

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE EMPATIA PARA
ODONTOLOGIA**

Belo Horizonte

2021

Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE EMPATIA PARA
ODONTOLOGIA**

Projeto apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação do Processo ensino-aprendizagem.

**Orientadora: Eliane Perlatto Moura
Co-orientador: José Maria Peixoto**

Belo Horizonte

2021

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

616.314-057(043.3)

A135e

Abdo Filho, Ruy Cesar Camargo Abdo Filho.

Elaboração e validação de uma Escala de Empatia para odontologia. [manuscrito] / Ruy Cesar Camargo Abdo Filho. -- Belo Horizonte, 2021.

83 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura.

Coorientador: José Maria Peixoto.

1. Educação em saúde. 2. Empatia. 3. Estudantes de odontologia. I. Moura, Eliane Perlatto. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

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

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

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.

Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Maria Aparecida Turci

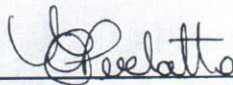
Certificado de Aprovação

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE EMPATIA PARA ODONTOLOGIA

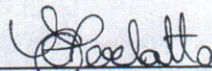
AUTOR: Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

ORIENTADOR: Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

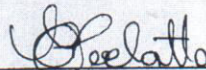
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

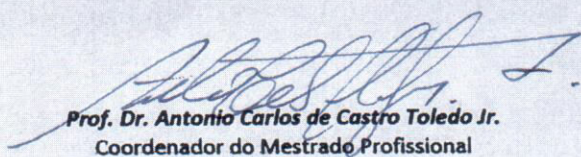


p/ Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



p/ Profa. Dra. Daniela Goursand de Oliveira

Belo Horizonte, 19 de março de 2021.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

Dedico este trabalho a minha amada esposa Caroline e meu maior tesouro aqui na terra, minha filha Eva que, fizeram de mim um homem realizado. Ficaram firmes e fortes nas minhas ausências, entendendo a minha missão. Essa vitória é toda nossa!!

AGRADECIMENTOS

Dou graças eternas a Deus pela oportunidade de finalizar este trabalho, que só Ele sabe o quão importante está sendo, para mim, a conquista deste feito, inclusive me guiando e de mim cuidando em todas as viagens.

Também agradeço a toda minha família que sempre esteve ao meu lado, me incentivando e dando forças pra continuar.

A todos os colegas e professores do curso, os quais sempre se dedicaram para juntos, chegarmos a um destino comum.

Aos meus irmãos que o mestrado me deu, pelo companheirismo, parceria e apoio de sempre...valeu Gustavão, Igor e Dani, vocês são feras!!

A UNIFENAS, que sempre acreditou no meu trabalho e me ofereceu a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos como pessoa e docente.

Aos meus colegas de trabalho, que sempre me ajudaram no que foi preciso para a realização deste curso, em especial ao meu mestre e parceiro professor Fernando.

Um agradecimento especial a todos que participaram desta pesquisa, dispondo seu tempo para enriquecer o conteúdo deste trabalho.

Agradeço aos meus alunos, que, me estimulam diariamente na grande missão de ensinar.

E, por fim, e não menos especial, um super agradecimento a minha orientadora, professora Eliane, por estes anos de muito apoio e confiança durante todas as nossas reuniões às sextas-feiras de manhã nos módulos do curso. Sempre precisamente pontual e prestativa em tudo de que precisei, mantendo-se presente durante todo o curso, me ensinando, sobretudo, como ser uma orientadora de verdade.

“O saber é uma bagagem preciosa ao homem, mas o viver é algo de imensurável valor.”

Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

RESUMO

Introdução: A valorização do papel da empatia e das habilidades interpessoais no campo médico e odontológico gerou mudanças curriculares nos programas de treinamento em medicina e odontologia. Diferentes associações emitiram conceitos sobre a importância de incluir a empatia na formação disciplinar de estudantes da área da saúde. No processo de formação do profissional, é missão da universidade ampliar, à luz de evidências científicas, o conceito humanista em moldes modernos, ampliando horizontes e perspectivas para o atendimento odontológico humanizado. Dentro deste contexto, a empatia, ao lado da competência e respeito, é reconhecida como um atributo essencial dos profissionais de saúde e um dos componentes fundamentais da boa relação profissional-paciente. Assim, diante da importância da empatia na prática clínica odontológica e da escassez de escalas para avaliar a empatia, no contexto brasileiro, faz-se necessário o desenvolvimento de novas escalas para a sua mensuração. **Objetivo:** Elaborar e validar uma escala brasileira para a mensuração da empatia no contexto do atendimento clínico odontológico. **Metodologia:** Os itens iniciais da escala foram elaborados baseados na literatura, levando-se em consideração seis situações clínicas do atendimento odontológico e os domínios do construto: tomada de perspectiva, compreensão empática e preocupação empática. Estes itens foram avaliados individualmente por especialistas da área e posteriormente reanalisados em um grupo focal composto por profissionais da saúde. A versão do instrumento obtida no grupo focal foi submetida a um pré-teste com estudantes de odontologia para análise semântica e de entendimento dos itens. Esta versão do pré-teste foi distribuída para 164 estudantes de odontologia para análise das propriedades psicométricas do instrumento. **Resultado:** A versão da escala obtida, após o pré-teste, continha 33 itens que mostraram adequação semântica e cultural satisfatórias. Após análise psicométrica do modelo proposto, foram retirados 10 itens devido à polarização das respostas. As medidas de estatística para validar o construto mostraram que, para uma variância explicada de 64%, as questões se distribuíram em nove fatores demonstrando que o modelo obtido não se ajusta bem à estrutura de correlação existente entre as questões do instrumento de pesquisa. **Conclusão:** O modelo proposto para a Escala de empatia em odontologia atendeu aos critérios de adequação semântica e cultural, entretanto não apresentou uma boa confiabilidade interna. Novos estudos deverão ser realizados para a adequação do instrumento. **Palavras-Chave:** Educação em saúde. Empatia. Estudantes de odontologia.

ABSTRACT

Introduction: The appreciation of the empathy role and the interpersonal skills in the medical and dental field has generated curricular changes in training programs in medicine and dentistry. Different associations have issued concepts about the importance of including the empathy in the disciplinary development of the students in the health field. It is the mission of university to expand, in the light of scientific evidence, the humanistic concept in modern patterns, expanding horizons and perspectives for humanized dental care in the process training of the professional. Within this context, empathy, alongside the competence and respect, is recognized as an essential attribute of health professionals and is one of the fundamental components of a good professional-patient relationship. Thus, given the importance of the empathy in the dental clinical practice and the shortage of scales to assess the empathy, in the Brazilian context, it is necessary to develop new scales for its measurement. **Objective:** develop and validate a Brazilian scale for measuring the empathy in the context of clinical dental care. **Methodology:** The initial items of the scale were elaborated based on the literature, taking into account six clinical situations of dental care and the construct domains: perspective taking, empathic understanding and concern. These items were individually evaluated by specialists in the field, and subsequently re-analyzed in a focus group composed of health care professionals. The version of the instrument obtained in the focus group was subjected to a pre-test with dentistry students for a semantic analysis and understanding of the items. This version of the pre-test was distributed to 164 students of dentistry for analysis of the instrument's psychometric properties. **Result:** The version of the scale obtained after the pre-test contained 33 items that showed satisfactory semantic and cultural adequacy. After psychometric analysis of the proposed model, 10 items were removed due to the polarization of responses. The statistical measures to validate the construct showed that, for an explained variance of 64%, the questions were distributed into nine factors demonstrating that the model obtained does not fit well with the existing correlation structure between the questions of the research instrument. **Conclusion:** The model proposed for the Dentistry Empathy Scale matched the criteria of semantic and cultural adequacy. Therefore, it did not present a good internal reliability. Further studies should be held to adjust the instrument.

Keywords: Health education. Empathy. Dentistry students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Etapas da elaboração dos itens da Escala de Empatia para odontologia.....	40
Quadro 1 -	Primeira versão da escala de empatia (V1) e adequação dos itens, conforme sugestões dos experts e avaliação dos pesquisadores (V2).....	33
Quadro 2 -	Versão (V2) da Escala de Empatia e adequações sugeridas pelo grupo focal (V3).....	37
Quadro 3 -	Alterações da Escala de Empatia para Odontologia (V3), realizadas após análise por estudantes de odontologia (Pré – Teste) (V4).....	39
Quadro 4 -	Itens excluídos da Escala de empatia para Odontologia após análise da resposta dos alunos.....	47
Quadro 5 -	Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia (excluindo as questões que apresentaram polarização).....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos alunos de acordo com os dados sociodemográficos.....	41
Tabela 2 -	Caracterização dos alunos de acordo com os dados relacionados à educação.....	43
Tabela 3 -	Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala....	45
Tabela 4 -	Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia.....	48
Tabela 5 -	Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia (excluindo as questões que tiveram polarização).....	50
Tabela 6 -	Análise de correlação entre as questões alocadas originalmente no domínio “Tomada de Perspectiva”.....	52
Tabela 7 -	Análise de correlação entre as questões alocadas originalmente no domínio “Preocupação Empática”.....	53
Tabela 8 -	Análise de correlação entre as questões alocadas originalmente no domínio “Compartilhamento emocional”.....	54
Tabela 9 -	Medidas de adequacidade para a utilização da Análise fatorial.....	54
Tabela 10 -	Resultado do número de fatores extraídos da escala de Empatia baseado na Análise fatorial - Método: Componentes Principais.....	55
Tabela 11 -	Medidas de Comunalidade e Medidas de adequação da amostra ao modelo de Análise fatorial.....	55
Tabela 12 -	Medidas dos componentes (Cargas fatoriais) utilizados para expressar as variáveis padronizadas dos 9 fatores gerados pela Análise Fatorial.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEA	American Dental Education Association
IRI	Índice de Reatividade Interpessoal
IE	Inventário de Empatia
Escala PPOS	<i>Patient- -Practitioner Orientation Scale</i>
JSPE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
V1	Primeira versão da Escala de Empatia para Odontologia
V2	Segunda versão da Escala de Empatia para Odontologia
V3	Terceira versão da Escala de Empatia para Odontologia
V4	Quarta versão da Escala de Empatia para Odontologia
V5	Versão final da Escala de Empatia para Odontologia
(d.p.)	desvio-padrão
KMO	medida de adequacidade da amostra de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
FIG.	Figura
TAB.	Tabela

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Empatia.....	13
1.2	Empatia em profissionais de saúde.....	14
1.3	Empatia nos cursos de graduação em odontologia.....	15
1.4	Empatia em odontologia.....	16
1.5	A relação empática entre o dentista e o paciente.....	17
1.6	Mensuração da empatia.....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	21
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	Desenho do estudo.....	23
4.2	Local do estudo.....	23
4.3	População.....	23
4.3.1	<i>População alvo.....</i>	23
4.3.2	<i>População acessível.....</i>	23
4.4	Critérios de inclusão.....	24
4.5	Critérios de exclusão.....	24
4.6	Amostra, amostragem e recrutamento.....	24
4.7	Elaboração da escala.....	24
4.7.1	<i>Elaboração dos itens.....</i>	25
4.7.2	<i>Avaliação dos itens pelos especialistas.....</i>	26
4.7.3	<i>Grupo focal.....</i>	26
4.7.4	<i>Pré-teste.....</i>	27
4.8	Avaliação das propriedades psicométricas.....	27
4.8.1	<i>Coleta de dados.....</i>	27
4.9	Análise dos dados.....	28
4.10	Aspectos éticos.....	30
5	RESULTADOS.....	33
5.1	Elaboração dos itens.....	33
5.2	Análise dos itens.....	33

5.2.1	<i>Elaboração dos itens.....</i>	33
5.2.2	<i>Grupo focal.....</i>	36
5.2.3	<i>Pré-Teste.....</i>	38
5.3	<i>Análise das propriedades psicométricas da escala.....</i>	40
5.3.1	<i>Caracterização da amostra.....</i>	40
5.3.2	<i>Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala...</i>	44
5.3.3	<i>Confiabilidade interna dos domínios.....</i>	48
5.3.4	<i>Correlação entre as questões dentro dos domínios.....</i>	51
5.3.5	<i>Análise fatorial.....</i>	54
5.3.5.1	<u>Medidas de adequacidade.....</u>	54
6	DISCUSSÃO.....	59
7	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES.....	71
	ANEXOS.....	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 Empatia

O termo empatia foi derivado de dois termos gregos “em” e “pathos”, que significa “sentir-se em” e tem sua origem na palavra alemã “Einführung” a qual, segundo Lipps (1903), pode ser entendida como “a percepção de um gesto emocional emitido por alguém ativa a mesma emoção no observador” (PRESTON; WAAL, 2002). Segundo Rogers (2001), a empatia não possui somente uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também uma habilidade que envolve vínculos afetivos e cognitivos entre duas pessoas, possibilitando sensibilizar-se e envolver-se com a vida privada do outro. Dessa forma, é possível entender a empatia como um construto multidimensional, composto por elementos afetivos, cujas bases funcionais poderiam ser identificadas a partir da atividade integrada de diversos sistemas corticais e cognitivos (tomada de perspectiva, autoconsciência, reconhecimento e compreensão dos estados mentais das outras pessoas, etc. (DECETY; JACKSON, 2004).

Segundo Hoffman (1992), o componente afetivo da empatia implica em experimentar um afeto que está mais voltado para a situação do outro do que para a sua própria situação, sendo uma resposta vicária à imagem mental que alguém tem do sofrimento do outro. Segundo Enz, Zoll e Diruf (2009), a ativação de neurônios espelhos localizados no córtex sensorial, se observarem os movimentos de outra pessoa, poderia predispor o observador a agir e até mesmo a executar, subliminarmente, movimentos semelhantes àqueles da pessoa observada. Esse tipo de reação teria o potencial de deixar o observador apto a sentir emoções similares às emoções da pessoa observada, com repercussões importantes para a produção da empatia.

Observando a empatia como uma habilidade social da raça humana, é possível identificar características dessa habilidade representadas por tomada de perspectiva, autoconsciência, consciência do outro, reavaliação da emoção, além de expressão verbal e não verbal de entendimento. Assim, a vertente cognitiva da empatia engloba os seguintes domínios: Cuidado Compassivo - capacidade de perceber os sentimentos; Tomada de Perspectiva - capacidade de perceber as experiências pessoais de cada paciente e Capacidade de se colocar no lugar do outro - capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa (AGUIAR *et al.*, 2009).

A Empatia é reconhecida como um atributo essencial de profissionais de saúde (HOJAT, 2002), pois promove melhor comunicação entre o profissional e o paciente, e o consequente aumento da satisfação com impacto positivo nos resultados terapêuticos (REZENDE *et al.*, 2015).

1.2 Empatia em profissionais de saúde

Essa característica empática, ao lado da competência e respeito, é reconhecida como um atributo essencial dos profissionais de saúde (HOJAT *et al.*, 2002) e é um dos componentes fundamentais da boa relação profissional-paciente (HOJAT, 2007; REISS, 2010). Definiram a empatia, no contexto da atenção à saúde, como um atributo predominantemente cognitivo, e não emocional. Eles postularam que a empatia envolve três componentes principais - a compreensão da dor do paciente, a capacidade de comunicar esse entendimento e a intenção de ajudar. Com essa definição, o entendimento é o componente crítico da empatia, em vez de compartilhar as emoções do paciente, como ocorre com a simpatia. Implica na capacidade de compreender como as experiências e sentimentos dos pacientes influenciam e são mediados pela doença e seus sintomas, e na capacidade de comunicar essa compreensão aos pacientes (SHERMAN; CRAMER, 2005; RIVERA *et al.*, 2011).

Na América Latina, vários estudos foram realizados sobre os níveis de empatia em diferentes programas de medicina, odontologia e enfermagem, e os resultados em relação ao curso e as diferenças de gênero são contraditórios. Alguns estudos relatam aumento nos níveis de empatia no decorrer do curso (ERAZO-CORONADO *et al.*, 2012; VENTURA *et al.*, 2012; KATAOKA *et al.*, 2009; BOYLE; WILLIAMS; BROWN, 2010), outros não observaram diferenças (BULLEN; SALAZAR; DÍAZ-NARVÁEZ *et al.*, 2015; PALACIO *et al.*, 2013) e outros mostraram um decréscimo no nível de empatia ao longo do curso (GONZÁLEZ-SERNA *et al.*, 2014, CARRASCO; BUSTOS; DIAZ-NARVÁEZ, 2012; SHERMAN; CRAMER, 2005).

Existe também controvérsia, na literatura, em relação à influência do gênero na empatia. Alguns estudos relatam ter observado níveis mais altos de empatia em mulheres (VENTURA *et al.*, 2012, GONZÁLEZ-SERNA *et al.*, 2014; BILBAO *et al.*, 2013; BULLEN; SALAZAR; DÍAZ-NARVÁEZ *et al.*, 2017; GONZÁLEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2015); outros não observaram diferenças entre os gêneros (ERAZO-CORONADO *et al.*, 2012; PALACIO *et al.*, 2013) e observaram-se também níveis mais altos de empatia em homens (UGALDE *et al.*, 2011).

1.3 Empatia nos cursos de graduação em odontologia

No processo de formação do profissional, é missão da universidade ampliar, à luz de evidências científicas, o conceito humanista em moldes modernos, ampliando horizontes e perspectivas para o atendimento odontológico humanizado. (REZENDE *et al.*, 2015).

Os planos curriculares das faculdades de Odontologia da União Europeia, Estados Unidos e Canadá definem competência, respeito e empatia como os atributos mais importantes do profissionalismo, associados ao acolhimento e bem-estar, considerados chaves para o relacionamento empático na odontologia, assegurando o atendimento humanizado para a promoção da saúde (BROWNELL; KEITH; CÔTÉ, 2001; BEATTIE *et al.*, 2012).

A valorização do papel da empatia e das habilidades interpessoais no campo médico e odontológico gerou mudanças curriculares nos programas de treinamento em medicina e odontologia. Diferentes associações emitiram conceitos sobre a importância de incluir a empatia na formação disciplinar de estudantes da área da saúde. A Associação de Faculdades de Medicina Americanas (AAMC), em 1999, recomendou que as faculdades de medicina educassem os alunos para serem compassivos e empáticos ao cuidar dos pacientes, ou seja, demonstrar compreensão da perspectiva do paciente, entender o significado das histórias dos pacientes no contexto de suas famílias e culturas e evitar serem críticos, mesmo quando as crenças e valores do paciente entrem em conflito com os seus próprios (SHERMAN; CRAMER, 2005).

Na Schulich School de Medicina e Odontologia da Universidade de Western Ontario, a intenção de encontrar maneiras significativas de lançar estudantes de odontologia nesse processo resultou no desenvolvimento de novas metodologias que visam abordar um aspecto fundamental da aprendizagem da comunicação efetiva: a capacidade de ouvir os pacientes e refletir sobre o que eles dizem. Em outras partes do currículo, os alunos trabalham com pacientes padronizados (atores que desempenham o papel de um paciente em uma interação roteirizada). Como resultado, foi adicionada ao segundo e terceiro ano de graduação a disciplina de gestão de pacientes, com uma série de palestras e vídeos com pacientes reais discutindo suas experiências com o tratamento odontológico, seguida de atividades em que os alunos discutem e refletem sobre os assuntos. (SCHWARTZ; BOHAY, 2012). A American Dental Education

Association (ADEA) enfatizou a inclusão da empatia como parte do currículo odontológico, uma vez que desempenha um papel de destaque no relacionamento saudável entre o dentista e o paciente (AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION, 2002), sendo considerada como a segunda competência clínica mais importante, depois da conduta ética, para novos dentistas.

1.4 Empatia em Odontologia

O profissionalismo engloba as atitudes, valores e comportamentos adequados necessários para um dentista clínico. Nesse processo, o cirurgião-dentista deve ser capaz de entrar no mundo do paciente e compreender o que a saúde bucal representa para ele (REZENDE *et al.*, 2015). Isso facilita aos profissionais da área odontológica o entendimento e o reconhecimento das preocupações, sentimentos e experiências dos pacientes (SHERMAN; CRAMER, 2005).

É verdade que a principal qualidade de um profissional de saúde, seja qual for a especialidade, deve ser a competência. Ele precisa saber fazer o diagnóstico preciso de acordo com os sinais e sintomas de cada caso. Contudo também é indispensável que ele faça com que o paciente se sinta o mais tranquilo possível, e é aqui que se pode encaixar a empatia. É de conhecimento geral que uma boa parte dos pacientes odontológicos tem medo do consultório e, principalmente, dos procedimentos aos quais serão expostos. Geralmente, eles associam o atendimento odontológico à dor, uma vez que se difundiu bastante que os tratamentos odontológicos são doloridos. No entanto a postura dos dentistas também ajuda a piorar ou a facilitar a forma como os pacientes se sentem (IWAKURA, 2018).

Para grande parte da população, a simples ideia de consultar um dentista pode ser um gatilho para a chamada "odontofobia", condição que inclui sintomas como insônia, ansiedade e, até mesmo, pânico. Levantamento realizado pela plataforma de pesquisa de mercado DentaVox, que ouviu 18.000 pessoas em todo o mundo, buscou fazer um mapeamento do problema. Segundo a pesquisa, 61% dos entrevistados confessaram que têm medo antes dos procedimentos odontológicos e quase 4% afirmaram que nunca foram ao dentista. Ainda de acordo com o estudo, 39% dos entrevistados declararam que têm medo da dor, 24% destacaram repulsa ao cheiro de produtos químicos odontológicos e 21% mencionaram o som do motor, ou "motorzinho", como algo no mínimo temeroso. Para 7% dos entrevistados, o medo de ficar

preso na cadeira odontológica é o que mais assusta, ao passo que, para 5%, o medo de ficar de boca aberta por muito tempo pode ser angustiante (TINEN, 2020).

Nas últimas décadas, a psicologia vem contribuindo de forma a mudar os paradigmas da relação profissionais de saúde e pacientes, embasando teorias de análise psicodinâmica e biopsicossocial, aos quais pregam que as relações humanas e a qualidade delas influenciam a gênese, a manutenção e a resolução de doenças (ARDILA, 2004).

Estudos indicam haver um crescente interesse em empatia e seu impacto no cuidado ao paciente, na área da saúde, e mais especificamente na odontologia (AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION, 2004; HOJAT, 2007; REISS, 2010; SHERMAN; CRAMER, 2005; YARASCAVITCH *et al.*, 2009). A empatia está relacionada com redução de medos associados a problemas dentários, aumento da satisfação dos pacientes com atendimento odontológico de emergência, extrações, restaurações e tratamentos endodônticos (SCHOUTEN; EIJIKMAN; HOOGSTRATEN, 2003; CORAH; O'SHEA; BISSELL, 1988), bem como com a adesão aos tratamentos ortodônticos (SINHA; NANDA; MCNEIL, 1996), influenciando também nos desfechos de tratamentos em pacientes com dor miofascial (LASKIN; GREENE, 1972).

Atitudes negativas dos dentistas na comunicação com os pacientes são um fator preditivo significativo de medo por parte do paciente (MAGALHÃES *et al.*, 2011). Bernson *et al.* (2011) analisaram entrevistas com pacientes que experimentaram medo relacionado à odontologia e concluíram que a comunicação verbal e não verbal refletindo a empatia estava entre os principais atributos que tornavam a assistência odontológica acessível a eles. Na pesquisa realizada por Imanaka *et al.* (2007) descobriu-se que a comunicação com dentistas era o fator determinante mais importante da satisfação do paciente em um hospital odontológico. Armfield *et al.* (2014) também identificaram que as características interpessoais dos cirurgiões-dentistas e membros da equipe, tais como a amabilidade e a respeitabilidade para com os pacientes, foram os influenciadores mais comuns da satisfação do paciente.

1.5 A relação empática entre o dentista e o paciente

O atendimento de um dentista que tem empatia pelos pacientes é sempre mais agradável. Ele tenta deixar o ambiente do consultório o mais leve possível fazendo brincadeiras, comentando

amenidades e coisas semelhantes. Na realidade, o dentista que tem empatia demonstra ao paciente que o compreende e que ele pode se sentir à vontade para tirar dúvidas, para expressar dor durante determinado procedimento dentre outras situações que o incomodam. O profissional empático também escolhe melhor os tipos de procedimento: se existem duas maneiras de fazer certo tratamento, e uma delas é mais incômoda ou dolorida, ele vai escolher a melhor alternativa para o procedimento. Afinal, ele mesmo não gostaria de passar por aquele incômodo, então o evitará o tanto quanto puder em seu paciente. Também se pode ter empatia com referência aos custos dos tratamentos. Apesar de o dinheiro ser importante para o dentista, ele pode se colocar no lugar de quem vai pagar, tendo a consciência de que tal valor poderá fazer falta pra quem vai pagar e facilitar este ônus através de um possível parcelamento. Todos esses questionamentos deixarão o atendimento do dentista bem mais humanizado e isso fará com que os pacientes tenham mais confiança em voltar. Eles saberão que o profissional fará o possível para reduzir as dores do tratamento e que será agradável, facilitando também os pagamentos mais altos (OLIVEIRA, 2019)

A maneira mais recomendada de alguém desenvolver a empatia é imaginar que está na situação do outro. Por exemplo: será que o dentista gosta quando precisa fazer ele próprio um tratamento? Não é desconfortável para ele ficar com um equipamento barulhento dentro da sua boca? Será que esse dentista gostaria de precisar gastar dinheiro com uma emergência de saúde? Se ele pudesse dividir em duas vezes ou mais, não seria muito menos “dolorido”? Colocando-se nesse tipo de condição em pensamento, o dentista consegue saber o que o paciente sente e aliviar a situação. Ter o hábito de conversar com esses pacientes também é valioso para criar empatia por eles. Uma vez que o dentista se aproxima de quem trata, fica sabendo quais são seus possíveis problemas pessoais, o que essa pessoa pensa e o que ela gostaria de fazer. Com isso, ele tem mais repertório para tranquilizá-lo e para entretê-lo, além de saber mais das suas necessidades financeiras e se é imprescindível para ele o parcelamento. E, não menos importante, quando o paciente está pela primeira vez no consultório odontológico, é interessante que esse dentista pergunte sobre a vida dele, seu trabalho e faça comentários sobre assuntos cotidianos. Com essa postura, o paciente começa a se sentir mais à vontade e, ao mesmo tempo, a empatia entre eles vai sendo desenvolvida. Vale dizer que essa empatia também favorece outros ângulos da vida (OLIVEIRA, 2019).

1.6 Mensuração da empatia

Embora alguns autores defendam que a empatia é um fenômeno predominantemente cognitivo (EISENBERG; MURPHY; SHEPARD, 1997), enquanto outros afirmam que esse é um processo primordialmente afetivo com alguns componentes cognitivos (BARNETT, 1992), a literatura recente tem considerado a empatia como um construto multidimensional, abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (DAVIS, 1983; FALCONE *et al.*, 2008; KOLLER; CAMINO; RIBEIRO, 2001). A partir da consideração da empatia como um construto multidimensional, é essencial que os três componentes, cognitivo, afetivo e comportamental, estejam presentes para um completo entendimento do que vem a ser a empatia. Assim, compartilhar emoções (componente afetivo) sem a tomada de perspectiva e processos regulatórios envolvidos (componente cognitivo), toma a forma de um contágio emocional ou simpatia. Da mesma maneira, perceber de forma acurada os pensamentos e sentimentos de alguém, sem experimentar compaixão e interesse pelo seu bem estar, não traduz manifestação empática.

Dentre os vários métodos de avaliação da empatia, as medidas de autorrelato têm sido indicadas como mais fáceis de utilizar, uma vez que podem ser aplicadas em grandes amostras e avaliadas rapidamente (BATSON, 1992; FALCONE, 1998). Além disso, elas identificam deficiências e capacidades do respondente em seu desempenho e na dimensão cognitivo-afetiva desse desempenho (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998). Embora o autodesconhecimento ou a tendência a querer se apresentar de forma mais positiva possam gerar um viés nos resultados de uma medida de autorrelato, Caballo (1993, p. 94) observou que instrumentos de autoinforme das habilidades sociais avaliados em seu estudo refletiram uma boa medida da habilidade “real” do sujeito em situações sociais diárias, constituindo, algumas vezes, “a única fonte de que podemos dispor para avaliar o grau de habilidade social de uma pessoa”.

Desse modo, já foram desenvolvidas várias escalas para medir a empatia em diferentes cenários, como o Inventário de Empatia (IE) que avalia a empatia no contexto de situações de interação social da população em geral (FALCONE *et al.*, 2008); Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), que avalia as dimensões afetiva e cognitiva da empatia no contexto das relações sociais da população em geral (DAVIS, 1983); Escala de Empatia Emocional, que avalia a tomada de perspectiva na empatia emocional na população em geral (MEHRABIAN; EPSTEIN, 1972); Escala CARE, que avalia a percepção do paciente em relação à empatia no contexto do

atendimento clínico médico (MERCER *et al.*, 2004); Escala PPOS (*Patient- -Practitioner Orientation Scale*), que avalia atitudes de médicos e estudantes em relação ao atendimento centrado na pessoa (KRUPAT *et al.*, 1996); Escala de Empatia de Jefferson (*Jefferson Scale of Physician Empathy - JSPE*), desenvolvida por Hojat *et al.* (2001) no Departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade Thomas Jefferson na Filadélfia, Pensilvânia-EUA, com o objetivo de medir empatia no contexto da educação médica na assistência ao paciente, e uma segunda versão para profissionais de saúde avaliando o comportamento real na prática clínica (SHERMAN; CRAMER, 2005). Essas escalas têm a empatia como um atributo predominantemente cognitivo e apresenta três domínios: tomada de perspectiva, compaixão e capacidade de se colocar no lugar no outro.

Porém nenhuma dessas escalas foi desenvolvida especificamente para avaliar empatia na comunidade acadêmica odontológica no contexto do cuidado com o paciente. Assim, diante da importância da habilidade empática do futuro profissional na prática clínica odontológica e da escassez de estudos relacionados com esse tema, no contexto brasileiro, bem como da ausência de uma ferramenta validada para o português, este estudo teve como objetivo principal a criação e a validação de uma escala para mensurar a empatia no contexto do atendimento clínico em acadêmicos de odontologia.

2 JUSTIFICATIVA

A empatia é um atributo muito importante para o profissionalismo e, quando presente, interfere positivamente na relação dentista-paciente, contribuindo de forma expressiva nos resultados finais dos tratamentos. De acordo com a literatura científica, o quadro empático dos alunos de graduação em odontologia no mundo é variável, sendo que essa característica empática pode e deve ser detectada ainda na vida acadêmica do futuro profissional, podendo ser desenvolvida de forma proposital através de programas de treinamentos incluídos nas bases curriculares das universidades.

A importância deste estudo reside no fato de serem escassos os estudos científicos relevantes tanto em nível nacional quanto no internacional, sobre a empatia em estudantes de odontologia, além de não ter sido encontrada na literatura uma escala, em português do Brasil, que consiga mensurar a empatia nesta população. Os resultados deste estudo poderão ser úteis para embasar pesquisas sobre o tema, bem como auxiliar no desenvolvimento de estratégias a serem incluídas nos planos curriculares das faculdades de Odontologia do país, com o objetivo de estimular o desenvolvimento da empatia nos estudantes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar e validar uma escala de empatia para estudantes de odontologia.

3.2 Objetivos específicos

- Elaborar os itens de uma escala de empatia para estudantes de odontologia;
- Fazer a avaliação semântica dos itens elaborados para a escala proposta;
- Fazer a análise psicométrica dos itens elaborados para a escala proposta.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal de metodologia quantitativa, com proposta de criar e validar uma escala para mensurar a empatia em estudantes de odontologia, no contexto do atendimento clínico.

Avaliar aspectos de personalidade, comportamentos e processos mentais é algo desafiador, principalmente quando a proposta é criar uma ferramenta objetiva para se adquirir essas respostas. Esta técnica operacional quantitativa propõe algumas etapas que devem ser cumpridas ao se elaborar uma escala de aferição dos aspectos subjetivos das pessoas. Portanto, a seguir, o desenho do estudo irá descrever a ordem cronológica de etapas para essa elaboração e validação, de acordo com Reichenheim e Moraes (2007).

Esse estudo foi dividido em três fases, sendo: Fase 1: formulação dos itens e da estrutura das respostas; Fase 2: pré-teste para adequação semântica e avaliação do entendimento dos itens e Fase 3: avaliação das propriedades psicométricas da escala na população de estudantes de odontologia. Em seguida, as fases são explicadas de forma detalhada.

4.2 Local do estudo

O estudo será desenvolvido na Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, Minas Gerais.

4.3 População

4.3.1 População alvo

A população alvo é formada por estudantes de odontologia.

4.3.2 População acessível

A população acessível foi constituída de todos os estudantes da Faculdade de Odontologia da UNIFENAS – Alfenas-MG no ano de 2020, totalizando 378 alunos regularmente matriculados.

4.4 Critérios de inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Estar regularmente matriculado no curso de odontologia da UNIFENAS, Alfenas;
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo;
- Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE, conforme APÊNDICE A.

4.5 Critérios de exclusão

- Não aceitação de participação no estudo;
- Não preenchimento completo do questionário;
- Desejo declarado do participante de deixar o estudo.

4.6 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra do estudo foi constituída por estudantes de odontologia da UNIFENAS-Alfenas, os quais estavam cursando do primeiro ao último período. A amostra ideal para este estudo era de, no mínimo, 165 respondentes, atendendo ao sugerido por Hair Jr. *et al.* (2005), que recomendam um tamanho mínimo de cinco indivíduos por item avaliado. A amostra foi determinada por conveniência, sendo que todos os estudantes de odontologia da UNIFENAS-Alfenas foram convidados a participar do estudo. Todos receberam um convite através do moodle, whatsapp ou e-mail para participar do estudo, que foi conduzido através de preenchimento de escala online autoaplicável, contendo questões sociodemográficas e a escala de empatia para odontologia. Antes do preenchimento o estudante deveria ler e concordar com o Termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE A).

4.7 Elaboração da escala

4.7.1 *Elaboração dos itens*

A elaboração dos itens se baseou nos componentes da empatia descritos na literatura: tomada de perspectiva, compaixão e preocupação empática, observados em escalas que mais se aproximavam dos objetivos deste estudo. As diferentes situações envolvidas na relação dentista-paciente no contexto do atendimento clínico também nortearam as ideias para a construção dos itens.

Dentre as escalas encontradas na literatura, e que mais se aproximaram do objetivo do presente estudo, estão o Inventário da Empatia descrito por Falcone *et al.* (2008) e a Escala de Empatia de Jefferson idealizada e publicada por Hojat *et al.* (2001), ambas utilizadas como referências para este estudo. As duas escalas foram criadas seguindo as mesmas metodologias para elaboração e validação de uma escala com a intenção de medir a empatia a partir de respostas objetivas, critérios também utilizados por este estudo. A versão final do Inventário da Empatia é composta por 40 itens, com possibilidade de resposta em escala de Likert de 1 a 5, onde 1 significava discordo totalmente e 5 significava concordo totalmente (ANEXO B), assim como a Escala de Empatia de Jefferson, que possui 20 itens respondíveis por escala de Likert de 1 a 7, onde 1 significava discordo totalmente e 7 significava concordo totalmente (ANEXO C).

Portanto a obtenção e elaboração dos itens para compor a escala se basearam, inicialmente, em ambas escalas citadas anteriormente e experiência dos pesquisadores quanto à relação dentista-paciente. A partir desta revisão foram elaboradas questões baseadas nos três componentes da empatia (tomada de perspectiva, compartilhamento emocional e preocupação empática) (DECETY; COWELL, 2004), que se identifiquem com as seguintes situações clínicas: (1) recepção do paciente, (2) anamnese, (3) avaliação clínica, (4) procedimento clínico, (5) orçamento, (6) despedida do paciente. A construção dos itens foi feita obedecendo-se aos critérios de clareza, ortografia, abrangência de contextos, demandas e interlocutores. Dessa maneira, a primeira versão (V1) da escala foi constituída de 39 itens distribuídos nos três principais domínios relacionados ao tema, identificados na literatura como Tomada de perspectiva, Preocupação empática e Compartilhamento emocional.

O objetivo dessa etapa foi adquirir um conjunto bem completo de itens a fim de garantir a validade de conteúdo (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Assim, inicialmente, foi criada uma

série de itens a partir da experiência dos pesquisadores, completado ainda com ideias adquiridas de questionários já existentes na literatura.

Optou-se por respostas baseadas no modelo proposto por Likert (1932), com opções de respostas em forma de escala de Likert, escalonadas de 1 a 5, sendo que 1 representa “discordo muito” e 5 representa “concordo muito”. É uma escala de autorrelato, composta por perguntas que utilizarão uma escala de Likert cujos valores irão de um a cinco, onde um será “discordo totalmente” e cinco será “concordo totalmente”. Para os itens formulados na negativa, a pontuação foi recodificada inversamente. As pontuações mínimas e máximas possíveis para o escore global são, respectivamente, o número de questões multiplicado por um e o número de questões multiplicado por cinco. Não existirá um ponto de corte na avaliação produzida; a pontuação será gradativa, e, quanto maior o escore obtido, mais empático seria o estudante avaliado.

4.7.2 Avaliação dos itens pelos especialistas

A primeira versão (V1) da escala foi disponibilizada a um grupo de especialistas composto por uma psicóloga com experiência na docência universitária, uma psicóloga com experiência clínica, dois odontólogos com experiência na docência universitária e uma odontóloga com experiência clínica. Este grupo foi selecionado buscando profissionais estudiosos do tema e/ou com experiência clínica na área odontológica. Todos receberam a escala inicial impressa e a eles foi solicitado que analisassem cada item quanto à escrita, clareza, objetividade e conteúdo, deixando-os livres para críticas, correções e sugestões, inclusive de novos itens (PASQUALI, 1998). Ao final dessa análise, entre itens excluídos, corrigidos e adicionados, a escala permaneceu com 34 itens. A versão (V2) da escala obtida nesta etapa foi então submetida a nova avaliação, utilizando um grupo focal.

4.7.3 Grupo focal

Como uma segunda etapa da adequação semântica e escalonamento de respostas, a escala já analisada pelos cinco especialistas anteriores foi então exposta a um grupo focal composto por nove indivíduos, agora mais diversificado quanto à área de atuação profissional, os quais se caracterizaram por serem estudiosos do tema, ou profissionais da área ou representantes da

população-alvo (estudantes da área da saúde com experiência no atendimento clínico). Todos receberam a escala (V2) previamente, disponibilizado por link de acesso ao documento no padrão Google Forms, onde solicitou-se que analisassem escrita, clareza, objetividade e conteúdo, deixando-os livres para críticas, correções e sugestões, inclusive de novos itens. Em seguida foi realizado um encontro virtual, através da plataforma Google Meet. Nesse encontro, o tema central foi exposto pelos pesquisadores, enfatizando os conceitos básicos da empatia. Ao final dessa explanação introdutória, iniciou-se a discussão ampla de cada item, individualmente, onde cada participante teve a oportunidade de relatar seus entendimentos e tecer suas sugestões. Alguns itens foram excluídos, corrigidos e adicionados, sendo que, ao final, a terceira versão (V3) da escala continha 33 itens que foram então submetidos a um pré-teste.

4.7.4 Pré-teste

A realização de um pré-teste, após a elaboração dos itens, é fundamental para uma análise mais fiel quanto à aceitabilidade, à clareza e ao entendimento dos itens e opções de resposta pela população alvo (WARDLE *et al.*, 2002; REICHENHEIM; MORAES, 2007; RODRIGUEZ-AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). Esta etapa foi realizada conforme recomendações da literatura, que preconiza que a escala deve ser aplicada para uma pequena quantidade de pessoas, geralmente trinta (PASQUALI, 1998), e que não fazem parte, mas que tenham características parecidas com as da amostra-alvo (GUTIERREZ, 2000), onde os entrevistados devem apontar as principais dúvidas quanto às instruções, perguntas e opções de resposta ou qualquer outro aspecto que tenha ficado confuso na escala (FERREIRA, 2005), indicando o nível de entendimento de cada item respondendo: “eu não entendi nada”, “eu entendi um pouco”, “eu entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas”, ou “eu entendi tudo completamente”. (CONTI *et al.*, 2009). A escala foi então aplicada a 22 alunos do curso de odontologia, os quais ficaram excluídos da amostra principal da pesquisa.

4.8 Avaliação das propriedades psicométricas

4.8.1 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de preenchimento online de questionário autorrespondido contendo questões sociodemográficas (APÊNDICE C) e a Escala de empatia em odontologia (V4).

Os dados sociodemográficos avaliados foram, idade (anos), sexo (masculino e feminino), estado civil (casado, solteiro, união estável, viúvo, divorciado), naturalidade, filhos (sim e não e quantos), odontologia é o primeiro curso superior (sim e não), motivo da escolha do curso (curso adequado à aptidão pessoal e vocacional, possibilidade de poder contribuir para sociedade, possibilidade de emprego, influência de familiar, amplas expectativas salariais, prestígio social da profissão), pretensão de fazer especialização, com quem mora (família, sozinho, com parentes, pensão, república, outros), renda familiar (menos de 1 salário mínimo, até 3 salários mínimos, 3 a 6 salários mínimos, 7 a 10 salários mínimos e acima de 10 salários mínimos), possui atividade remunerada (sim e não), possui hobby (sim ou não e qual), doença crônica pessoal (sim e não) e doença crônica familiar (sim ou não).

A Escala de Empatia para odontologia é uma escala de autorrelato, composta por perguntas com respostas em uma escala de Likert, cujos valores irão de um a cinco, onde um será “discordo totalmente” e cinco será “concordo totalmente”. Para os itens formulados na negativa, a pontuação será recodificada inversamente. As pontuações mínimas e máximas possíveis para o escore global serão, respectivamente, o número de questões multiplicado por um e o número de questões multiplicado por cinco. Não existirá um ponto de corte na avaliação produzida; a pontuação será gradativa e, quanto maior o escore obtido, mais empático seria o estudante avaliado. A escala foi construída no Google Forms e o link de acesso foi disponibilizado para os estudantes por e-mail ou Whatsapp, juntamente com o link para acesso ao TCLE.

4.9 Análise dos dados

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana, Média e desvio-padrão (d.p.), além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

A análise de *Correlação de Pearson* (teste paramétrico), quando envolvem duas variáveis escalares, foi utilizada como forma de avaliar a relação entre duas variáveis de interesse. Esta

análise expressa a relação entre duas variáveis X e Y, medindo a grandeza dessa relação em que $r > 0 \rightarrow$ indica relação direta / positiva, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um aumento em Y; $r < 0 \rightarrow$ Indica relação indireta / negativa, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um decréscimo em Y. Um alto valor de r (negativo ou positivo) - próximo de +1 ou -1 - indica uma forte relação, enquanto um valor próximo de zero mostra uma relação fraca ou nula. Foram considerados os seguintes valores de referência: correlação fraca: $r < 0,40$; correlação moderada: $0,40 \leq r \leq 0,75$ e correlação forte: $r > 0,75$.

A análise fatorial pelo Método de Componentes Principais foi utilizada com o objetivo de reduzir o número de questões (baseada em uma escala do tipo *Likert* \rightarrow Nesta pesquisa, notas de 1 a 5 a um grupo menor de variáveis (Domínios / Fatores / Dimensões / Construtos) que explicam de forma mais objetiva o grau de empatia dos alunos de odontologia. Para avaliar a existência de conveniência do modelo da análise fatorial, o teste de esfericidade de *Bartlett* e a medida de adequacidade da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), foram utilizados. Este teste (KMO) quando apresenta um valor superior ao valor de referência (parâmetro da análise) de 0,7, indica que a análise fatorial é adequada para o conjunto de variáveis estudadas (questões em escala do tipo *Likert* do questionário). Além disso, utiliza-se o teste de *Bartlett* com o intuito de verificar a existência de correlação significativa entre as variáveis estudadas (questões relacionadas à empatia) no grupo de alunos de odontologia entrevistados, ou seja, se existe um alto índice de interdependência ($p < 0,05$) entre as questões estudadas na pesquisa.

Para determinar o número de fatores das questões estudadas, utilizaram-se as técnicas de determinação com base em autovalores e na porcentagem de variância explicada. Considera-se como parâmetro de avaliação para a análise fatorial um percentual de variância explicada acumulada superior a 60%. Primeiramente, utilizam-se as medidas referentes ao modelo SEM rotação (modelo inicial) e, caso o modelo de análise fatorial não se ajuste adequadamente utiliza-se a análise fatorial pelo método de componente principal com rotação do tipo *VARIMAX*, com o objetivo de se obter um melhor ajuste para o modelo, bem como determinar o número mínimo de fatores que respondam pela máxima variância nos dados pesquisados.

Os coeficientes da matriz de cargas fatoriais, que podem variar de -1 a +1, representam as correlações entre os construtos e cada uma das variáveis (questões) que as compõem, sendo que, valores grandes, em módulo, indicam que os fatores e as variáveis (questões) estão

estritamente relacionados. Neste estudo, baseados no tamanho da amostra (164 entrevistados), no nível de significância (5%) e no poder de 80% considerarão como carga fatorial significativa um valor de referência, em módulo, superior a 0,42.

As medidas de comunalidade e as medidas de adequacidade da amostra, para cada uma das questões participantes da análise fatorial final, também foram utilizadas. Estas medidas têm como objetivo avaliar as comunalidades quanto à adequacidade dos fatores gerados, ou seja, se as questões contribuem de forma significativa na modelagem da análise fatorial (Valores para Comunalidades e de Adequacidade da Amostra – MSA - superiores 0,50).

Além disso, foram examinadas as diferenças entre as correlações observadas (matriz de correlação com todas as questões originais) e as correlações reproduzidas (correlações estimadas pela matriz de construtos), onde essas diferenças, chamadas de resíduos quando apresentam valores muito baixos indicam um bom ajuste do modelo gerado (resultados não apresentados no corpo do relatório).

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. A confiabilidade da consistência interna de cada domínio foi avaliada pelo *Alfa de Cronbach*. Este coeficiente varia de 0 a 1, e um valor de 0,6 ou superior indica confiabilidade satisfatória da consistência interna de cada um dos fatores estudados.

4.10 Aspectos éticos

Os estudantes foram convidados a participar do estudo, recebendo esclarecimento sobre a garantia de privacidade e de confidencialidade antes do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores informaram os objetivos do estudo, que estão também explícitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Este termo reitera as informações acerca do estudo, da participação e da garantia de preservação da privacidade dos dados pessoais fornecidos. Foi também esclarecido que a participação ocorreria sob a forma de respostas a uma escala e garantiu-se aos alunos o direito de recusa da participação sem nenhum tipo de prejuízo, bem como o direito de interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum constrangimento. Permitiu-se fazer perguntas e solicitar esclarecimentos

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

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFENAS sob o número **CAAE 21296819.0.0000.5143** (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

5.1 Elaboração dos itens

Foram elaborados 39 itens baseados nos domínios da empatia, compondo a primeira versão da escala (V1), sendo que: Tomada de perspectiva continha 19 itens; Compartilhamento emocional continha 11 itens e Preocupação empática continha 8 itens. (QUADRO 1 – V1).

5.2 Análise dos itens

5.2.1 Elaboração dos itens

Os itens elaborados foram então encaminhados para 5 *experts*. De maneira aleatória e na intenção de formar um grupo de *experts* bem heterogêneo, porém com experiência no trato com o paciente, foram selecionados 5 profissionais considerados *experts* em suas áreas de atuação. (1) Uma cirurgiã-dentista do gênero feminino, de 59 anos de idade, 37 anos de formada em odontologia, 30 anos de formada em periodontia, com mestrado e doutorado na área de estomatologia e experiência na docência universitária e prática clínica. (2) Um cirurgião-dentista do gênero masculino, 58 anos de idade, 32 anos de formado em odontologia, 22 anos de formado em endodontia, com mestrado na área de deformidades faciais e experiência na docência universitária. (3) Uma cirurgiã-dentista do gênero feminino, de 40 anos de idade, 19 anos de formada em odontologia, 17 anos de formada em endodontia e com experiência apenas na prática clínica. (4) Uma psicóloga do gênero feminino, 53 anos de idade, 31 anos de formada em psicologia, 29 anos de em mestrado em psicologia clínica e com experiência na docência universitária e prática clínica. E (5) uma psicóloga do gênero feminino, de 65 anos de idade, 47 anos de formada em psicologia, 40 anos de formada em psicologia humanística, com experiência apenas na prática clínica.

A estes *experts* foi enviada a primeira versão da escala de empatia para estudantes de odontologia (descrito acima) e a eles foi solicitado que analisassem cada item quanto à escrita, clareza, objetividade e conteúdo, deixando-os livres para críticas, correções e sugestões, inclusive de novos itens.

As avaliações dos *experts* foram então analisadas pelos pesquisadores que adequaram os itens a partir das sugestões (QUADRO 1).

Quadro 1 – Primeira versão da escala de empatia (V1) e adequação dos itens, conforme sugestões dos *experts* e avaliação dos pesquisadores (V2)

(Continua)

Primeira versão (V1)	Modificações realizadas após análise dos <i>experts</i> (V2)
Quando o dentista discorda do seu paciente, deve procurar ouvi-lo e, em seguida, demonstrar compreender o seu ponto de vista antes de expressar o seu.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
O dentista deve tentar compreender o lado do paciente e de outras pessoas envolvidas no contexto do atendimento clínico.	O dentista deve procurar compreender a perspectiva do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no contexto do atendimento clínico.
É complexo para o dentista enxergar a realidade pelo prisma de seu cliente.	É difícil para o dentista imaginar como se sentiria se estivesse no lugar do paciente.
O dentista deve entender as razões do outro ao receber uma resposta negativa a um pedido seu, mesmo se sentindo frustrado(a).	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
O dentista, ao receber uma crítica, deve procurar expressar para o paciente a compreensão do que ele disse, para se certificar de que o entendeu.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
O dentista deve tentar compreender os sentimentos e as razões do paciente que se comportou de forma hostil ou prejudicial.	Quando o paciente se apresenta de forma hostil, o dentista deve procurar compreender suas razões.
O dentista deve tentar compreender as opiniões do paciente quando estas são diferentes das suas.	O dentista deve procurar compreender as opiniões do paciente mesmo que estas sejam diferentes das suas.
O dentista deve se colocar no lugar do paciente, quando este estiver revelando um problema, para ver como se sentiria e o que pensaria se estivesse na mesma situação.	O dentista deve imaginar o que sentiria se estivesse no lugar do paciente.
Traduzir as expressões e comportamentos corporais do seu cliente, no decorrer das consultas, é valioso para alcançar melhores resultados.	Compreender as expressões e comportamentos corporais do paciente no decorrer das consultas, é valioso para alcançar melhores resultados.
A descontração, por parte do profissional, durante as consultas favorece desfechos mais adequados.	Ao promover um ambiente de atendimento acolhedor, o dentista favorece a ocorrência de melhores resultados.
Eu acredito que a empatia é importante na relação com o paciente.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.

Quadro 1 – Primeira versão da escala de empatia (V1) e adequação dos itens, conforme sugestões dos experts e avaliação dos pesquisadores (V2)

(Continuação)

Primeira versão (V1)	Modificações realizadas após análise dos experts (V2)
Os clientes ficam mais à vontade sempre que os dentistas se mostram compassivos.	O paciente se sente mais à vontade quando o dentista demonstra preocupação em minimizar algum sofrimento causado pelo tratamento.
Compreensão das expressões e comportamentos do paciente no decorrer da consulta é relevante para o sucesso do tratamento.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
O dentista deve expressar para o paciente o seu reconhecimento do incômodo causado pelo procedimento odontológico.	Em situações de desconforto do paciente é esperado que o dentista se sinta mais ansioso.
Os dentistas precisariam desenvolver a capacidade de se colocar no lugar de seus clientes para obter maiores sucessos em seus tratamentos.	O resultado do tratamento odontológico independe da capacidade do dentista de se colocar no lugar do paciente.
A empatia é um fator terapêutico importante.	A capacidade de se colocar no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades é um fator terapêutico importante.
Haver fortes vínculos particulares entre profissional/cliente e/ou profissional/família pode interferir no tratamento proposto.	O relacionamento pessoal entre o dentista e o paciente e/ou familiares interfere no tratamento proposto.
A tendência humana de ser individualista interfere negativamente na capacidade do profissional em observar a real condição em que seu paciente se encontra.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
Os dentistas devem ter a sensibilidade de perceber que a presença do acompanhante na sala de procedimento, mesmo que o paciente já seja adulto, pode trazer mais segurança ao paciente.	O dentista deve compreender que a presença do acompanhante na sala de atendimento traz segurança ao paciente.
Dentistas que conversam sobre a complexidade do procedimento com seus assistentes no momento do atendimento, podem demonstrar descaso para com o paciente.	Conversar sobre a complexidade do procedimento com o assistente no momento do atendimento demonstra se importar com os sentimentos do paciente.
Dentistas deveriam tentar compreender que tirar selfies ou fotografias intraorais de seus pacientes, mesmo com o consentimento deles, pode criar desconforto.	Excluída por não estar no contexto do construto.
Fazer perguntas ao paciente, no decorrer do procedimento odontológico para identificar possíveis sensações dolorosas, é uma maneira de o dentista demonstrar interesse pelo paciente.	Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico sobre sensações dolorosas, é uma maneira de o dentista demonstrar interesse pelo paciente.
A compreensão dos dentistas sobre os sentimentos dos seus pacientes não influencia no tratamento odontológico.	Sentir e compreender as angústias da pessoa atendida contribuem para um bom resultado do tratamento odontológico.

Quadro 1 – Primeira versão da escala de empatia (V1) e adequação dos itens, conforme sugestões dos experts e avaliação dos pesquisadores (V2)

(Continuação)

Primeira versão (V1)	Modificações realizadas após análise dos experts (V2)
Os clientes consideram importantíssimo o comportamento compreensivo dos dentistas sobre seus problemas, o que aumenta o crédito dele como profissional.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
Conhecer históricos de tratamentos odontológicos anteriores, que foram desagradáveis a seus clientes, não influencia os resultados do tratamento proposto.	O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.
Eu não acredito que as emoções do paciente possam interferir no tratamento odontológico.	As emoções do paciente não interferem no tratamento odontológico.
Dentistas que conversam sobre assuntos cotidianos com seus assistentes, no momento do atendimento, demonstram descaso para com o paciente.	O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o assistente, no momento do atendimento, demonstra descaso para com o paciente.
As intervenções odontológicas nos pacientes que apresentam alguma morbidade em cavidade oral são inevitáveis, sendo a relação interpessoal entre profissional-paciente irrelevante para a realização dessas intervenções.	Uma boa relação entre o dentista e o paciente é importante no que diz respeito às intervenções odontológicas de urgência.
No momento da anamnese, ter a sensibilidade de perceber o estado afetivo do seu cliente facilitará o registro de todas as informações relevantes para o tratamento.	Durante a anamnese, a percepção do estado afetivo do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.
Minha vida gira em torno exclusivamente da prática odontológica, não tendo nenhum <i>hobby</i> ou apreço por atividades recreativas em meu tempo livre.	Excluída por não estar no contexto do construto.
Sempre que for preciso recusar um pedido do paciente, já vou direto ao ponto.	Excluída por não estar no contexto do construto.
Um contato telefônico por parte do dentista, no dia seguinte ao atendimento, é muito importante na relação dentista-paciente.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
Se o horário da consulta tiver terminado e o paciente insistir em continuar conversando, encerro imediatamente o assunto dizendo que o tempo da consulta acabou.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
Se o paciente me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.
Quando o paciente faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo “não” sem rodeios.	Excluída por já existir item com a mesma conotação.

Quadro 1 – Primeira versão da escala de empatia (V1) e adequação dos itens, conforme sugestões dos experts e avaliação dos pesquisadores (V2)

Primeira versão (V1)	Modificações realizadas após análise dos experts (V2)
Quando o paciente não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida.	O dentista não deve mais atender um paciente que se encontra em dívida financeira.
A pontualidade do dentista no atendimento transparece maior atenção com o paciente, favorecendo o bom relacionamento.	A pontualidade do dentista no atendimento demonstra preocupação com o paciente.
O paciente se sente melhor quando o dentista compartilha seu contato pessoal.	O paciente se sente seguro quando o dentista compartilha seu contato pessoal.

5.2.2 Grupo focal

Após a adequação dos itens e da inclusão de novos itens pelos pesquisadores, a segunda versão da escala (V2) (QUADRO 1 – V2) passou a conter 34 itens. Esta versão foi então analisada em um grupo focal composto por nove integrantes: dois odontólogos com experiência clínica, um médico com experiência clínica e estudioso das habilidades de comunicação, um advogado com experiência na prática do direito e estudioso da comunicação, uma pedagoga com experiência na docência universitária, duas acadêmicas do 6º período do curso de medicina, com experiência no atendimento ambulatorial, e dois acadêmicos do curso de odontologia (5º e 8º períodos) com experiência na prática clínica. O perfil do grupo se caracterizou por ser 55,6% do sexo masculino e 44,4% do sexo feminino, com idades variando entre 20 a 55 anos. Em relação à titulação, 33,3% eram especialistas, 22,2% mestres, 22,2% doutores e 4% acadêmicos.

Os integrantes do grupo focal receberam por e-mail a Escala de Empatia para Odontologia elaborada no Google Forms para análise prévia, e o link para a reunião síncrona. Durante a reunião, todas as questões foram analisadas e os itens discordantes foram debatidos até que se chegasse a um consenso e se alcançasse a versão 3 do questionário. A versão disponibilizada (V3) e as sugestões estão descritas no QUADRO 2, contendo apenas os itens que foram modificados.

Quadro 2 – Versão (V2) da Escala de Empatia e adequações sugeridas pelo grupo focal (V3)
(Continua)

Segunda versão (V2) da Escala de Empatia para Odontologia	Modificações realizadas após análise no grupo focal (V3)
É esperado que o dentista se emocione diante de um relato de vida angustiante do paciente.	É esperado que o dentista se sensibilize diante de um relato de vida angustiante do paciente.
Durante a anamnese, a percepção do estado afetivo do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.	Durante a anamnese, a percepção do estado emocional alterado do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.
Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico, sobre sensações dolorosas é uma maneira de o dentista demonstrar interesse pelo paciente.	Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico, sobre sensações dolorosas é uma maneira de o dentista demonstrar cuidado com o paciente.
Em situações onde houver dor, o dentista precisa atender prontamente o paciente, mesmo que não tenha disponibilidade de agenda.	Em situações onde houver dor, o dentista precisa prestar assistência ao paciente, mesmo que não tenha disponibilidade de agenda.
Conversar sobre a complexidade do procedimento com o assistente , no momento do atendimento, demonstra se importar com os sentimentos do paciente.	Conversar sobre a complexidade do procedimento com o auxiliar , no momento do atendimento, demonstra se importar com os sentimentos do paciente.
As emoções do paciente não interferem no tratamento odontológico.	Sem alteração.
O dentista não deve mais atender um paciente que se encontra em dívida financeira .	O dentista não deve mais atender um paciente que não efetuou o pagamento dos procedimentos odontológicos anteriores .
O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o assistente , no momento do atendimento, demonstra descaso para com o paciente.	O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o auxiliar , no momento do atendimento, demonstra descaso com o paciente.

Quadro 2 – Versão (V2) da Escala de Empatia e adequações sugeridas pelo grupo focal (V3) (conclusão)

Segunda versão (V2) da Escala de Empatia para Odontologia	Modificações realizadas após análise no grupo focal (V3)
O relacionamento pessoal entre o dentista e o paciente e/ou familiares interfere no tratamento proposto.	Retirar pois não estava dentro do contexto do construto e substituir por: As crenças e os julgamentos de conduta moral do dentista não devem interferir na sua relação com o paciente.
O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.	Conhecer a história do paciente interfere no tratamento.
Uma boa relação entre o dentista e o paciente é importante no que diz respeito às intervenções odontológicas de urgência.	
Diante de um tratamento sabidamente doloroso, o dentista deve evitar antecipar ao paciente esta informação.	Retirar, pois não houve consenso sobre a relação da resposta com a intensidade da empatia (O que é ser mais empático? A resposta sim ou a resposta não?)

5.2.3 Pré-Teste

A terceira versão (V3) da escala foi então disponibilizada para um grupo de 22 participantes escolhidos aleatoriamente dentre todos os alunos do curso de Odontologia Unifenas-Alfenas-MG, dessa forma, apresentando características iguais às da amostra-alvo. Esta fase, denominada de Pré-Teste, foi realizada inicialmente através de um encontro síncrono utilizando a plataforma Google Meet. Este encontro teve o objetivo de orientar os participantes quanto aos seus papéis naquele momento. Logo em seguida, disponibilizado o link de acesso a V3 para os participantes, a qual foi construída utilizando a plataforma Google Forms. Todos os 22 participantes eram estudantes do curso de Odontologia da Unifenas-Alfenas-MG sendo, 50% (11 participantes) cursando o 7º. período, 45,5% (10 participantes) cursando o 6º. período e, 4,5% (1 participante) cursando o 4º. período. O perfil do grupo se caracterizou por ser 68,2% do sexo feminino e 31,8% do sexo masculino, com idades variando entre 20 a 30 anos e a totalidade da amostra de solteiros.

Após análise dos estudantes, quatro itens foram modificados devido a relatos de dificuldade de entendimento. A versão disponibilizada (V3) e as modificações realizadas após o pré-teste (V4) estão descritas no QUADRO 3, contendo apenas os quatro itens que foram modificados.

Quadro 3 – Alterações da Escala de Empatia para Odontologia (V3), realizadas após análise por estudantes de odontologia (Pré – Teste) (V4).

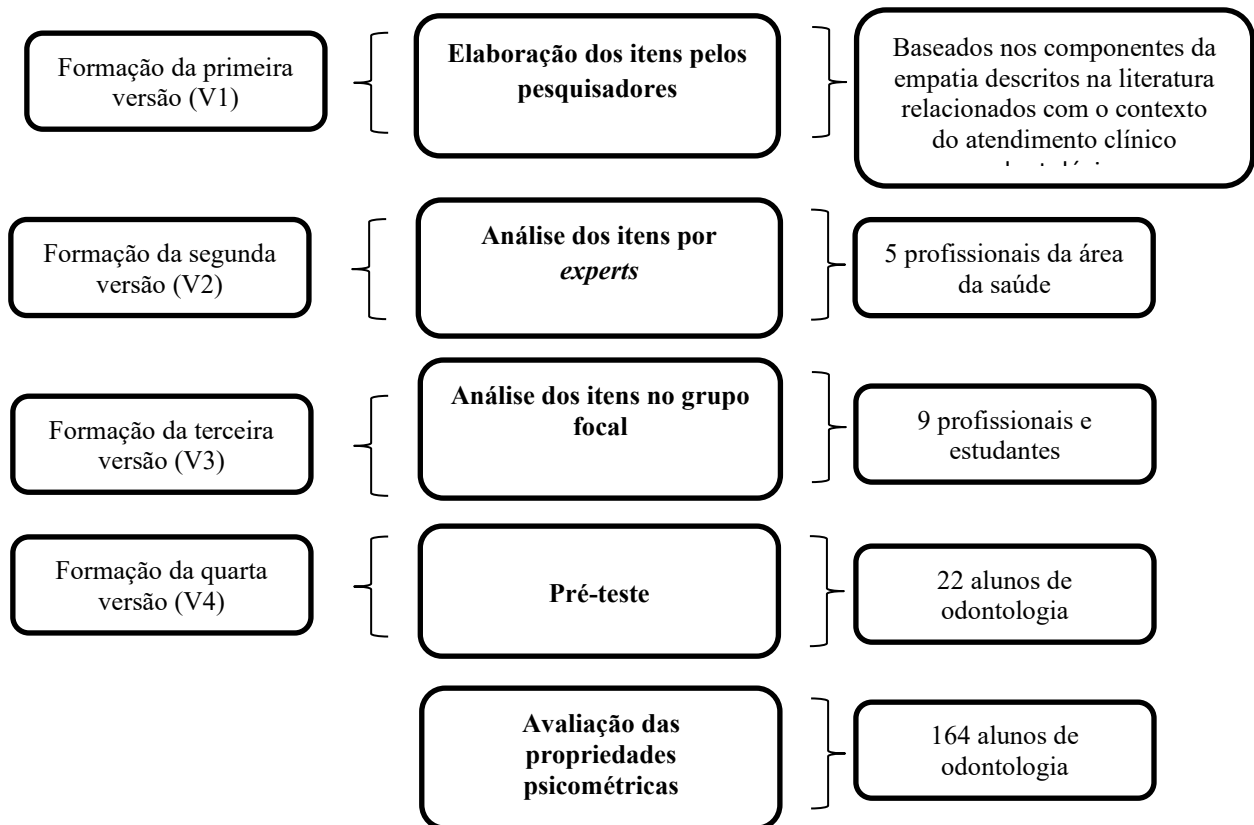
Terceira versão (V3) da Escala de Empatia para Odontologia	Modificações realizadas após análise no pré-teste (V4)
A capacidade de colocar-se no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades são um fatores terapêuticos importantes em odontologia.	A capacidade de colocar-se no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades é importante para o sucesso do tratamento odontológico.
Um dentista de grande expertise técnica tem menor capacidade de compreender as necessidades do paciente.	Um dentista com grande experiência técnica tem menor capacidade de compreender as necessidades dos pacientes.
O dentista deve procurar compreender a perspectiva do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no contexto do atendimento clínico.	O dentista deve procurar compreender o ponto de vista do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no tratamento.
Conhecer a história do paciente interfere no tratamento.	O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis e anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.

Conforme QUADRO 3, foram descritas as alterações nos itens que passaram pelo pré-teste, sendo quatro pequenas modificações nos itens devido a relatos de dificuldades de entendimento. Apenas um item passou por uma completa modificação em sua escrita, pois gerou muitas interpretações diferentes. Dessa forma, foi possível resumir na FIG. 1 todas as etapas da elaboração dos itens da Escala de Empatia para odontologia.

A versão 4 (V4), considerada final, da escala (pós pré-teste) foi então configurada na plataforma Google Forms, e o link de acesso a V4 foi encaminhado para todos os estudantes do curso de odontologia da Unifenas-Alfenas-MG, juntamente com o link de acesso ao TCLE para a

avaliação das propriedades psicométricas da escala. Os 33 itens prontos se encontram como APÊNDICE C.

Figura 1 – Etapas da elaboração dos itens da Escala de Empatia para Odontologia



5.3 Análise das propriedades psicométricas da escala

5.3.1 Caracterização da amostra

A versão quatro (V4) contendo 33 questões, foi aplicada a um grupo alunos de odontologia com o intuito de verificar a confiabilidade dos domínios originalmente construídos e avaliar a existência de uma estrutura de correlação entre as questões propostas.

Participaram desse estudo 164 alunos, sendo que a idade de 27,4% variou de 18 e 20 anos, 56,1% de 21 a 25 anos, 8,6% de 26 a 30 anos e 7,9% com 31 anos ou mais. A maioria dos alunos era do sexo feminino (72,6%), de cor branca (79,9%), solteira (93,9%), possuía religião (93,3%) e não possuía filhos (90,9%). 61,6% dos alunos moram com a família, 18,9% moram sozinhos e 10,4% moram em república. Quanto à renda familiar, observou-se 31,1% com renda

entre 1 e 3 SM, 21,3% entre 3 e 6 SM e 29,3% com uma renda familiar superior a 10 SM. A maioria dos alunos (87,8%) não possuem uma atividade remunerada. Aproximadamente 67% dos alunos declararam que possuem algum hobby, 89,6% não são portadores de nenhuma doença crônica e 73,8% não possuem familiares portadores de doença crônica (TAB. 1)

Tabela 1 - Caracterização dos alunos de acordo com os dados sociodemográficos
(Continua)

Característica	n (%)
Faixa etária	
De 18 a 20 anos	45 (27,4%)
De 21 a 25 anos	92 (56,1%)
De 26 a 30 anos	14 (8,6%)
31 anos ou mais	13 (7,9%)
Sexo	
Feminino	119 (72,6%)
Masculino	45 (27,4%)
Cor/Etnia	
Branca	131 (79,9%)
Parda	27 (16,5%)
Preta	6 (3,6%)
Estado civil	
Casado(a)	4 (2,4%)
Divorciado(a)	2 (1,3%)
Solteiro(a)	154 (93,9%)
União estável	4 (2,4%)
Possui religião	
Não	11 (6,7%)
Sim	153 (93,3%)
Possui filhos	
Não	149 (90,9%)
Sim	15 (9,1%)
Com quem mora	
Com a família	101 (61,6%)
Com parentes	7 (4,3%)
Outro	5 (3,0%)
Pensão	3 (1,8%)
República	17 (10,4%)
Sozinho(a)	31 (18,9%)

Tabela 1 - Caracterização dos alunos de acordo com os dados sociodemográficos
(conclusão)

Característica	n (%)
Renda mensal familiar	
< 1 salário mínimo	11 (6,7%)
De 1 a 3 salários mínimos	51 (31,1%)
3 a 6 salários mínimos	35 (21,3%)
7 a 10 salários mínimos	19 (11,6%)
Acima de 10 salários mínimos	48 (29,3%)
Possui atividade remunerada	
Não	144 (87,8%)
Sim	20 (12,2%)
Possui algum hobby	
Não	54 (32,9%)
Sim	110 (67,1%)
Doença pessoal crônica	
Não	147 (89,6%)
Sim	17 (10,4%)
Doença familiar crônica	
Não	121 (73,8%)
Sim	43 (26,2%)

Base de dados: 164 alunos

O curso de odontologia é o primeiro curso superior da maioria dos alunos (89%). Em relação ao período que o aluno está cursando, observou-se que 29,3% estavam entre o 2º e o 4º período, 34,9% estavam no 5º ou 6º período e 37,8% no 7º ou 8º período. A adequação do curso à aptidão pessoal e vocacional e a possibilidade de contribuir para a sociedade foram os principais motivos para a escolha do curso de odontologia apontados por 54,9% e 51,2%, respectivamente. Os resultados mostraram que 15,9% dos alunos ainda não sabem qual especialidade pretendem executar após a conclusão da graduação. Considerando-se aqueles que já definiram a especialidade pretendida, as mais citadas foram: endodontia (23,8%), traumatologia bucomaxilofacial (22,0%), ortodontia (14,0%), cirurgia (12,8%) e odontopediatria (11,6%). Dentre os alunos que participaram do estudo, 63,4% têm a escola particular como escola de origem e 36,6% a escola pública. (TAB. 2).

Tabela 2 - Caracterização dos alunos de acordo com os dados relacionados à educação
(continua)

Característica	n (%)
Odontologia é o 1º curso superior	
Não	18 (11,0%)
Sim	146 (89,0%)
Período do curso	
2º período	24 (14,7%)
3º período	12 (7,3%)
4º período	12 (7,3%)
5º período	10 (6,1%)
6º período	44 (26,8%)
7º período	21 (12,8%)
8º período	41 (25,0%)
Motivo da escolha do curso	
Curso adequado à aptidão pessoal e vocacional	90 (54,9%)
Possibilidade de poder contribuir para a sociedade	84 (51,2%)
Influência de familiares	32 (19,5%)
Possibilidade de emprego	31 (18,9%)
Amplas expectativas salariais	24 (14,6%)
Prestígio social da profissão	22 (13,4%)
Área pretendida na especialização	
Não sei	26 (15,9%)
Endodontia	39 (23,8%)
Traumatologia bucomaxilofacial	36 (22,0%)
Ortodontia	23 (14,0%)
Cirurgia	21 (12,8%)
Odontopediatria	19 (11,6%)
Implantodontia	15 (9,1%)
Periodontia	14 (8,5%)
Estética	12 (7,3%)
Prótese	12 (7,3%)
Reabilitação orofacial	9 (5,5%)
Harmonização orofacial	8 (4,9%)

Tabela 2 - Caracterização dos alunos de acordo com os dados relacionados à educação (conclusão)

Característica	n (%)
Área pretendida na especialização	
Dentística	6 (3,7%)
Radiologia	2 (1,2%)
Estomatologia	1 (0,6%)
Odontogeriatrics	1 (0,6%)
Odontologia hospitalar	1 (0,6%)
Odontologia legal	1 (0,6%)
Saúde coletiva	1 (0,6%)
Escola de origem	
Privada	104 (63,4%)
Pública	60 (36,6%)

Base de dados: 164 alunos

5.3.2 Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala

A TAB. 3 mostra o escore médio dos alunos em cada uma das 33 questões da escala de pesquisa. É importante destacar que, para algumas questões, houve polarização nos extremos, onde pelo menos 75% dos alunos apontaram a resposta 1 ou 5 (questões 1, 3, 4, 5, 14, 15, 21, 29, 30 e 33) (QUADRO 4). Esse resultado indica que essas questões não são discriminativas, ou seja, a maioria dos alunos compartilham da mesma opinião. Além disso, comprometem fortemente a avaliação da confiabilidade dos domínios e até mesmo os resultados da análise fatorial. Assim, elas foram retiradas da escala.

Tabela 3 - Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala

(Continua)

Afirmativas	Escala de resposta					Nota
	1	2	3	4	5	Média
1. Sentir e compreender as angústias da pessoa atendida contribui para um bom resultado do tratamento odontológico.	0,0	2,4	1,8	15,9	79,9	4,73
2. O dentista deve se preocupar com os sentimentos e angústias do paciente, mesmo que não se relacionem ao tratamento dentário.	4,3	3,0	4,9	35,4	52,4	4,29
3. O dentista deve imaginar o que sentiria se estivesse no lugar do paciente.	1,2	0,0	2,4	15,3	81,1	4,75
4. Compreender o comportamento e as expressões corporais do paciente, no decorrer das consultas, é valioso para alcançar melhores resultados.	0,0	0,0	0,0	6,1	93,9	4,94
5. A capacidade de colocar-se no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades é importante para o sucesso do tratamento odontológico.	0,0	2,4	0,0	18,3	79,3	4,74
6. É difícil para o dentista imaginar como se sentiria se estivesse no lugar do paciente.	18,9	29,9	13,4	31,7	6,1	3,24
7. Em situações de desconforto do paciente, é esperado que o dentista se sinta ansioso.	9,1	15,9	20,1	31,1	23,8	3,45
8. Se o dentista se emociona diante dos problemas do paciente, poderá comprometer o tratamento em curso.	6,1	13,4	11,6	42,7	26,2	2,30
9. É esperado que o dentista se sensibilize diante de um relato de vida angustiante do paciente.	2,4	10,4	17,1	36,6	33,5	3,88
10. O resultado do tratamento odontológico independe da capacidade de o dentista se colocar no lugar do paciente.	29,3	34,7	13,4	12,2	10,4	3,60
11. O dentista deve compreender que a presença do acompanhante na sala de procedimento pode trazer segurança ao paciente.	3,7	14,6	14,0	29,9	37,8	3,84
12. O paciente se sente seguro quando o dentista compartilha seu contato pessoal.	3,0	6,7	15,9	29,9	44,5	4,06
13. Durante a anamnese, a percepção do estado emocional alterado do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.	9,8	10,4	11,6	33,5	34,7	2,27
14. Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico, sobre sensações dolorosas é uma maneira de o dentista demonstrar cuidado com o paciente.	0,6	1,8	1,8	20,1	75,7	4,68
15. A pontualidade do dentista no atendimento demonstra preocupação com o paciente.	0,6	1,8	4,9	14,6	78,1	4,68
16. Em situações onde houver dor, o dentista precisa prestar assistência ao paciente, mesmo que não tenha disponibilidade de agenda.	0,0	3,6	1,2	23,2	72,0	4,63

Tabela 3 - Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala

Afirmativas	(Continuação)					Nota Média
	Escala de resposta					
	1	2	3	4	5	
17. Conversar sobre a complexidade do procedimento com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra se importar com os sentimentos do paciente.	47,0	18,3	19,1	11,0	14,6	3,72
18. O dentista deve procurar compreender as opiniões do paciente mesmo que estas sejam diferentes das suas.	1,2	5,5	12,8	29,3	51,2	4,24
19. Quando o paciente estiver revelando uma angústia pessoal, não relacionada ao problema dentário, o dentista não deve deixar que o fato relatado interfira em suas decisões terapêuticas.	6,1	12,2	9,1	31,1	41,5	2,10
20. Um dentista com grande experiência técnica tem menor capacidade de compreender as necessidades do paciente.	61,6	15,2	9,2	11,6	2,4	4,22
21. O dentista que manifesta interesse em saber como o paciente se encontra, alguns dias após atendimento, demonstra insegurança.	84,2	6,1	4,9	3,0	1,8	4,68
22. Quando o paciente se apresenta de forma hostil, o dentista deve procurar compreender suas razões.	6,7	13,4	11,0	37,2	31,7	3,74
23. As emoções do paciente não interferem no tratamento odontológico.	74,4	9,1	6,1	9,1	1,3	4,46
24. O dentista não deve mais atender um paciente que não efetuou o pagamento dos procedimentos odontológicos anteriores.	5,5	34,1	24,4	23,2	12,8	2,96
25. O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra descaso para com o paciente.	12,2	29,3	18,9	21,3	18,3	3,04
26. O dentista deve compreender a ansiedade do paciente pela urgência do atendimento diante de um problema estético.	0,6	4,3	12,2	28,6	54,3	4,32
27. O dentista que sente desconforto diante da manifestação de dor do paciente demonstra insegurança.	21,9	25,0	15,9	26,2	11,0	3,21
28. O dentista deve procurar compreender o ponto de vista do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no tratamento.	1,8	5,5	13,4	33,6	45,7	4,16
29. O paciente se sente mais à vontade quando o dentista demonstra preocupação em minimizar algum sofrimento causado pelo tratamento.	0,6	1,8	4,3	14,6	78,7	4,69
30. Ao promover um ambiente de atendimento acolhedor, o dentista favorece a ocorrência de melhores resultados.	0,0	0,0	1,8	17,1	81,1	4,79
31. As crenças e os julgamentos de conduta moral do dentista não devem interferir na sua relação com o paciente.	1,2	4,9	8,5	14,0	71,4	4,49

Tabela 3 - Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das questões da escala

Afirmativas	(conclusão)					Nota Média
	Escala de resposta					
	1	2	3	4	5	
32. O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.	48,2	19,5	4,9	17,7	9,7	3,79
33. Uma boa relação entre o dentista e o paciente é importante no que diz respeito a intervenções odontológicas de urgência.	0,0	4,3	2,4	15,2	78,1	4,67

Quadro 4 - Itens excluídos da Escala de empatia para Odontologia após análise da resposta dos alunos

ITENS EXCLUÍDOS
Sentir e compreender as angústias da pessoa atendida contribui para um bom resultado do tratamento odontológico. O dentista deve imaginar o que sentiria se estivesse no lugar do paciente.
Compreender o comportamento e as expressões corporais do paciente, no decorrer das consultas, é valioso para alcançar melhores resultados. A capacidade de colocar-se no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades é importante para o sucesso do tratamento odontológico.
Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico, sobre sensações dolorosas é uma maneira de o dentista demonstrar cuidado para com o paciente. A pontualidade do dentista no atendimento demonstra preocupação com o paciente.
O dentista que manifesta interesse em saber como o paciente se encontra, alguns dias após o atendimento, demonstra insegurança. O paciente se sente mais à vontade quando o dentista demonstra preocupação em minimizar algum sofrimento causado pelo tratamento.
Ao promover um ambiente de atendimento acolhedor, o dentista favorece a ocorrência de melhores resultados. Uma boa relação entre o dentista e o paciente é importante diante de intervenções odontológicas de urgência.

5.3.3 Confiabilidade interna dos domínios

As TAB. 4 e 5 apresentam a avaliação da confiabilidade interna dos três domínios originalmente propostos, considerando-se as 33 questões e após a retirada das questões com polarização de respostas. Como pode ser observado, o domínio tomado de perspectiva apresentou um valor de Alfa de Cronbach igual a 0,70, no entanto reduz-se para 0,56 com a retirada das questões com resposta polarizada. A perspectiva Preocupação Empática apresentou um valor de Alfa de Cronbach igual a 0,56 e uma redução para 0,45. O domínio Compartilhamento Emocional apresentou um valor de Alfa de Cronbach igual a 0,25 (nenhuma das questões desse domínio apresentou polarização de respostas). Sendo assim, podemos concluir que a confiabilidade interna dos três domínios não foi satisfatória.

Tabela 4 - Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia

(Continua)		
Fatores formados / Questões	Coeficiente de correlação Item-total	Alfa de <i>Cronbach</i> se questão retirada
TOMADA DE PERSPECTIVA		
Q1	0,31	0,59
Q2	0,40	0,57
Q3	0,32	0,59
Q4	0,39	0,60
Q5	0,43	0,58
Q6*	0,07	0,63
Q10*	0,41	0,56
Q13*	0,07	0,63
Q18	0,22	0,60
Q19*	0,29	0,59
Q22	0,29	0,59
Q23*	0,40	0,57
Q28	0,33	0,58
Q32*	0,09	0,64
<i>Alfa de Cronbach Total</i> → 0,70		
PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		
Q11	0,02	0,53

Tabela 4 - Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia

(conclusão)		
Fatores formados / Questões	Coeficiente de correlação Item-total	Alfa de <i>Cronbach</i> se questão retirada
PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		
Q11	0,02	0,53
Q12	0,26	0,46
Q14	0,22	0,48
Q15	0,14	0,49
Q16	0,28	0,47
Q17*	0,14	0,50
Q20*	0,24	0,47
Q21*	0,23	0,47
Q24*	0,34	0,44
Q25	0,03	0,53
Q26	0,30	0,46
Q29	0,30	0,46
Q30	0,30	0,48
Q33	0,02	0,51
<i>Alfa de Cronbach Total</i> → 0,56		
COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL		
Q7	0,12	0,20
Q8*	0,00	0,32
Q9	0,36	0,00
Q27*	0,11	0,21
Q31	0,02	0,28
<i>Alfa de Cronbach Total</i> → 0,25		

Tabela 5 - Medida de confiabilidade da consistência interna das questões alocadas originalmente em cada um dos 3 domínios de empatia (Excluindo as questões que apresentaram polarização)

(Continua)

Fatores formados / Questões	Coefficiente de correlação Item-total	Alfa de Cronbach se questão retirada
TOMADA DE PERSPECTIVA		
Q2	0,33	0,48
Q6*	0,08	0,55
Q10*	0,32	0,48
Q13*	0,09	0,55
Q18	0,20	0,51
Q19*	0,30	0,48
Q22	0,24	0,50
Q23*	0,38	0,47
Q28	0,32	0,48
Q32*	0,13	0,54
<i>Alfa de Cronbach Total → 0,56</i>		
PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		
Q11	0,06	0,42
Q12	0,26	0,32
Q16	0,23	0,35
Q17*	0,09	0,42
Q20*	0,19	0,35
Q24*	0,28	0,31
Q25	0,06	0,42
Q26	0,32	0,31
<i>Alfa de Cronbach Total → 0,45</i>		
COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL		
Q7	0,12	0,20
Q8*	0,00	0,32
Q9	0,36	0,00
Q27*	0,11	0,21
Q31	0,02	0,28
<i>Alfa de Cronbach Total → 0,25</i>		

5.3.4 Correlação entre as questões dentro dos domínios

As TAB. 6 a 8 mostram a correlação entre as questões para cada um dos três domínios originais. A existência de correlações moderadas a fortes entre as questões de um domínio é a condição necessária para obtermos uma confiabilidade interna satisfatória. Como pode ser observado, a maioria das correlações podem ser classificadas como fracas ($< 0,40$).

Para o domínio tomada de perspectiva (TAB. 6) pode-se observar que as correlações variaram de $<0,001$ a $0,678$, sendo que das 91 correlações estudadas apenas 3 apresentaram correlação moderada e as demais, correlação fraca. Ressalta-se que as 3 correlações entre $0,40$ e $0,75$ (correlação moderada) envolvem as questões com polarização de resposta.

Para o domínio Preocupação Empática (TAB. 7) pode-se constatar que as correlações variaram de $<0,001$ a $0,364$, ou seja, todas as correlações possíveis podem ser classificadas como fracas. E, para o domínio Compartilhamento Emocional (TAB. 8), observa-se que as correlações variaram de $0,007$ a $0,276$, ou seja, todas as correlações possíveis podem ser classificadas como fracas.

Tabela 8 - Análise de correlação entre as questões alocadas originalmente no domínio “Compartilhamento emocional”

Questões	Q7	Q8*	Q9	Q27*	Q31
Q7	1,000	-0,042	0,276	0,104	-0,099
Q8*		1,000	0,131	-0,079	0,007
Q9			1,000	0,176	0,108
Q27*				1,000	0,045
Q31					1,000

5.3.5 Análise fatorial

5.3.5.1 Medidas de adequacidade

Diante dos resultados anteriores apresentados, uma análise fatorial foi realizada com o objetivo de identificar uma estrutura de correlação entre as questões. A TAB. 9 mostra as medidas que determinam se a análise fatorial seria ou não adequada para o conjunto de questões analisadas. A medida do KMO foi igual a 0,62, inferior ao valor mínimo desejado. Este resultado significa um resultado insatisfatório, e o teste de esfericidade de Bartlett evidenciou que existem correlações significativas entre as questões estudadas. Porém os resultados anteriores já nos mostraram que essas correlações, em sua maioria, são fracas.

Tabela 9 - Medidas de adequacidade para a utilização da Análise Fatorial

<i>Teste de Bartlett e KMO</i>	Estatísticas
<i>Medida de adequacidade amostral de Kaiser-Meyer-Olkin</i>	→ 0,62
<i>Teste de esfericidade de Bartlett</i>	→ p < 0,0001

Para se obter um percentual de variância explicada acumulada superior a 60%, é necessário que os 23 itens se distribuam em 9 domínios (fatores). Este número de domínios não atende ao principal objetivo da análise fatorial, que é reduzir a um grupo menor de variáveis (Domínios) que explicam, de forma mais objetiva, o grau de empatia. Estes resultados estão demonstrados na TAB. 10.

Tabela 10 - Resultado do número de fatores extraídos da escala de Empatia baseado na Análise Fatorial - Método: Componentes Principais

Domínios	Soma de quadrados de cargas fatoriais SEM Rotação			Soma de quadrados de cargas fatoriais COM Rotação		
	Autovalor	% de variância	% acumulada	Autovalor	% de variância	% acumulada
<i>A</i>	3,262	14,181	14,181	2,451	10,658	10,658
<i>B</i>	2,092	9,094	23,275	1,952	8,487	19,146
<i>C</i>	1,753	7,620	30,895	1,929	8,386	27,532
<i>D</i>	1,562	6,793	37,688	1,566	6,807	34,339
<i>E</i>	1,546	6,720	44,408	1,447	6,293	40,632
<i>F</i>	1,262	5,488	49,896	1,442	6,271	46,902
<i>G</i>	1,194	5,191	55,087	1,399	6,083	52,986
<i>H</i>	1,108	4,817	59,904	1,354	5,888	58,873
<i>I</i>	1,023	4,447	64,351	1,260	5,477	64,351
TOTAL	14,802	64,351	—	14,802	64,351	—

NOTA: Método de extração → Análise de Componentes Principais
Método de Rotação → Varimax

Todas as comunalidades apresentaram um valor igual ou superior a 0,50, e cinco questões (7, 13, 19, 25 e 31) apresentaram um valor inferior a 0,50 para o MSA individual e, portanto, são questionáveis quanto à contribuição na modelagem da Análise Fatorial. TAB. 11.

Tabela 11 - Medidas de Comunalidade e Medidas de adequação da amostra ao modelo de Análise fatorial

(Continua)

Questões	Comunalidades		MSA
	Inicial	Extração	
<i>Q2</i>	1,00	0,65	0,71
<i>Q6*</i>	1,00	0,66	0,55
<i>Q7</i>	1,00	0,77	0,48
<i>Q8*</i>	1,00	0,68	0,52
<i>Q9</i>	1,00	0,65	0,66

Tabela 11 - Medidas de Comunalidade e Medidas de adequação da amostra ao modelo de Análise fatorial

Questões	Comunalidades		(conclusão)
	Inicial	Extração	MSA
<i>Q10*</i>	1,00	0,65	0,62
<i>Q11</i>	1,00	0,57	0,58
<i>Q12</i>	1,00	0,68	0,57
<i>Q13*</i>	1,00	0,72	0,37
<i>Q16</i>	1,00	0,56	0,67
<i>Q17*</i>	1,00	0,80	0,54
<i>Q18</i>	1,00	0,64	0,74
<i>Q19*</i>	1,00	0,68	0,49
<i>Q20*</i>	1,00	0,61	0,64
<i>Q22</i>	1,00	0,67	0,69
<i>Q23*</i>	1,00	0,60	0,67
<i>Q24*</i>	1,00	0,50	0,78
<i>Q25</i>	1,00	0,79	0,45
<i>Q26</i>	1,00	0,55	0,73
<i>Q27*</i>	1,00	0,50	0,60
<i>Q28</i>	1,00	0,54	0,71
<i>Q31</i>	1,00	0,65	0,48
<i>Q32*</i>	1,00	0,69	0,52
TOTAL	23,00	—	0,62

NOTA: MSA → Medida da Adequacidade da Amostra (*Measures of Sampling Adequacy*).

A TAB. 12 mostra as cargas fatoriais para cada um dos 9 domínios estabelecidos. Como pode ser observado temos, em alguns casos, cargas fatoriais no limite do aceitável (0,42) e temos, ainda, cargas fatoriais negativas. As questões com carga fatorial próxima a 0,42 são questões que não contribuem de forma significativa no modelo de análise fatorial. E, uma vez que as questões estão todas na mesma direção (quanto maior a resposta, maior a empatia), não eram esperadas cargas fatoriais negativas. Ou seja, o comportamento dos alunos frente a essa questão é diferente do esperado. E, por fim, temos que 49% dos resíduos obtidos na comparação entre a matriz de correlação observada e a reproduzida são grandes, ou seja, o modelo obtido não se ajusta bem à estrutura de correlação existente entre as questões da escala de pesquisa.

Tabela 12 - Medidas dos componentes (Cargas fatoriais) utilizados para expressar as variáveis padronizadas dos 9 fatores gerados pela Análise Fatorial

Questões	Matriz de Cargas fatoriais com rotação Varimax / Fatores								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
<i>Q2</i>		0,62							
<i>Q6*</i>			0,42				0,60		
<i>Q7</i>					0,84				
<i>Q8*</i>							0,77		
<i>Q9</i>					0,61				
<i>Q10*</i>		0,67							
<i>Q11</i>	0,40						-0,43		
<i>Q12</i>			0,47			0,56			
<i>Q13*</i>									0,83
<i>Q16</i>	0,62								
<i>Q17*</i>				0,88					
<i>Q18</i>	0,72								
<i>Q19*</i>		0,70							
<i>Q20*</i>			0,55						
<i>Q22</i>	0,61								
<i>Q23*</i>		0,49		0,43					
<i>Q24*</i>	0,39		0,43						
<i>Q25</i>						0,84			
<i>Q26</i>	0,60								
<i>Q27*</i>			0,63						
<i>Q28</i>	0,52								
<i>Q31</i>								0,72	
<i>Q32*</i>				0,44				-0,57	

NOTA: O ajuste do modelo foi verificado através do exame das diferenças entre as correlações observadas e as correlações reproduzidas obtida da matriz de correlação reproduzida. Ressalta-se que ocorreram muitos casos (49%) com resíduos considerados “grandes”, portanto o modelo obtido foi considerado insatisfatório.

Ao final de todos os resultados obtidos, foi possível construir a versão final (V5) da Escala de empatia em odontologia, conforme Quadro 4 e, apenas para ilustração, o QUADRO 5 descreve as questões que foram excluídas.

Quadro 5 - Versão final (V5) após resultados estatísticos.

VERSÃO FINAL (V5) – ESCALA DE EMPATIA EM ODONTOLGIA

O dentista deve se preocupar com os sentimentos e angústias do paciente, mesmo que não se relacionem ao tratamento dentário.

É difícil para o dentista imaginar como se sentiria se estivesse no lugar do paciente.

Em situações de desconforto do paciente, é esperado que o dentista se sinta ansioso.

Se o dentista se emociona diante dos problemas do paciente, poderá comprometer o tratamento em curso.

É esperado que o dentista se sensibilize diante de um relato de vida angustiante do paciente

O resultado do tratamento odontológico independe da capacidade de o dentista se colocar no lugar do paciente

O dentista deve compreender que a presença do acompanhante, na sala de procedimento, pode trazer segurança ao paciente

O paciente se sente seguro quando o dentista compartilha seu contato pessoal

Durante a anamnese, a percepção do estado emocional alterado do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.

Em situações onde houver dor, o dentista precisa prestar assistência ao paciente, mesmo que não tenha disponibilidade de agenda.

Conversar sobre a complexidade do procedimento com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra se importar com os sentimentos do paciente.

O dentista deve procurar compreender as opiniões do paciente mesmo que estas sejam diferentes das suas.

Quando o paciente estiver revelando uma angústia pessoal não relacionada ao problema dentário, o dentista não deve deixar que o fato relatado interfira em suas decisões terapêuticas

Um dentista com grande experiência técnica tem menor capacidade de compreender as necessidades do paciente.

Quando o paciente se apresenta de forma hostil, o dentista deve procurar compreender suas razões.

As emoções do paciente não interferem no tratamento odontológico.

O dentista não deve mais atender um paciente que não efetuou o pagamento dos procedimentos odontológicos anteriores.

O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra descaso para com o paciente.

O dentista deve compreender a ansiedade do paciente pela urgência do atendimento diante de um problema estético.

O dentista que sente desconforto diante da manifestação de dor do paciente demonstra insegurança.

O dentista deve procurar compreender o ponto de vista do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no tratamento.

As crenças e os julgamentos de conduta moral do dentista não devem interferir na sua relação com o paciente.

O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.

6 DISCUSSÃO

O Cirurgião-Dentista deve ser capaz de entrar no mundo do paciente e compreender o que a saúde bucal representa para ele, caracterizando assim um relacionamento empático que assegura um atendimento humanizado para a promoção da saúde (REZENDE *et al.*, 2015). Entretanto mensurar atitudes empáticas na odontologia não é uma tarefa fácil devido ao aspecto subjetivo do construto, bem como a escassez de escalas específicas.

Neste estudo, elaboramos e validamos uma escala capaz de medir a empatia dos estudantes de odontologia no contexto do atendimento clínico. Este estudo é relevante, pois não foi encontrada na literatura uma escala que possa mensurar a empatia no contexto pretendido. As escalas encontradas para mensurar empatia eram voltadas para a população em geral, ou mais especificamente para situações que não o contexto do atendimento clínico odontológico (FALCONE *et al.*, 2008; DAVIS, 1983; MEHRABIAN; EPSTEIN, 1972; MERCER *et al.*, 2004; KRUPAT *et al.*, 1999; HOJAT *et al.*, 2001).

O estudo foi realizado com estudantes de odontologia, e a validação da escala foi baseada nas respostas dos estudantes de uma única instituição de ensino particular.

Um protocolo de elaboração de escalas é um conjunto organizado de etapas a cumprir, com o uso adequado de técnicas selecionadas, para se construir uma escala de mensuração válida (ROSSITER, 2002; LUCIAN; DORNELAS, 2015).

A primeira etapa consistiu na definição do construto. Em nosso estudo, a empatia foi definida segundo Decety e Cowell (2014), como um construto formado por três componentes: o afetivo, o cognitivo e um regulador das emoções, os quais compreendem três processos: compartilhamento emocional, preocupação empática e tomada de perspectiva.

A segunda etapa foi a definição da escala em si. Por se tratar de uma escala que objetiva mensurar atitudes, esta foi elaborada baseando-se no modelo proposto por Likert (1932), que preconiza que atitude é um agrupamento de opiniões internamente correlacionadas. A mensuração de atitudes se dá, portanto, utilizando-se uma escala de cinco pontos, que varia da total discordância à total concordância (LUCIAN; DORNELAS, 2015). Dessa maneira, espera-

se que a concordância com afirmativas que expressam algo positivo sobre a questão significa que o indivíduo apresenta atitudes favoráveis ao tema, e a discordância indica atitudes desfavoráveis. Entretanto, não se deve deixar de considerar que o indivíduo pode apresentar uma atitude neutra em relação ao tema. Então, para efeitos de mensuração, tem sido adotado o modelo trifásico de atitude (positiva, negativa, neutra), como especificado na escala de Likert (1932). Assim, decidiu-se que os itens da escala proposta seriam elaborados com opções de respostas em forma de escala de Likert, escalonadas de 1 a 5, sendo que 1 representa “discordo muito” e 5 representa “concordo muito”.

A terceira etapa consistiu na elaboração dos itens da escala. Os itens foram inicialmente elaborados baseados na adaptação para o contexto proposto (atendimento clínico ambulatorial) de itens da escala de mensuração de empatia existentes na literatura. As escalas que foram utilizadas para servir de base para a elaboração dos itens foram especialmente o Inventário de Empatia (FALCONE *et al.*, 2008) e Escala de Jefferson (HOJAT *et al.*, 2001). Foram considerados, para o desenvolvimento da escala, as situações envolvidas em todo o contexto do atendimento clínico odontológico como: (1) recepção do paciente, (2) anamnese, (3) avaliação clínica, (4) procedimento clínico, (5) orçamento, (6) despedida do paciente.

Para a elaboração dos itens foram coletadas, também, opiniões de especialistas. Segundo Eagly e Chaiken (1993), uma das características básicas da atitude é essencialmente adquirida por experiência através do contato direto ou indireto com o assunto analisado. Assim, para efeito de adequação à cultura e costumes, participaram da elaboração dos itens profissionais de saúde da área da odontologia e da psicologia com experiência no atendimento clínico, com o intuito de obter itens que contemplassem os componentes da empatia na vivência da prática clínica diária em nosso país.

Segundo Uhrich e Benkenstein (2010), um construto pode ser formado por um somatório de variáveis, sendo que cada variável deve representar um componente único que, quando associadas, formam o construto. Esse conceito de indicador formativo foi levado em conta na elaboração da escala que se apresentou com estrutura multidimensional, onde cada item deveria se correlacionar com os itens da sua mesma dimensão e não se correlacionar com os itens de outra dimensão.

A escala inicialmente foi constituída por 39 itens elaborados, a partir de revisão da literatura, com o intuito de mensurar a atitude empática dos estudantes de odontologia na relação com o paciente. Os itens foram escritos de forma positiva ou negativa, objetivando facilitar a observação de algum padrão de resposta não desejável, como por exemplo concordância com todas as respostas, sendo elas positivas e negativas. Após a análise, foram eliminados 13 itens e adicionadas oito novos itens, de forma que a nova versão passou a ser composta por 34 itens. Na quarta etapa, após a definição preliminar da versão da escala, promoveu-se uma validação de face, que tem como objetivo observar a concordância do grupo de especialistas convidados para mensurar o construto pretendido (LUCIAN; DORNELAS, 2015). Nesta etapa faz-se a validação do conteúdo, a qual abrangeu o exame cuidadoso do conteúdo da escala, de modo a identificar a relevância dos itens para mensurar a empatia, segundo Pasquali (2003). A nova versão foi então analisada por estudiosos do tema e representantes da população alvo em um grupo focal. A técnica do grupo focal tem sido referenciada na literatura em pesquisas em várias áreas, incluindo a área da saúde, como um mecanismo de coleta de dados a partir de debates em grupo direcionados acerca de um tópico específico. Ela permite uma interação grupal que faz com que os participantes discutam e manifestem suas opiniões, trazendo à tona uma gama de dados (produzidos pela interação) que revelem pontos de consenso e dissenso, fundamentais para dar resposta às indagações da pesquisa. (DUARTE, 2007; ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009). Neste estudo utilizou-se a técnica do grupo focal com encontro online, com base nos achados de Abreu, Baldanza e Gondim (2009), que observaram que os dados coletados em grupos focais virtuais são tão ricos quanto os gerados através de grupos focais presenciais. As opiniões foram emitidas tanto pela fala direta dos integrantes quanto pelo chat, o que permitia que elas pudessem ser expressadas sem interrupção da fala do outro. A tecnologia facilitou a participação de integrantes de outras cidades e estados, bem como permitiu que todas as considerações fossem gravadas. Resultados semelhantes foram relatados por Duarte (2007).

Na quinta etapa, após a análise dos itens pertencentes à Escala de Empatia para odontologia pelo grupo focal, a versão passou a ser composta por 33 itens. Esta versão então foi submetida ao pré-teste, etapa que tem por objetivo verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta são compreensíveis para o público-alvo. Com base nas sugestões dos estudantes, aperfeiçoou-se a redação para melhor adequação dos itens. Ao final, os itens puderam ser considerados adequados à confirmação da validade semântica do construto.

A sexta etapa consistiu na análise da confiabilidade do modelo da escala obtido. Nesta etapa, foram analisadas as pontuações dadas pelos estudantes de odontologia para cada item da escala, bem como testes de adequabilidade e análise fatorial exploratória.

Os resultados indicaram que a análise psicométrica da escala não foi satisfatória.

Inicialmente detectou-se que 10 itens que compõem a escala obtiveram respostas polarizadas nos extremos, fato este que tem grande repercussão na correlação entre os itens, tornando-a pouco confiável. Segundo McIntire e Miller (2000), capacidade de discriminação do item expressa o poder do item em diferenciar sujeitos com magnitudes semelhantes no traço latente, evidenciando que quanto mais próximas são as magnitudes do traço que o item puder diferenciar, mais discriminativo ele é. Assim, quanto mais discriminativo ele for, mais ele conseguirá separar os alunos que demonstram um alto grau de empatia, daqueles que o demonstram em baixo grau. Optou-se então pela eliminação desses 10 itens polarizados, os quais não estavam discriminando os níveis de empatia e pelo prosseguimento da análise das propriedades psicométricas da escala, composta pelos 23 itens restantes.

Foi realizada uma análise fatorial na Escala de Empatia para odontologia formada por 23 itens. A análise fatorial permite comprovar se a escala realmente está medindo o que pretende medir ao proporcionar nitidez relativa aos aspectos subjacentes a uma série de variáveis; auxiliar na definição de que variáveis ou itens definem cada fator e identificar como esses fatores estão correlacionados entre eles. (MORALES VALLEJO; SANZ; BLANCO, 2003).

Os resultados deste estudo demonstraram baixa confiabilidade e validade do construto da escala da Escala de Empatia para odontologia em uma população de estudantes de odontologia, não confirmando assim o modelo teórico proposto pelos autores. As medidas de estatística para validar o construto mostraram que, para uma variância explicada de 64%, as questões se distribuíram em nove fatores, demonstrando que o modelo obtido não se ajusta bem à estrutura de correlação existente entre as questões da escala de pesquisa.

Assim, como limitações do estudo podemos citar em relação aos itens propostos: o baixo número inicial de itens da escala e a redação dos itens que levam a respostas que são socialmente aceitas, muitas vezes não refletindo a atitude dos estudantes sobre o tema. Em relação à amostra utilizada para validação da escala: o baixo número de estudantes que participaram da etapa de

validação do construto (foram 5 para cada item), a amostra ter sido restrita a estudantes de uma única instituição de ensino e a utilização de alunos dos períodos iniciais que careciam de experiência prática no atendimento clínico.

Ressalta-se a intenção de se prosseguir com estudos de validação desta escala, estendendo a diversidade da amostra incluindo residentes, assim como promovendo a comparação com critérios externos de validade para testar os itens que não foram consistentes na amostra estudada.

Como próximos passos para o prosseguimento da validação da escala, pretende-se:

- (1) Resgatar os itens que foram eliminados na etapa inicial e coletar a opinião de mais especialistas para a elaboração de novos itens, de forma a aumentar os itens que compõem a escala.
- (2) Reescrever cuidadosamente cada item de modo a evitar que as questões tenham respostas que sejam muito óbvias e que se encaixem no que é socialmente aceito.
- (3) Ampliar a amostra utilizada para a validação da escala, com distribuição para alunos pertencentes a instituições de ensino de odontologia públicas e privadas do Brasil.
- (4) Restringir os participantes para estudantes e residentes que tenham prática no atendimento clínico.

7 CONCLUSÃO

O modelo proposto para a Escala de empatia em Odontologia atendeu aos critérios de adequação semântica e cultural, entretanto não apresentou uma boa confiabilidade interna. Novos estudos deverão ser realizados para a adequação da escala.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N. R.; BALDANZA, R.F.; GONDIM, S.M.G. Os grupos focais on-line: Das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009.
- 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. p. 3705-3716.
- AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for the new dentist. **Journal of dental education**, Hoboken, v. 66, p. 849-51, 2002.
- AMERICAN DENTAL EDUCATION ASSOCIATION. Competencies for the new dentist. **Journal of dental education**, Hoboken v. 68, n. 7, p. 742-744, 2004.
- ARDILA, R. La Psicología Latinoamericana: El Primer Medio Siglo. **Revista Interamericana de psicología**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 317-321, 2004.
- ARMFIELD, J. M. *et al.* Dental fear and satisfaction with dental services in Switzerland. **Journal of Public Health Dentistry**, [S.l.], v. 74, n. 1, p. 57-63, 2014.
- BARNETT, M. A. Empatía e respuestas afines en los niños. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (orgs.). **La empatia y su desarrollo**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992. P. 163-179.
- BATSON, C. D.; FULTZ, J.; SCHOENRADE, P. A. Las reacciones emocionales de los adultos ante el malestar ajeno. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (orgs.). **La empatia y su desarrollo**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992. p. 181-203.
- BEATTIE, A. *et al.* Does empathy change in first-year dental students? **European Journal of Dental Education**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 111-116, Feb. 2012.
- BERNISON, J. M. *et al.* "Making dental care possible – a mutual affair". A grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. **European journal of oral sciences**, Chichester v. 119, n. 1, p. 373-380, Jun. 2011.
- BILBAO, J. R. *et al.* Measurement of empathetic orientation in Dentistry students of Fundación Universitaria San Martín. Puerto Colombia (Atlántico, Colombia). **Revista Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 29, n. 1, p. 34-41, 2013.
- BOYLE, M.J.; WILLIAMS, B.; BROWN, T. Level of empathy in undergraduate health science students. **The Internet Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-8, 2010.
- BROWNELL, A.; KEITH, W.; CÔTÉ, L. Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn it. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 76, n. 1, p. 729-734, 2001.

BULLEN, M.; SALAZAR, L.; DÍAZ-NARVÁEZ, V. P. Empathic orientation of dental students from the University of Panama (Republic of Panama). **Salud Uninorte.**, Barranquilha, v. 31, n. 2, p. 266-275, 2015.

CABALLO, V. E. El entrenamiento en habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. *In*: GIL, F.; LEON, J. M. (orgs.). **Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención.** Madrid: Editorial Síntesis, 1998. p. 95-111.

CARRASCO, D.; BUSTOS, A.; DÍAZ, V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. **Revista Estomatológica Herediana**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 145-151, 2012

CONTI, M. A. *et al.* Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the body area scale for brazilian adolescents. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2179-2186, Oct. 2009.

CORAH, N. L.; O'SHEA, R. M.; BISSELL, G. D. The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. **Journal of the American Dental Association**, London, v. 116, n. 1, p. 73-76, 1988.

DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.

DECETY, J.; JACKSON, P. L. The functional architecture of human empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Review**, Thousand Oaks, v. 3, n. 2, p. 71-100, 2004.

DECETY, J.; COWELL, J. M. The complex relation between morality and empathy. **Cognitive sciences**, Kidlington, v. 18, n. 7, p. 337-339, 2014.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. BARRETO, M. C. M. Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 219-228, 1998.

DÍAZ-NARVÁEZ, V. P. *et al.* Empathy, Components of Empathy and Curricular Evaluation of the Faculty of Dentistry, Evangelical University of El Salvador. **Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 37-38, ago. 2017.

DUARTE, A. B. S. Grupo focal online e offline como técnica de coleta de dados. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 81-95, jan./abr. 2007.

EAGLY, A.; CHAIKEN, S. *The psychology of attitudes*, FORT Worth: Hancourt, 1993.

EISENBERG, N.; MURPHY, B. C.; SHEPARD, S. The development of Empathic Accuracy. *In*: ICKES, W. (ed.). **Empathic Accuracy**. New York: The Guilford Press, 1997. p. 73-116.

ENZ, S.; ZOLL, C.; DIRUF, M. **Concepts and Evaluation of Psychological Models of Empathy**. 8. ed. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg, 2009.

ERAZO-CORONADO, A. M. *et al.* Evaluación de la Orientación Empática en estudiantes de odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, Colombia. **Salud Uninorte**. Barranquilla, v. 28, n. 3, p. 354-363, 2012.

FALCONE, E. M. O. (1998). **A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo: São Paulo, 1998. Não publicado.

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

FERREIRA AFB. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário da saúde dos pés FHSQ (Foot Health Status Questionnaire)**. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, F. D. *et al.* Distribution of empathetic orientation among dentistry students of Cartagena, **Rev Salud Publica**, Medellín, v. 17, p. 404-415, 2015.

GONZÁLEZ-SERNA, J. M. G. *et al.* Descent of empathy in nursing students and analysis of possible factors involved. **Psicología educativa**, [S.l.], v. 20, p. 53-60, 2014.

GUTIERREZ, B. A. O. **Tradução para o português e descrição do processo de validação do “Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire”** 2000. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

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

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson scale of physician empathy: development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, [S.l.], v. 61, n. 1, p. 349-365, 2001.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 77, n. 10, p. 58-60, 2002.

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

IMANAKA, M. *et al.* Validity and reliability of patient satisfaction questionnaires in a dental school in Japan. **European journal of dental education**, Oxford, v. 11, n. 1, p. 29-37, 2007.

IWAKURA, F. **A importância da empatia no atendimento odontológico**. [S.l.]. 2018. Disponível em: <https://consultordedentistas.com.br/2018/11/30/a-importancia-da-empatia-no-atendimento-odontologico/> Acesso em: 22 dez. 2020.

- KATAOKA, H. U. *et al.* Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, Sep. 2009.
- KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. (2001). Adaptação e validação de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 43-53, 2001.
- KRUPAT, E. *et al.* Patient-centredness and its correlates among first-year medical students. **International Journal of Psychiatry in Medicina**, Los Angeles, v. 29, n. 3, p. 347-356, 1999.
- LASKIN, D. M.; GREENE, C. S. Influence of doctor-patient relationship on placebo therapy for patients with myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome. **The Journal of the American Dental Association**, London, v. 85, n. 4, p. 892-894, 1972.
- LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de Atitudes: A proposição de um protocolo para elaboração de escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, Maringá, v. 19, n.esp. 2, p.157-177, 2015.
- LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, [S.l.], v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.
- MAGALHÃES, E. *et al.* Empathy in senior year and first year medical students: A cross-sectional study. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 52, n. 11, p. 01-07, Jul. 2011.
- MCINTIRE, S.; MILLER, L. **Foundations of psychological testing**. Boston: McGraw-Hill, 2000.
- MEHRABIAN, A.; EPSTEIN, N. A. A measure of emotional empathy. **Journal of personality**, Malden, v. 40, n. 4, p. 525-543, 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. **Family practice**, Oxford, v. 21, n. 6, p. 699-705, 2004.
- MORALES VALLEJO, P. M.; SANZ, B. U.; BLANCO, A. **Cuadernos de Estadística, Construcción de escalas de actitudes tipo Likert**. Madrid: Editorial La Muralla S.A, 2003.
- OLIVEIRA, V. **Empatia é importante no atendimento odontológico**. [S.l.], 2019. Disponível em: <https://simpatio.com.br/empatia/>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- PALACIO, L. M. A. *et al.* Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). **Salud Uninorte**, Barranquilla, Colômbia, v. 29, n. 1, p. 22-23, 2013.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 2016-213, 1998.
- PASQUALI, L **Psicometria: teorias dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

- PRESTON, S. D.; WAAL, F. B. M. Empathy: Its ultimate and proximate bases. **Behavioral and Brain Sciences**, Cambridge, v. 25, n. 1, p. 1-72, 2000.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: KAC G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (org). **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 227-43.
- REISS, H. Empathy in medicine: a neurological perspective. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 304, n. 14, p. 1604-1605, 2010.
- REZENDE, M. C. R. A. *et al.* Acolhimento e bem-estar no atendimento odontológico humanizado: O papel da empatia. **Archives of Health Investigation**, [S.I.], v. 4, n. 4, p. 57-61. 2015.
- ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- RIVERA, I. *et al.* Evaluación del nivel de orientación empática en alumnos de odontología. **Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 27, n. 1, p. 63-72, 2011.
- RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.
- ROSSITER, J. The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing. **International Journal of Research in Marketing**, [S.I.], v. 19, n. 4, p. 305-335, 2002.
- SCHOUTEN, B.C.; EIJKMAN, M. A.; HOOGSTATEN, J. Dentists’ and patients’ communicative behavior. **Community dental health.**, Suffolk, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2003.
- SHERMAN, J. J.; CRAMER, A. B. S. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. **Journal of Dental Education.**, [S.I.], v. 69, n. 3, p. 338-345. Mar. 2005.
- SINHA, P. K.; NANDA, R. S.; MCNEIL, D. W. Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship, and patient adherence in orthodontic treatment. **American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics**, St. Louis, v. 110, n. 4, p. 370-376, 1996.
- SCHWARTZ, B.; BOHAY, R. Can patients help teach professionalism and empathy to dental students? Adding patient videos to a lecture course. **Journal of Dental Education**, Hoboken, v. 76, n. 2, p. 174-184. Feb. 2012.
- TINEN, L. **Odontologia humanizada**: empatia é alternativa para pessoas com traumas e medos. 2020. Disponível em: <https://www.mundodomarketing.com.br/noticias-corporativas/conteudo/251188/odontologia-humanizada-empatia-e-alternativa-para-pessoas-com-traumas-e-medos->. Acesso em: 22 dez. 2020.
- UGALDE, I. R. *et al.* Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontolmerogía. **Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 27, n. 1, p. 63-72, 2011.
- UHRICH, S.; BENKENSTEIN, M. Sport Stadium Atmosphere: Formative and

Reflective Indicators for Operationalizing the Construct. **Journal of Sport Management**, [S.l.], v. 24, p. 11-237, 2010.

VENTURA, F. G. *et al.* Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Revista Estomatológica Herediana**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 91-99, 2012.

WARDLE, J. *et al.* Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. **Obesity research**, Silver Spring, v. 10, n. 6, p. 453-462, 2002.

YARASCAVITCH, C. *et al.* Changes in Dental Student Empathy During Training. **Journal of Dental Education**, Hoboken, v. 73, n. 4, p. 509-517. Apr. 2009.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido			
<p>Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano a qual, está descrita em detalhes abaixo.</p> <p>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 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.</p>			
1) Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:			
Nome:	Gênero:		
Identidade:	Órgão expedidor:		
Data de nascimento:			
2) Dados da pesquisa:			
Título do projeto: Elaboração e validação de uma escala de empatia para odontologia			
<p>a) Universidade/Departamento/Faculdade/Curso: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-ALFENAS), Mestrado Profissional de Ensino em Saúde</p> <p>b) Projeto: <input checked="" type="checkbox"/> Unicêntrico <input type="checkbox"/> Multicêntrico</p> <p>c) Instituição Co-participante: Nenhuma</p> <p>d) Patrocinador: Nenhum</p> <p>e) Professor Orientador: Eliane Perlatto Moura</p> <p>f) Pesquisador Responsável: <input checked="" type="checkbox"/> Estudante de Pós-graduação <input type="checkbox"/> Professor Orientador</p>			
3) Objetivo da pesquisa:			
Elaborar e validar uma escala de empatia para estudantes de odontologia			
4) Justificativa da pesquisa:			
<p>A empatia é um atributo muito importante para o profissionalismo e, quando presente, interfere positivamente na relação dentista-paciente, contribuindo de forma expressiva nos resultados finais dos tratamentos. De acordo com a literatura científica, o quadro empático dos alunos de graduação em odontologia, no mundo, é variável, sendo que essa característica empática pode e deve ser detectada ainda na vida acadêmica do futuro profissional, podendo ser desenvolvida de forma proposital através de programas de treinamentos incluídos nas bases curriculares das universidades.</p>			
5) Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:			
<p>Todos os alunos que concordarem em participar do estudo e que assinarem o TCLE de forma virtual, através do aceite em prosseguir com o preenchimento do questionário, farão parte do procedimento do estudo. Utilizando-se de uma escala constituída de duas partes, os participantes serão orientados a analisar e a opinar sobre uma escala de Empatia em Odontologia, proposto por este estudo, e o grupo final preencher um questionário sociodemográfico e responder à versão final da escala de empatia. A identificação do discente será pelo número de matrícula.</p>			
6) Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa			
<input checked="" type="checkbox"/> Risco Mínimo	<input type="checkbox"/> Risco Baixo	<input type="checkbox"/> Risco Médio	<input type="checkbox"/> Risco Alto
O aluno vai despende tempo e pode manifestar cansaço físico e mental. Entretanto poderá interromper a participação no estudo a qualquer momento. Constrangimento em participar.			
7) Descrição dos benefícios da pesquisa:			
<p>Benefício para a ciência: os resultados obtidos com a presente pesquisa poderão ser aplicados à metodologia da instituição de forma a contribuir com o cuidado do paciente ao melhorar a formação do egresso.</p> <p>Benefício para a instituição: capacitação do corpo docente.</p> <p>Benefício individual: desenvolvimento da capacidade de reflexão do discente.</p>			
8) Despesas, compensações e indenizações:			
<p>a. Você não terá despesa pessoal nesta pesquisa.</p> <p>b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nesta pesquisa.</p>			

9) Direito de confidencialidade:	
<p>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.</p> <p>b. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.</p> <p>c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas, se forem publicadas não permitirão sua identificação.</p>	
10) Acesso aos resultados da pesquisa:	
Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade de continuar participando dela.	
11) Liberdade de retirada do consentimento:	
Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.	
12) Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:	
Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos ao lado:	Professor Orientador: Telefone: (31) 982267999 Email: elianeperlatto@gmail.com
13) Acesso à instituição responsável pela pesquisa:	
Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa à instituição responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato ao lado:	Comitê de Ética - UNIFENAS: Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG Tel: (35) 3299-3137 Email: comitedeetica@unifenas.br segunda a sexta-feira das 14h às 16h
<p>Fui informado, verbalmente e por escrito, sobre os dados desta pesquisa, e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.</p> <p>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 de o acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.</p> <p>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 nenhum benefício que eu possa ter adquirido.</p> <p>A minha assinatura, neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação, sempre preservando minha identidade.</p> <p>Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.</p> <p style="text-align: center;">Alfenas, ____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Voluntário</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Pesquisador Responsável</p>	

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome Completo: _____

Número Matrícula: _____

Idade: ____ anos

Cor/ etnia: Branca Parda Preta Outra Não declarada

Religião: Sim Não

Sexo: Masculino

Feminino

Estado Civil: Casado (a) Viúvo

Solteiro (a) Divorciado (a)

União Estável

Naturalidade: _____

Possui filhos? Sim Não Quantos? _____

Odontologia é o seu primeiro curso superior: Sim Não

Período do curso de odontologia em que se encontra: _____

Motivo da escolha do curso de Odontologia:

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

Pretende prestar residência/especialização? Se sim, em qual área? _____

Escola de origem: Pública Privada

Possui algum tipo de bolsa estudantil? Sim Não

Com quem você mora?

Com a família Sozinho Com parentes Pensão República Outro

Renda mensal familiar aproximada:

< 1 salário mínimo

Até 3 salários mínimos

3 a 6 salários mínimos

7 a 10 salários mínimos

Acima de 10 salários mínimos

Possui alguma atividade remunerada? Sim Não

“Hobby”: Sim Não Qual? _____

Doença pessoal crônica? Sim Não

Doença familiar crônica? Sim Não

APÊNDICE C – Escala de Empatia em Odontologia (Versão Final)

1	2	3	4	5
Discordo totalmente				Concordo totalmente

1. Sentir e compreender as angústias da pessoa atendida contribuem para um bom resultado do tratamento odontológico.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. O dentista deve se preocupar com os sentimentos e angústias do paciente, mesmo que não se relacionem ao tratamento dentário.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. O dentista deve imaginar o que sentiria se estivesse no lugar do paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Compreender o comportamento e as expressões corporais do paciente no decorrer das consultas é valioso para alcançar melhores resultados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. A capacidade de colocar-se no lugar do paciente e compreender seus sentimentos e necessidades é importante para o sucesso do tratamento odontológico

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. É difícil para o dentista imaginar como se sentiria se estivesse no lugar do paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Em situações de desconforto do paciente é esperado que o dentista se sinta ansioso.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Se o dentista se emociona diante dos problemas do paciente, poderá comprometer o tratamento em curso.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. É esperado que o dentista se sensibilize em relação a um relato de vida angustiante do paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. O resultado do tratamento odontológico independe da capacidade de o dentista se colocar no lugar do paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. O dentista deve compreender que a presença do acompanhante na sala de procedimento pode trazer segurança ao paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. O paciente se sente seguro quando o dentista compartilha seu contato pessoal

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Durante a anamnese, a percepção do estado emocional alterado do paciente dificulta o registro das informações relevantes para o tratamento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Perguntar, no decorrer do procedimento odontológico sobre sensações dolorosas é uma maneira de o dentista demonstrar cuidado com o paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. A pontualidade do dentista no atendimento demonstra preocupação com o paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Em situações onde houver dor, o dentista precisa prestar assistência ao paciente, mesmo que não tenha disponibilidade de agenda.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Conversar sobre a complexidade do procedimento com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra se importar com os sentimentos do paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. O dentista deve procurar compreender as opiniões do paciente mesmo que estas sejam diferentes das suas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Quando o paciente estiver revelando uma angústia pessoal não relacionada ao problema dentário, o dentista não deve deixar que o fato relatado interfira em suas decisões terapêuticas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Um dentista com grande experiência técnica tem menor capacidade de compreender as necessidades do paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. O dentista que manifesta interesse em saber como o paciente se encontra, alguns dias após atendimento, demonstra insegurança.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Quando o paciente se apresenta de forma hostil, o dentista deve procurar compreender suas razões.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. As emoções do paciente não interferem no tratamento odontológico.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. O dentista não deve mais atender um paciente que não efetuou o pagamento dos procedimentos odontológicos anteriores.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. O dentista que conversa sobre assuntos cotidianos com o auxiliar, no momento do atendimento, demonstra descaso com o paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. O dentista deve compreender a ansiedade do paciente pela urgência do atendimento diante de um problema estético.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. O dentista que sente desconforto diante da manifestação de dor do paciente demonstra insegurança.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. O dentista deve procurar compreender o ponto de vista do paciente e de seus familiares ou responsáveis envolvidos no tratamento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. O paciente se sente mais à vontade quando o dentista demonstra preocupação em minimizar algum sofrimento causado pelo tratamento.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Ao promover um ambiente de atendimento acolhedor, o dentista favorece a ocorrência de melhores resultados.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. As crenças e os julgamentos de conduta moral do dentista não devem interferir na sua relação com o paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. O conhecimento do histórico de tratamentos odontológicos desagradáveis anteriores do paciente não influencia nos resultados do tratamento atual.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33. Uma boa relação entre o dentista e o paciente é importante nas intervenções odontológicas de urgência.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de empatia em estudantes de odontologia da Universidade José do Rosário Vellano, campus Alfenas, no decorrer do curso.

Pesquisador: Ruy Cesar Camargo Abdo Filho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21296819.0.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.770.363

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1484098_E1.pdf	03/12/2019 14:48:24		Aceito

Endereço: Rodovia MG 179 km 0

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3298-3137

Fax: (35)3298-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Certificação do Processo: 3.770.363

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/12/2019 14:40:38	Eliane Perlatto Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/09/2019 09:40:22	Ruy Cesar Camargo Abdo Filho	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Questionario.pdf	30/09/2019 09:38:01	Ruy Cesar Camargo Abdo Filho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostro.pdf	18/08/2019 11:31:24	Ruy Cesar Camargo Abdo Filho	Aceito

Situação do
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ALFENAS, 13 de Dezembro de 2019

Assinado por:

MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador(a))

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: comiteoetica@unifenas.br

ANEXO B - Inventário da Empatia

Inventário de Empatia (IE)

Abaixo você encontrará uma série de afirmações que descrevem reações em diversas situações sociais. Por favor, leia cada uma delas e responda com que frequência essas afirmações se aplicariam a você, marcando o número de acordo com a escala abaixo. Caso nunca tenha passado por alguma dessas situações, tente imaginar como você reagiria ao enfrentá-la. **Responda a todas as perguntas.**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Regularmente	Quase sempre	Sempre

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Quando faço um pedido, procuro me certificar de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu aditaria a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu par está com problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro imediatamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Quando alguém faz algo que me desagrade, demonstro livremente a minha raiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Quando alguém está me confundindo um problema, exponho minha opinião objetivamente, apontando os seus erros e acertos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Costumo me colocar no lugar da outra pessoa quando estou sendo criticado, para tentar perceber os sentimentos e razões dela. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, declaro o meu reconhecimento do quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a do meu interlocutor, procuro me expor de forma mais incisiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que compreendo suas razões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ao fazer um pedido incompatível com os interesses de outra pessoa, procuro ser persuasivo até conseguir o que desejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu abriria mão de fazer um pedido importante se este causasse incômodo considerável à outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro por em prática a minha decisão em vez de ficar pensando muito a respeito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para identificar as razões que levaram a outra pessoa a me criticar. 1 2 3 4 5
18. Quando discordo do meu interlocutor, procuro ouvi-lo e, em seguida, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de expressar o meu. 1 2 3 4 5
19. Quando alguém expõe uma opinião contrária à minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista. 1 2 3 4 5
20. Se alguém me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento. 1 2 3 4 5
21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas. 1 2 3 4 5
22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele (a) não esteja bem. 1 2 3 4 5
23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentindo frustrado(a). 1 2 3 4 5
24. Quando alguém age comigo de maneira hostil, respondo da mesma forma. 1 2 3 4 5
25. Quando recebo uma crítica procuro expressar para a outra pessoa a minha compreensão do que ela disse, para me certificar de que a entendi. 1 2 3 4 5
26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo "não" sem rodeios. 1 2 3 4 5
27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem. 1 2 3 4 5
28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma hostil ou prejudicial. 1 2 3 4 5
29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir. 1 2 3 4 5
30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo. 1 2 3 4 5
31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas. 1 2 3 4 5
32. Eu sou do tipo que não leva desaforo pra casa. 1 2 3 4 5
33. Costumo me colocar no lugar de uma pessoa que está me revelando um problema para ver como me sentiria e o que pensaria se a situação fosse comigo. 1 2 3 4 5
34. Durante uma conversação procuro demonstrar interesse pela outra pessoa, adotando uma postura atenta. 1 2 3 4 5
35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, expresso imediatamente a minha insatisfação para deixar as coisas bem claras. 1 2 3 4 5
36. Antes de encerrar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir. 1 2 3 4 5
37. Ao fazer um pedido conflitante com os interesses de outra pessoa, procuro expressar meu reconhecimento sincero do incômodo que estou lhe causando. 1 2 3 4 5

38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida. 1 2 3 4 5
39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas. 1 2 3 4 5
40. Se decidir recusar um pedido, vou direto ao ponto. 1 2 3 4 5

ANEXO C – Escala de Empatia de Jefferson

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