, Dec. 1988.
- BAILEY, B. A. Empathy in medical students: assessment and relationship to specialty choice. **Dissertation Abstracts International**, [S.l.], v. 62, n. 6-A, p. 2024, 2001.
- BATENBURG, V. et al. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? **Medical Education**, Universiteit Utrecht, The Netherlands, v. 33, p. 489-492, Jul. 1999.
- BLASCO, P. G. A arte médica (I): a formação e as virtudes do médico. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, p. 9-17, 2012.
- CHEN, D. et al. Cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of General Internal Medicine**, Boston, MA USA, v. 22, n. 10, p.1434-1438, Oct. 2007.
- COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 571-580, 2009.
- COSTA, F.D.; AZEVEDO, R.C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022010000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2017.
- DAUD-GALLOTTI, R.M. et al. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 1209-1215, 2011.
- DAVIS, M.H. Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 44, p. 113-126, Jul. 1983.
- DAVIS, M. A perspective on cultivating clinical empathy. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 76-79, May 2009.
- DI LILLO, M, et al. The Jefferson Scale of Physician Emphaty: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. **Academic Medicine**, Pennsylvania, USA, v. 84, n. 9, p. 1198-1202, Sep. 2009.

DUFORT, F.; MAHEUX, B. When female medical students are the majority: do numbers really make a difference. **Journal of the American Medical Women's Association**, [S.l.], v. 50, n. 1, p. 4-6, 1995.

HALPERN J. **From detached concern to empathy: humanizing medical practice**. New York: Oxford University Press, 2001.

HEMMERDINGER, S.; LILFORD, A. Systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC Medical Education**, Birmingham, UK, v. 7, n. 24, p. 1-8, 2007.

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

HOJAT, M et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, California Santa Barbara v. 61, n. 2, p.349-365, 2001.

_____. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education**, United Kingdom, v. 36, p. 522-527, 2002a.

_____. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **The American Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 159, p. 1563–1569, 2002b.

_____. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, United Kingdom, v. 38, p. 934-941, 2004.

_____. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. **The Journal of Social Psychology**, [S.l.], v. 45, n. 6, p.663-672, Dec. 2005.

_____. **Empathy: a key element in patient-centered care Jefferson Scale of Physician Empathy**. New York: Springer, 2007.

_____. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

HOJAT, M.; LANOUE, M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson Scale of Empathy. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 5, p. 73-81, 2014.

HOJAT, M.; GONNELA J S. Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy -Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. **Medical Principles and Practice**, Philadelphia, USA, v. 24, n. 4, p. 344-350, 2015.

HORNBLow, A. R.; KIDSON, M. A.; IRONSIDE, W. Empathetic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression. **Medical Education**, United Kingdom, v. 22, p. 15-8, 1988.

LARSON, E.; YAO X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. **JAMA**, Seattle, USA, v. 293, n. 9, p. 1100–1106, 2005.

MAGALHÃES, E. et al. Empatia Médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA, 7., 2010, Minho, **Anais...** Minho: Universidade do Minho, 2010. p.77–89. Disponível em: < <https://www.researchgate.net/publication/266572817/download> <http://www.actassnip2010.com>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

MEHRABIAN, A.; EPSTEIN, N.A. A measure of emotional empathy. **Journal of Personality**. [S.l.], v. 40, n. 4, p. 525-543, Dec. 1972.

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

MORETO, G. **Avaliação da empatia de estudantes de Medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos.** 2015. 120f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NEUMANN, M. et al. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. **Patient Education and Counseling**, Universidad de Oslo, v. 74, n. 3, p. 339-346, 2009.

PARO, H. B. M. S. et al. Brazilian version of Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, Londres, v. 12, n. 1, p. 73-84, 2012.

PERESTRELLO D. **A medicina da pessoa.** 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

POLLAK, K. et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. Female patients are more likely to step up weight loss efforts when a physician shows empathy and offers support. **The Journal of Family Practice**, [S.l.], v. 56, n. 12, p. 1031-1036, 2007.

RODRIGUEZ, H. et al. Relation of patients’ experiences with individual physicians to malpractice risk. **International Journal for Quality in Health Care**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 5-12, 2008.

ANEXO A - Jefferson Scale of Physician Empathy

	ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7
1	Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.							
2	Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal.							
3	Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.							
4	Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.							
5	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.							
6	Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não verbal e linguagem corporal.							
7	A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.							
8	Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.							
9	Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.							
10	Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.							
11	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um factor irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.							
12	A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.							
13	As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; conseqüentemente, os laços afectivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.							
14	Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um factor sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.							
15	Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.							
16	Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.							
17	É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.							
18	Pelo fato das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes.							
19	Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.							
20	Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.							

As respostas possíveis variam numa escala tipo likert com 7 posições, em que: 1 = discordo fortemente, 2 = discordo moderadamente, 3 = discordo discretamente, 4 = indeciso, 5 = concordo discretamente, 6 = concordo moderadamente, 7= concordo fortemente.

ANEXO B -- Questionário Sociodemográfico

1- Qual o ano da residência em curso?

2- Qual a sua idade?

3- Gênero: () masculino () feminino

4- Estado civil: () casado(a) () solteiro (a) () separado(a) () Relação estável

5- Acredita em Deus: () sim () não

6- Regular no ano que cursa :sim () Não ()

7- Tem outra graduação na área da saúde?

Sim () Não ()

8- Qual Opção da área de atuação médica?

Clinica Médica()

Pediatria()

Ginecologia e Obstetricia()

Radiologia()

Clínica Cirúrgica()

Anestesiologia()

Neurocirurgia()

Saúde da Família()

Urgência e Emergência()

Terapia Intensiva Adulto ()

Ortopedia ()

9- Qual motivo da área escolhida

() Econômica () Vocacional () Falta de opção () Área que mais se adpta a sua vida.

10- Raça : () branca () negra () parda () amarela

11- Utilizou algum tipo de bolsa de estudo na graduação:() sim () não

12- Renda familiar estimada:() menos de 5 salários mínimos () entre 5 e 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos.

13- Possui algum tipo de doença crônica pessoal:() sim () não

14- Possui algum tipo de doença crônica na família:() sim () não

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

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

Nome: _____ Gênero: _____
 Identidade: _____ Órgão Expedidor _____
 Data de Nascimento: ____/____/_____
 Responsável legal (se aplicável): _____ Gênero: _____
 Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
 Data de Nascimento: ____/____/_____

2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto:

Avaliação da Empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas/Minas Gerais

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

UNIVERSIDADE “JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO”

Departamento de Pós graduação

Faculdade de Medicina da Unifenas

Mestrado em Saúde

c. Projeto: (x) Unicêntrico () Multicêntrico

d. Instituição Co-participante:

Hospital Universitário Alzira Velano (HUAV)

e. Patrocinador: Unifenas e Próprio

f. Professor Orientador:

Prof. Doutor José Maria Peixoto

Pesquisador Responsável:

() Estudante de Pós-graduação (x) Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar como evolui a habilidade da empatia entre médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano, na cidade de Alfenas/MG, do início de sua residência para o final. Pretendemos verificar se durante o período de formação do médico residente, há agregação ou não da habilidade de empatia na assistência médica.

Justificativa da pesquisa:

A empatia é uma habilidade muito importante na relação médico-paciente e tem seu treinamento inserido no conteúdo do Programa de Residência Médica, no entanto não é

avaliada no contexto da atividade médica de nosso residente. Queremos avaliar até que ponto essa habilidade vem sendo desenvolvida em nossos programas de residência médica e quais os fatores estão relacionados ao desenvolvimento, ou não, desta habilidade entre os médicos residentes. Com esses dados, poderemos avaliar e aprimorar as estratégias de ensino de nossos programas para o desenvolvimento da habilidade da empatia durante o período de formação do especializando.

4. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Critério de inclusão será ser médico residente do Hospital Universitário Alzira Velano e estar em atividade no momento da aplicação do estudo; serão excluídos os residentes que se encontrem de férias ou afastados por outros motivos. O universo de pesquisa, será a totalidade dos residentes em curso no segundo semestre de 2016, que atendam ao critério de inclusão acima descrito. Será utilizada a escala de auto relato, *Jefferson Scale of Physician Empathy Revised* (JSPE-R). Trata-se de um instrumento já validado para a língua portuguesa, que contém 20 perguntas, apresentadas numa escala *Likert* com 7 posições sendo 1 = discordo fortemente e 7 = concordo fortemente. Trata-se de uma escala de simples apresentação, fácil preenchimento e de rápida aplicação (10 minutos). Esta escala tem como função a avaliação do atributo cognitivo que envolve a capacidade de compreender a dor do paciente, sofrimento e perspectiva combinada com a capacidade de comunicar esse entendimento e a intenção de ajudar. Será também aplicado, um questionário sócio demográfico que tem como objetivo avaliar algumas variáveis que possam ser relacionadas à escala de auto-relato, *Jefferson scale of physician empathy revised* (JSPE-R) como: idade, especialidade de interesse, se já concluiu outra graduação na área de saúde, religião, raça, renda familiar, se estuda com auxílio de bolsa de estudo pelo MEC ou pela instituição, experiência com doença grave na família ou pessoal, procedência. Esse questionário foi construído para essa pesquisa, pelo próprio investigador, com o objetivo de verificar se haveria associação de alguma de suas variáveis com escala de auto-relato e correlacioná-las com o desfecho do presente estudo.

5. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

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

O presente trabalho não apresenta qualquer risco individual ou coletivo, exceto pelo constrangimento de responder aos questionários. Os questionários não serão identificados e, portanto, não existe risco de quebra de confidencialidade e ou exposição do residente participante.

6. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Avaliar se as estratégias pedagógicas em nossos programas de residência médica, são capazes de influenciar a evolução da empatia no residente. Se não, definir os fatores que se relacionam ao desenvolvimento desta habilidade, afim de podermos aprimorar nosso projeto pedagógico com o objetivo de obtermos a melhoria dessa habilidade no médico residente.

7. Despesas, compensações e indenizações:

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

8. Direito de confidencialidade:

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

9. Acesso aos resultados da pesquisa:

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

10. Liberdade de retirada do consentimento:

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

11. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

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

Professor Orientador:

Telefone: (031) 996899007

Email: _____

12. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:

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

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel: (35) 3299-3137

Email: comitedeetica@unifenas.br

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

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

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

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

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

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


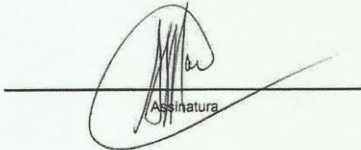
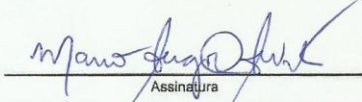
Alfenas, _____ de _____ de _____

Voluntário

Representante Legal

Pesquisador Responsável

APENDICE B – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				
1. Projeto de Pesquisa: Avaliação da Empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas/Minas Gerais				
2. Número de Participantes da Pesquisa: 50				
3. Área Temática:				
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde				
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
5. Nome: ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA				
6. CPF: 485.552.076-49		7. Endereço (Rua, n.º): SAO JOSE CENTRO ALFENAS MINAS GERAIS 37130000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (35) 3292-2592	10. Outro Telefone:	11. Email: antonio.paiva@unifenas.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.				
Data: 04, 08, 2016		 Assinatura		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
12. Nome: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS		13. CNPJ: 17.878.554/0001-99		14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (35) 3299-3137		16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Responsável: <u>Prof. Dr. Mário Sérgio Oliveira Szwed</u>		CPF: <u>918672076-72</u>		
Cargo/Função: <u>Diretor de Pesquisa e Pós-graduação</u>				
Data: 04, 08, 2016		 Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL				
Não se aplica.				

APENDICE B C - PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas/Minas Gerais

Pesquisador: ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58440616.6.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.710.330

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 Fax: (35)3299-3137 E-mail: comitedeetica@unifenas.br

APENDICE D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFENAS

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 1.710.330

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767079.pdf	29/08/2016 15:08:09		Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAHP.pdf	05/08/2016 14:35:27	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONHECIENTO.pdf	04/08/2016 14:23:58	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito
Outros	Questionariodemografico.pdf	02/08/2016 17:42:56	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito
Outros	Questionarioempatia.pdf	02/08/2016 17:42:01	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOANTONIOHENRIQUEDEPAIVA.pdf	29/07/2016 15:21:48	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreEsclarecidoAHP.pdf	29/07/2016 15:20:42	ANTONIO HENRIQUE DE PAIVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 02 de Setembro de 2016

Assinado por:

MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 Fax: (35)3299-3137 E-mail: comitedeetica@unifenas.br

APENDICE E – DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DA PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Alfenas, _____ de _____ 20____

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFENAS

Prezados Senhores,

Declaro que tenho conhecimento e autorizo o estudo de caso intitulado "Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas/Minas Gerais" proposto pelo (s) pesquisador (es) "Antonio Henrique de Paiva".

O referido projeto será realizado no (a) Hospital Universitário Alzira Velano, e a pesquisa só poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS.

Atenciosamente,


_____Dr. José Sérgio Tavela Júnior
Diretor Clínico do Hospital Universitário Alzira Velano.

APÊNDICE F - AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DOS 4 ESCORES

TABELA 18 - Medida de confiabilidade da consistência interna das questões pertencentes a cada um dos 3 escores que avaliam a Empatia dos Residentes e Empatia Geral

Continua...

Escores de interesse / Questões associadas	Alfa de Cronbach se questão retirada
--	--------------------------------------

Escore → “Tomada de Perspectiva do doente”

Q1	0,89
Q2	0,88
Q3	0,89
Q4	0,88
Q5	0,89
Q6	0,88
Q7	0,90
Q8	0,88
Q9	0,90
Q10	0,89

Alfa de Cronbach Total → 0,90

Escore → “Compaixão”

Q11	0,92
Q12	0,93
Q13	0,91
Q14	0,91
Q15	0,91
Q16	0,93

Alfa de Cronbach Total → 0,93

Escore → “Capacidade de colocar-se no lugar do outro”

Q17	0,83
Q18	0,78
Q19	0,80
Q20	0,94

Alfa de Cronbach Total → 0,87

TABELA 18 - Medida de confiabilidade da consistência interna das questões pertencentes a cada um dos 3 escores que avaliam a Empatia dos Residentes e Empatia Geral

Conclusão.

Escore de interesse / Questões associadas	Alfa de <i>Cronbach</i> se questão retirada
---	---

Escore → “*Empatia Geral*”

Q1	0,92
Q2	0,92
Q3	0,92
Q4	0,92
Q5	0,92
Q6	0,92
Q7	0,92
Q8	0,92
Q9	0,92
Q10	0,92
Q11	0,92
Q12	0,92
Q13	0,91
Q14	0,91
Q15	0,91
Q16	0,91
Q17	0,92
Q18	0,91
Q19	0,91
Q20	0,92

Alfa de Cronbach Total → **0,92**

APÊNDICE G - Descrição de cada afirmativa do questionário JSPE-R

TABELA 19 - Descrição de resposta para cada uma das afirmativas do questionário “Escala de Empatia JSPE-R”

Continua...

Escala de Empatia JSPE-R Afirmativas	Frequência das notas dadas (%)							Nota média
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.	0,0	0,0	0,0	5,6	2,7	5,6	86,1	6,7
2. Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal.	0,0	0,0	0,0	8,3	8,3	11,1	72,3	6,5
3. Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.	0,0	0,0	0,0	8,3	13,9	25,0	52,8	6,2
4. Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.	0,0	0,0	0,0	11,1	5,6	22,2	61,1	6,3
5. A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.	0,0	0,0	0,0	11,1	13,9	22,2	52,8	6,2
6. Tento compreender o que passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não verbal e linguagem corporal.	0,0	0,0	2,8	8,3	5,6	19,4	63,9	6,3
7. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.	2,8	2,8	5,6	8,3	8,3	19,4	52,8	5,9
8. Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.	0,0	0,0	0,0	5,6	8,3	19,4	66,7	6,5
9. Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.	2,8	0,0	5,6	8,3	13,9	33,3	36,1	5,7
10. Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	2,8	0,0	2,8	5,6	11,1	19,4	58,3	6,1

TABELA 19 - Descrição de resposta para cada uma das afirmativas do questionário “Escala de Empatia JSPE-R”

Conclusão.

Escala de Orientação Médico-Paciente – EOMP	Frequência das notas dadas (%)							Nota média
	1	2	3	4	5	6	7	
Afirmativas								
11* . A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um fator irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.	61,1	13,9	8,3	8,3	0,0	2,8	5,6	2,0
12* . A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.	55,5	13,9	5,6	5,6	11,1	2,7	5,6	2,3
13* . As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico, conseqüentemente, os laços afetivos que tenha com meus pacientes não podem ter uma influência nos resultados médicos ou cirúrgicos.	69,4	11,1	5,6	5,6	2,7	0,0	5,6	1,8
14* . Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um fator sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.	63,9	13,9	0,0	8,3	11,1	0,0	2,8	2,0
15* . Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.	83,3	2,8	0,0	5,5	2,8	2,8	2,8	1,6
16* . Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.	75,0	5,5	2,8	11,1	2,8	0,0	2,8	1,7
17* . É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.	58,3	19,4	5,6	8,3	2,8	2,8	2,8	2,0
18* . Pelo fato de as pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes.	52,8	25,0	2,8	8,3	5,5	2,8	2,8	2,1
19* . Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.	75,0	8,3	2,8	5,5	2,8	2,8	2,8	1,7
20* . Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.	30,6	11,1	22,2	16,7	2,8	8,3	8,3	3,1

BASE DE DADOS: 36 residentes

NOTA: *→ Estas questões tem o sentido inverso das demais questões.

Significado da escala de resposta: 1 → “Discordo Fortemente” e 7 → “Concordo