

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**

**ALEXANDRE TADEU AZEVEDO GENEROSO**

**ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA**

**Belo Horizonte**

**2022**

**ALEXANDRE TADEU AZEVEDO GENEROSO**

**ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura

Coorientador: José Maria Peixoto

**Belo Horizonte**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Generoso, Alexandre Tadeu Azevedo

Elaboração de uma escala brasileira de empatia clínica. [manuscrito] /  
Alexandre Tadeu Azevedo Generoso. – Belo Horizonte, 2022.  
102 f.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura.

Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano,  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em saúde, 2022.

1. Medicina clínica. 2. Ética e sociedade. 3. Educação em saúde I.  
Generoso, Alexandre Tadeu Azevedo. II. Universidade José do Rosário  
Vellano. III. Título.

CDU: 616+177.9(81)(043.3)



# Certificado de Aprovação

## ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA

**AUTOR:** Alexandre Tadeu Azevedo Generoso

**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

Profa. Ms. Ligia Maria Cayres Ribeiro

Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte, 20 de maio de 2022.

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

Dedico este trabalho à minha esposa Mariana, amor da minha vida. Este projeto só foi possível devido a você. Caminhar ao seu lado é o que dá sentido à vida.

Ao Pedro, meu tudo... Pedro é pedra!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a Deus por nunca ter desistido de mim.

Agradeço a minha orientadora Eliane Perlatto por toda dedicação e paciência. Me ensinou a empatia na prática. Sempre serei grato por todo o carinho e conhecimento.

Ao Professor José Maria Peixoto por compartilhar sua experiência e competência. Foi uma honra ser seu aluno.

A acadêmica Júlia Coutinho por toda disponibilidade, colaboração na coleta de dados e desenvolvimento do projeto.

Aos meus pais e minha irmã por me darem a base dos valores e todo amor dedicado.

Aos alunos de medicina, pela participação neste projeto e por serem a esperança de uma prática médica cada dia melhor.

## RESUMO

**Introdução:** A empatia, que é um elemento primordial do humanismo, tem sido alvo de crescente interesse no ensino médico. No contexto das profissões de saúde, a empatia no atendimento ao paciente é um atributo que envolve a compreensão das experiências, dor, sofrimento e preocupações do paciente combinados com a capacidade de comunicar esse entendimento e uma intenção de ajudar. Apesar do desenvolvimento de práticas que estimulam a empatia nos estudantes de medicina, um desafio presente na vida acadêmica é mensurar esta habilidade. **Objetivo:** Elaborar e validar uma escala brasileira de empatia no contexto do atendimento clínico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo misto, quantitativo e qualitativo, transversal cujo público-alvo foram estudantes de medicina. Os itens iniciais da escala foram elaborados baseados na literatura e levou-se em consideração entrevistas com a população alvo da escala, como também médicos, pacientes e especialistas no assunto. A elaboração do instrumento seguiu os passos: (1) Definição do construto; (2) Definição da escala em si; (3) Elaboração dos itens da escala; (4) Purificação da escala e (5) Análise das evidências de validade. **Resultado:** Ao final do estudo, a escala de Empatia elaborada continha 21 itens com respostas em escala de Likert, divididos em dois fatores: Compreensão empática e Ação empática que apresentaram total de variância explicada de 44,95%. Para a análise psicométrica avaliou-se a resposta de 207 estudantes de medicina do quarto ao sexto ano, utilizando-se o FACTOR como instrumento para análise fatorial exploratória. Neste estudo, no geral, o nível de empatia dos estudantes, mensurado pela escala proposta, foi alto (acima de 4 em uma escala de 5 no máximo), nos dois fatores. Observou-se ainda que, o sexo feminino apresentou maiores escores nos dois fatores da escala. Estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica; que apresentam experiência de doença grave na família e que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no componente compreensão empática. Foi possível, ainda, observar que os estudantes de medicina participantes se dividiram em três grupos distintos em relação ao grau de empatia apresentados (baixa, moderada e alta). **Conclusão:** O modelo proposto para a Escala Brasileira de Empatia Clínica atendeu aos critérios de adequação semântica, cultural e revelou evidências preliminares de validade, discriminando o construto em dois componentes.

Palavras-Chave: Educação em saúde; Empatia; Estudantes de medicina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Empathy, which is a human beings fundamental element, has been the subject of increasing interest in medical education. In the healthcare professions context, empathy in patient care is a feature that involves understanding the patient's experiences, pain, suffering, and concerns combined with the capability to communicate these understandings and an intention to help. Despite the development of practices that stimulate empathy in medical students, a challenge present in academic life is to measure this ability. **Objective:** To develop and validate a Brazilian scale of empathy in the context of clinical care. **Methodology:** This is a mixed, quantitative and qualitative, cross-sectional study whose target audience is medical students. The initial items of the scale were made based on the literature and took into consideration interviews with the target population of the scale, as well as physicians, patients and experts on the topic. This instrument divided into: (1) Definition of the construct; (2) Definition of the scale itself; (3) Elaboration of the scale's items; (4) Scale purification and (5) Scale validation. **Result:** At the end of the study, the Empathy scale elaborated contains 21 items with Likert scale responses, divided into two factors: empathic understanding and empathic action, presenting a total explained variance of 44.95%. For the psychometric analysis, it was evaluated the answers from 207 medical students from the fourth to the sixth year, using the FACTOR as an instrument for exploratory factor analysis. In this study, in general, the level of empathy of the students, measured by the proposed scale, was high (above 4 with 5 being the highest level), in both factors. It was also observed that the female sex had higher scores in the two factors of the scale. Students that pretend to follow the clinical specialty; those who presents experience of severe disease in the family and/or presents any chronic illness showed higher scores in the empathic understanding component. It was still observed that the participating medical students were divided into three distinct groups in terms of the degree of empathy shown (low, moderate and high). **Conclusion:** The model proposed for the Brazilian Scale of Clinical Empathy met the semantic, cultural and revealed preliminary evidence of validity, the construct is broken down into two components.

Keywords: Health education; Empathy; Medical students.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Etapas da elaboração dos itens da Escala Brasileira de Empatia Clínica	67
Gráfico 1	- Distribuição dos alunos quanto aos 3 grupos criados pela Análise de Conglomerados (Clusters) quanto ao grau de Empatia baseado nos 2.....	73
Quadro 1	- Versão 2: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico.....	34
Quadro 2	- Ações/comportamentos/atitudes empáticas citados pelos pacientes em relação ao atendimento do médico.....	36
Quadro 3	- Conceitos, ações/comportamentos/atitudes empáticas citados pelos estudantes de medicina e médicos em relação ao atendimento do médico...	37
Quadro 4	- Versão 3: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico.....	40
Quadro 5	- Versão 4 - Itens preliminares elaborados para a escala de empatia no contexto clínico.....	44
Quadro 6	- Escala De Empatia Clínica.....	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Cálculo do CVC para Clareza da Linguagem.....	42
Tabela 2	- Cálculo do CVC para Pertinência Prática.....	43
Tabela 3	- Distribuição dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse, no geral.....	47
Tabela 4	- Avaliação do comportamento dos alunos frente a cada um dos itens do questionário “EMPATIA”.....	49
Tabela 5	- Análise de correlação entre os itens do questionário de EMPATIA – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) são mostrados.....	53
Tabela 6	- Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA.....	56
Tabela 7	- Resultados da Análise Paralela do questionário EMPATIA.....	57
Tabela 8	- Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA.....	58
Tabela 9	- Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA- <i>Retirando as cargas fatoriais inferiores a   0,30  </i> -.....	59
Tabela 10	- Análise da Discriminação pela TRI dos itens do questionário EMPATIA.....	60
Tabela 11	- Análise dos <i>Thresholds</i> (Intercepto) dos itens do questionário EMPATIA..	61
Tabela 12	- Análise da qualidade e eficácia das estimativas de pontuação de fatores relacionados aos itens do questionário EMPATIA.....	62
Tabela 13	- Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final da escala de empatia clínica.....	63
Tabela 14	- Medidas descritivas dos fatores de Empatia gerados pela Análise Fatorial Exploratória.....	68
Tabela 15	- Influência do sexo no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	68
Tabela 16	- Influência da especialidade pretendida no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	69
Tabela 17	- Influência da “Experiência com doença grave na família” no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia....	69
Tabela 18	- Influência da “Presença de alguma doença crônica” no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	70

Tabela 19	-	Influência da idade no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	70
Tabela 20	-	Influência do ano cursado na faculdade no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	71
Tabela 21	-	Influência da renda familiar no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia.....	71
Tabela 22	-	Média dos 2 fatores gerados pela Análise Fatorial Exploratória em relação aos 3 grupos ( <i>clusters</i> ) de alunos formados pela Análise de Conglomerados	73
Tabela 23	-	Análise de associação entre Grau de Empatia e variáveis sociodemográficas.....	74

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CARE	Consultation and Relational Empathy
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
Coep/Unifenas	Comitê de Ética e Pesquisa da Unifenas
CVC	Coeficiente de validade do conteúdo
CVC <sub>c</sub>	Cada item do instrumento
CVC <sub>t</sub>	Instrumento total
GRAF	Gráfico
I.E	Inventário de Empatia
JSPE	Escala de Empatia de Jefferson
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MES	Mapa da Empatia em Saúde
MIREAL	Mean of Item Residual Absolute Loadings
NNFI	Índice de Ajuste Não-normado
ORION	Marginal reliability
PPOS	Patient Practitioner Orientation Scale
PROMIN	Cargas fatoriais rotacionadas
RDWLS	Robust Diagonally Weighted Least Squares
RMSEA	Raiz do Erro quadrático médio de aproximação
TAB	Tabela
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Índice de Tucker-Lewis
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Velano

## LISTA DE SÍMBOLOS

d.p.	Desvio-padrão
<i>H</i>	Confiabilidade Composta
n	Frequência absoluta
n%	Frequência relativa
Q1 e Q3	Quartis
Q2	Mediana
r	Coefficiente de Correlação
r <sup>2</sup>	Coefficiente de Correlação ao quadrado
R <sup>2</sup>	Coefficiente de Determinação
$\omega$	ômega

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1</b>	<b>Empatia.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2</b>	<b>Estratégias para desenvolver a empatia.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3</b>	<b>Mensurar empatia.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3</b>	<b>População alvo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Crítérios de inclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>4.5</b>	<b>Crítérios de exclusão.....</b>	<b>26</b>
<b>4.6</b>	<b>Amostra, amostragem e recrutamento.....</b>	<b>27</b>
<b>4.7</b>	<b>Elaboração da escala de empatia.....</b>	<b>28</b>
<b>4.7.1</b>	<i>Definição do construto.....</i>	<b>28</b>
<b>4.7.2</b>	<i>Definição da escala em si.....</i>	<b>28</b>
<b>4.7.3</b>	<i>Elaboração dos itens da escala.....</i>	<b>28</b>
<b>4.7.4</b>	<i>Purificação da escala.....</i>	<b>28</b>
<b>4.7.5</b>	<i>Avaliação das propriedades psicométricas da escala.....</i>	<b>29</b>
<b>4.7.6</b>	<i>Análise de dados.....</i>	<b>30</b>
<b>4.7.7</b>	<i>Aspectos éticos.....</i>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Definição do construto.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Definição da escala.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3</b>	<b>Elaboração de itens.....</b>	<b>33</b>
<b>5.4</b>	<b>Purificação da escala.....</b>	<b>41</b>
<b>5.4.1</b>	<i>Análise dos resultados CVC.....</i>	<b>42</b>
<b>5.5</b>	<b>Teste Piloto.....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>VALIDAÇÃO DA ESCALA .....</b>	<b>47</b>
<b>6.1</b>	<b>Descrição dos alunos.....</b>	<b>47</b>

6.2	Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das 34 questões da escala de empatia pelos estudantes de medicina do 4° ao 6° ano .....	48
6.3	Análise de correlação entre os itens do questionário.....	52
6.4	Resultados da análise fatorial exploratória.....	55
6.5	Escala de Empatia proposta.....	63
6.6	Avaliação da empatia clínica dos estudantes de medicina com a escala proposta.....	68
6.7	Influência dos fatores sociodemográficos nos componentes da empatia dos estudantes.....	68
6.8	Avaliação do perfil de empatia apresentado pelos estudantes de medicina com a utilização da Escala de Empatia proposta .....	72
6.9	Associação entre o grau de empatia e variáveis sociodemográficas dos alunos .....	73
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	76
8	<b>CONCLUSÃO</b> .....	82
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	83
	<b>APÊNDICES</b> .....	89

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Empatia

A educação médica é um tema debatido e em constante transformação desde o relatório apresentado por Abraham Flexner em 1910. Destaca-se no século XX a introdução do profissionalismo como núcleo da competência médica, sendo o humanismo um dos seus pilares (ARNOLD; STERN, 2006). Dentro do humanismo a empatia é um elemento primordial com crescente interesse do ensino médico. A compreensão da empatia nas relações humanas, com seus fundamentos e alternâncias vem despertando interesse na comunidade científica, revelando-se essencial na relação médico-paciente (REISS, 2010).

A empatia tem sua origem na palavra alemã “*Einführung*” e foi derivada de dois termos gregos, “*em*” e “*pathos*”, que significa “sentir-se em”. O termo é um construto multidimensional o qual envolve níveis diferentes de afetividade, cognição e comportamento (HOJAT, 2007).

Atribui-se ao filósofo alemão Robert Vischer (1847-1933) a invenção do termo, usado por ele em 1873 para descrever a experiência estética. Assim, a empatia seria um processo de imitação interna, ocorrido durante a apreciação de objetos de arte, no qual a projeção do *self* em obras artísticas fazia com que surgisse, nos observadores, sentimentos de admiração e unicidade desencadeados pela percepção de propriedades subjetivas nas obras, como nobreza, elegância e poder, tal como se elas fossem seres com vida (BALDWIN, 1913). Essa projeção do observador para dentro do objeto contemplado, acompanhado de deleite ou fruição, é a primeira manifestação da empatia reconhecida no mundo moderno (GALLESE, 2003; ARAÚJO, 2009).

No início do século 20, a ideia de *Einführung* já denotava um certo tipo de envolvimento físico com uma obra de arte ou com uma outra pessoa, apontando para a consideração de respostas emocionais do expectador (BROLEZZI, 2014). Para Lipps (1923), a empatia era considerada como um fenômeno psicológico. Este autor teria sugerido a versão grega *empathia*, para definir o construto, significando tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa, dando origem à palavra empatia em diversas línguas (BOEMER, 1984). Na língua portuguesa, empatia vem do inglês *empathy*,



termo criado em 1909 pelo psicólogo inglês Edward Bradford Titchener (1867-1927) para traduzir *Einfühlung*.

O conceito de empatia foi objeto de reflexão, no século XX, sendo que, somente no início da década de 1950 passou a ser investigada com maior aprofundamento e aplicada na prática psicoterapêutica por Rogers (2001), cujas descobertas neste campo embasaram a criação de uma modalidade psicoterápica que ficou mundialmente conhecida como Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (SAMPAIO *et al.*, 2008).

Assim, a empatia era vista por Rogers (2001) não apenas como uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também como uma habilidade aprendida/desenvolvida que envolve o estabelecimento de vínculos cognitivo-afetivos entre duas ou mais pessoas, durante os quais alguém se permite, deliberadamente, sensibilizar-se e envolver-se com a vida privada de outros (ROGERS, 2001).

Outros autores têm proposto que a empatia deve ser compreendida como um tipo de experiência subjetiva multifacetada. Segundo Hoffman (1992), a empatia está diretamente relacionada ao desenvolvimento de um senso cognitivo sobre a existência de outras pessoas, o qual, por sua vez, se encontra ligado ao processo de diferenciação do *self*. Além disso, a associação entre os sentimentos produzidos durante os episódios empáticos e os níveis de desenvolvimento sociocognitivo produz mudanças na maneira como os indivíduos irão sentir subjetivamente a empatia. Nessa direção é que Hoffman (1992), afirma haver diferenças qualitativas nos componentes afetivos da empatia, principalmente no que diz respeito à natureza da experiência subjetiva do observador e às motivações produzidas pelos sentimentos empáticos.

Embora alguns autores defendam que a empatia é um fenômeno predominantemente cognitivo (EISENBERG; EGGUM, 2009) enquanto outros afirmem que esta é um processo primordialmente afetivo, com alguns componentes cognitivos (BARNETTE, 2000), a literatura tem considerado a empatia como um construto multidimensional, abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (DAVIS, 1983; FALCONE *et al.*, 2008)

O componente cognitivo da empatia caracteriza-se pela capacidade de inferir com precisão os sentimentos e pensamentos de outra pessoa, sem experimentar necessariamente os mesmos

sentimentos desta. Tal perspectiva envolve neutralidade e imparcialidade daquele que empatiza (EISENBERG; EGGUM, 2009) e tem sido denominado de tomada de perspectiva (DAVIS, 1983). Decety e Cowell (2014) afirmam que a tomada de perspectiva requer uma inter-relação dinâmica entre o “eu” (autoconsciência) e o “outro” (consciência do outro).

Tomada de Perspectiva reflete a tendência para adotar os pontos de vista do outro (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010). A Tomada de perspectiva é um processo que está associado à competência e ao raciocínio social. Refere-se à capacidade de colocar-se no lugar do outro e imaginar o que ele está pensando ou sentindo. Trata-se de um componente vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos. (PEIXOTO; MOURA, 2020). A dimensão tomada de perspectiva pode ser considerada o componente-chave da empatia, referindo-se à capacidade de o profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva, prestando atenção à comunicação não verbal e à linguagem corporal (HOJAT *et al.*, 2001). Segundo Rogers (2001), para estarmos com o outro empaticamente, devemos "deixar de lado, os próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do outro sem preconceitos. Num certo sentido, significa pôr de lado o próprio eu". Para se captar e refletir sobre a significação pessoal do paciente, é preciso fazer uma abstração de seus próprios valores, sentimentos e necessidades.

A capacidade para representar e relatar os próprios estados mentais é o que permitirá o conhecimento inferencial do estado mental dos outros. A autoconsciência e a consciência do outro se desenvolvem simultaneamente nos anos pré-escolares e desempenham um papel importante na regulação das emoções (autorregulação) e na flexibilidade cognitiva (DECET; COWELL, 2014). Elas se articulam de tal maneira que, mesmo havendo identificação temporária, não há confusão entre o “eu” e o “outro”. Além disso, a flexibilidade e a capacidade de regular a própria perspectiva permitem modular a emoção envolvida na preocupação com o outro (DECETY; COWELL, 2014). Segundo Rogers (2001), se o terapeuta compreende os sentimentos vivenciados pelo cliente, além de aceitá-lo incondicionalmente e ser autêntico com suas percepções, então há uma forte probabilidade de que esta psicoterapia seja eficaz; pois, quando o cliente se sente compreendido, bem-vindo e aceito nos vários aspectos de sua experiência, ocorre uma maleabilidade gradual de seu jeito de ser e uma fluência mais livre de sentimentos e movimentos (ROGERS, 2001).

O segundo componente que identifica a empatia é o afetivo, expresso por um interesse genuíno em atender às necessidades da pessoa alvo. Isso se reflete através de uma tendência a experimentar sentimentos de simpatia, de compaixão e de preocupação com o bem estar da outra pessoa (THOMPSON, 2019). O componente afetivo da empatia não implica necessariamente em experimentar os mesmos sentimentos da outra pessoa, mas sim em experimentar um entendimento do que é sentido por esta (FALCONE *et al.*, 2008) ou de experimentar um afeto que está mais voltado para a situação do outro do que para a própria situação (HOFFMAN, 1992).

O componente afetivo é baseado em emoções, na capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (neurônios espelhos), em que as ações observadas nos outros são representadas internamente no cérebro do observador (PEIXOTO; MOURA, 2020). O compartilhamento emocional avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010). Assim, o compartilhamento emocional (contágio emocional) é um mecanismo espontâneo que ocorre por observação e independe de análise (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O componente comportamental (verbal e não verbal) da empatia torna-se fundamental para que a outra pessoa se sinta verdadeiramente compreendida (FALCONE *et al.*, 2008). Burleson (1985) se refere a essa habilidade como uma estratégia sensível de consolar. Através da expressão empática, é possível inferir a acuidade da percepção do indivíduo que empatiza (ICKES; MARANGONI; GARCIA, 1997). Burleson (1985) afirma que algumas pessoas empregam estratégias altamente sensíveis de conforto verbal, que legitimam e elaboram os sentimentos da outra pessoa, enquanto outras utilizam estratégias menos sensíveis, que tendem a desvalorizar a legitimidade e o significado dos sentimentos do outro. As estratégias de consolo mais sofisticadas e empáticas propostas por Burleson (1985) tentam explicar os sentimentos e perspectivas da outra pessoa sem julgar; aceitam e legitimam o sentimento do outro, bem como o ponto de vista deste, ajudando-o a entender e encontrar uma explicação para os próprios sentimentos. As estratégias de consolo menos sofisticadas ou não empáticas focalizam-se no evento em si; impõem o próprio ponto de vista, desconsiderando ou ignorando os sentimentos e a perspectiva da outra pessoa; tentam minimizar o problema e/ou estão mais centradas em dizer ao outro o que fazer ou como se sentir.

O componente comportamental da empatia, denominado preocupação empática refere-se à motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis e deliberar as ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados (PEIXOTO; MOURA, 2020). Assim, a empatia é uma competência do médico para entender a perspectiva e sentimentos, para comunicar esse entendimento e verificar sua precisão, e agir sobre esse entendimento de uma maneira terapêutica útil (DERKSEN; BENSING; LAGRO-JANSSEN, 2013).

Assim, como sugerem Decety e Cowell (2014), a empatia implica pelo menos três fenômenos: sentir o que outra pessoa sente, saber o que outra pessoa sente, e responder à experiência de outra pessoa. De acordo com o modelo de Davis (1983), num episódio empático, a observação de alguém desencadeia mecanismos que produzem respostas no observador que são regidos por quatro componentes sequenciais: antecedentes, processos, consequências intrapessoais e interpessoais. Os antecedentes referem-se às características do observador ou da situação. Os processos envolvem os mecanismos pelos quais a resposta empática é produzida, sejam eles não-cognitivos (mímica motora), cognitivos simples (condicionamento clássico) ou cognitivos avançados (tomada de perspectiva). As consequências intrapessoais são as respostas que ocorrem no observador pela exposição ao alvo; podem ser de tipo cognitivo (interpretações), afetivo (preocupação empática) ou motivacional (perdão). As consequências interpessoais são as respostas comportamentais dirigidas à pessoa observada (comportamento de ajuda) (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010).

Fuchs (2017) descreve que a empatia apresenta dois níveis distintos em relação à forma de manifestação. O nível 1 representa a empatia primária que seria uma forma implícita na qual as emoções observadas nos outros são sentidas e experimentadas pelo observador, o que ele denomina de ressonância corporal. O nível 2 representa a empatia estendida, uma forma explícita em que o observador imagina como seria estar no lugar do outro, refletindo e fazendo inferências, o que o autor denomina de transposição imaginária, uma forma que proporciona a possibilidade de uma compreensão social de nível superior (FUCHS, 2017).

Assim, as pessoas experimentam diferentes tipos de experiências emocionais durante os episódios empáticos, devido as interrelações entre componentes cognitivos e afetivos, o que reforça a característica multidimensional da empatia (SAMPAIO *et al.*, 2008). 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. Desta forma, 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 bem estar deste, não traduz manifestação empática (SAMPAIO *et al.*, 2008).

Segundo Usherwood (1999), a empatia também pode ser categorizada como "compreensão empática" e "ação empática" para enfatizar a importância dos aspectos cognitivos, afetivos e o componente comportamental de ação. Essa ação empática fica evidente no encontro clínico entre um paciente e um profissional de saúde, sendo a atividade central da assistência médica. Cada vez mais, a atenção está sendo dada às opiniões dos pacientes sobre os cuidados e ao desenvolvimento de uma abordagem mais centrada no paciente (USHERWOOD, 1999).

Finalmente, compreender os sentimentos e pensamentos dos outros, além de compartilhar emoções, requer a capacidade de expressar esse entendimento de forma sensível (por ex., não fazer julgamentos, validando os sentimentos da outra pessoa etc.) (FALCONE *et al.*, 1998).

## **1.2 Estratégias para desenvolver a empatia**

Estudos relatam a utilização de estratégias que foram criados para desenvolver a empatia nos estudantes de medicina, como por exemplo modelo de conduta (AHMADIAN *et al.*, 2019), aplicação da literatura e artes durante o curso (MCDONALD *et al.*, 2015; BENTWICH; GILBEY, 2017), narrativa médica (DARYAZADEH *et al.*, 2020), voluntariado (DUSSÁN *et al.*, 2017), meditação (CHEN; KUMAR; HARAMATI, 2016) e gameficação (CHEN *et al.*, 2018). Moura *et al.* (2021), ao realizar um estudo de revisão sistemática, identificaram que as estratégias que vêm sendo utilizadas para o ensino da empatia incluem artes, cursos de treinamento de comunicação, contato com pacientes e reflexão, bem como a utilização da realidade virtual.

Além destas estratégias citadas, ressalta-se o recém-criado Mapa da Empatia em Saúde (MES) (PEIXOTO; MOURA, 2020), que é um instrumento de ensino e prática da habilidade de empatia nos cenários de ensino em saúde. O MES é composto por 4 perguntas baseadas nos

pilares da empatia: tomada de perspectiva (pergunta 1 - “O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? e 2 - “Qual a sua percepção sobre as necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuros?”); compartilhamento emocional (pergunta 3 - “Como me sinto conhecendo a história desta pessoa?”) e preocupação empática (pergunta 4 - “Como posso ajudar esta pessoa?”). Após a resposta por escrito o aluno desenha no centro do mapa um *emoji* em que o estudante deve expressar o que melhor exemplifica o sentimento do paciente (PEIXOTO; MOURA, 2020).

### 1.3 Mensurar empatia

Apesar do desenvolvimento de estratégias que estimulam a empatia nos estudantes de medicina, ainda é um desafio presente na vida acadêmica a mensuração desta habilidade. Já foram desenvolvidas várias escalas para medir a empatia em diferentes cenários como o Inventário de Empatia (I.E.) que avalia a empatia no contexto de situações de interação social (FALCONE *et al.*, 2008), escala *Consultation and Relational Empathy* (CARE) que avalia a percepção do paciente em relação à empatia no contexto do atendimento clínico, (MERCER *et al.*, 2004), Índice de Reatividade Interpessoal, que avalia as dimensões afetiva e cognitiva da empatia no contexto das relações sociais (DAVIS, 1983), escala *Patient Practitioner Orientation Scale* (PPOS) que avalia atitudes de médicos e estudantes em relação ao atendimento centrado na pessoa (KRUPAT; PUTMAN; YEAGER, 1996), porém na educação médica a escala mais utilizada é a Escala de Empatia de Jefferson *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) que avalia a empatia no contexto da relação médico-paciente.

Esta escala tem a empatia como um atributo predominantemente cognitivo. Foi desenvolvida em língua inglesa para padrões norte-americanos (HOJAT *et al.*, 2001). Quanto à JSPE, escala utilizada para mensurar a empatia no estudo atual, é importante enfatizar que, apesar de ser a mais utilizada em pesquisas em educação médica, de ter sido traduzida e validada em diversos países e idiomas, e de ter apresentado qualidades psicométricas satisfatórias, ela apresenta fragilidades que podem contribuir com distorções na avaliação do nível de empatia, fazendo com que seja pouca discriminativa (NUNES, 2018).

Assim, diante da importância da empatia no desenvolvimento acadêmico se faz necessário uma escala que aborde o componente afetivo e cognitivo do construto e que se aproxime cultural e

linguisticamente do cenário dos estudantes de medicina brasileiros. Este estudo se propôs a elaborar uma escala de atitudes do estudante de medicina em relação à empatia no contexto do atendimento clínico, baseado no pressuposto de (MANN, 1970) de que é possível acessar a atitude de uma pessoa se ela a comunicar ou demonstrá-la, uma vez que a atitude é essencialmente uma disposição mental em face de uma ação potencial.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A empatia é um construto multidimensional essencial na formação acadêmica dos estudantes de medicina, sendo uma das bases do profissionalismo. Tão importante quanto desenvolver este aspecto entre os discentes é mensurá-lo para a qualificação em ensino em saúde.

A despeito de várias escalas de empatia já desenvolvidas, observa-se que não existe uma escala de empatia que aborde a relação médico paciente e que se adeque a nossa cultura e realidade.

Portanto, a relevância deste estudo reside em elaborar e avaliar as evidências de validade de uma escala de empatia no contexto do atendimento clínico, baseada na cultura brasileira e em língua portuguesa. Os resultados deste estudo poderão ser uteis tanto para embasar pesquisas sobre o tema.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Elaborar e validar uma escala brasileira de empatia no contexto do atendimento clínico.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Definir o conceito teórico do construto
- Elaboração dos itens e definição da escala
- Avaliar a validade da escala proposta
- Identificar o perfil de empatia dos estudantes de medicina utilizando a escala proposta
- Identificar fatores sociodemográficos que se correlacionem com a empatia em estudantes de medicina mensurado com a escala proposta.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, cuja proposta foi elaborar e validar um instrumento para mensurar a atitude empática do estudante de medicina no contexto da prática clínica. Este estudo seguiu o protocolo proposto por (LUCIAN; DORNELAS, 2015) dividido em: (1) Definição do construto; (2) definição da escala em si; (3) elaboração dos itens da escala; (4) purificação da escala e (5) validação da escala.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido na Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **4.3 População alvo**

A população alvo foi formada por estudantes de medicina de instituições públicas e privadas brasileiras.

### **4.4 Critérios de inclusão**

- Ser maior de 18 anos.
- Estar regularmente matriculado no curso de medicina nos períodos com prática clínica.
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo.
- Ter concordado em participar da pesquisa e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE (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.

- Falta de adesão ao protocolo do estudo.

#### **4.6 Amostra, amostragem e recrutamento**

A amostra do estudo foi determinada por conveniência e constituída por estudantes de medicina distribuídos por todo o território nacional que estavam cursando do quarto ao sexto ano do curso. A amostra ideal para este estudo era de no mínimo 170 respondentes, atendendo ao sugerido por (HAIR *et al.*, 2005), que recomendam um tamanho mínimo de cinco indivíduos por item avaliado. Todos receberam um convite através do *WhatsApp* ou *e-mail* para participar do estudo que foi conduzido através de preenchimento de questionário online autoaplicável, contendo questões sociodemográficas (APÊNDICE B) e a escala de empatia para estudantes de medicina (Versão final – Versão 4). Antes do preenchimento o estudante deveria ler e concordar com o Termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE A).

#### **4.7 Elaboração da escala de empatia**

##### ***4.7.1 Definição do construto***

Inicialmente, buscou-se na literatura o conceito teórico do construto empatia e dos seus componentes. Rossiter (2002) afirma que um construto deve ser conceitualmente definido em termos de objeto, atributo e população. As questões básicas são: o que é o objeto e de que ele é composto; quais são seus atributos e de que eles são compostos; e por quem é formada a população que irá responder à enquete. Bearden e Netemeyer (1999) ressaltam ainda que é necessário que a escala de atitude para mensurar construtos sociais esteja de acordo com alguma teoria e que seus itens sejam correspondentes aos construtos teorizados. Em síntese, ele é formado, então, por um objeto (devidamente delimitado), seus atributos (conjunto de comportamentos escolhidos) e pelos respondentes (universo).

##### ***4.7.2 Definição da escala em si***

Segundo Crowther (1995) mensuração é uma técnica que faz uso de instrumentos de precisão para se medir qualidades desejadas com base numérica. Portanto, a princípio, qualquer coisa observável direta ou indiretamente, incluindo a atitude, pode ser mensurável desde que se tenha

um instrumento apropriado para tal. Nesta etapa, baseado em achados da literatura foi elaborada a formatação da escala.

#### ***4.7.3 Elaboração dos itens da escala***

Foi realizada uma revisão da literatura sobre o conceito do construto e de escalas de mensuração para embasar a elaboração dos itens da escala (FALCONE *et al.*, 2008; LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010; PARO *et al.*, 2012; DECETY; COWELL, 2014). E posteriormente, segundo proposto por (ALLPORT; HARTMAN, 1925), obteve-se opiniões de médicos, estudantes de medicina, pacientes e outros profissionais de saúde sobre ações/comportamentos/attitudes desejáveis que o médico deve ter durante a consulta em relação aos componentes da empatia (tomada de perspectiva; compartilhamento emocional e preocupação empática).

#### ***4.7.4 Purificação da escala***

A purificação da escala tem objetivo de identificar prematuramente os itens que possuem problemas de redação ou incongruência com o constructo que se pretende mensurar. Inicialmente foi realizada através da análise de especialistas. Para a análise teórica dos itens do instrumento proposto utilizou-se a técnica de validade de conteúdo, no que se refere à clareza da linguagem e a pertinência prática. Foi calculado o coeficiente de validade do conteúdo (CVC) proposto por (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002) para cada item do instrumento ( $CVC_c$ ) e para o instrumento como um todo ( $CVC_t$ ).

Foi solicitado aos juízes pontuar cada um dos 37 itens utilizando uma escala de 1 a 5 para avaliar o nível de adequação da clareza da linguagem (1 → fácil entendimento e 5 → difícil entendimento) e o nível da pertinência prática (1 → pouco relevante e 5 → muito relevante). Para a avaliação relacionada à clareza da linguagem houve a inversão da escala. O ponto de corte adotado para determinar níveis satisfatórios para clareza da linguagem e pertinência foi de  $CVC_c \geq 0,80$  para cada um dos itens e  $CVC_t \geq 0,80$  para o instrumento no geral.

Pré-teste: A versão final obtida após a validade de conteúdo foi submetida a um pré-teste com 36 estudantes de medicina, representando o público-alvo do instrumento. A estes alunos foi

apresentado a escala elaborada e solicitado que estes opinassem sobre a clareza e o entendimento dos itens.

Desta forma, foi possível avaliar o entendimento dos itens pelo público-alvo e avaliar se cada item está medindo o que se deseja.

#### **4.7.5 Avaliação das propriedades psicométricas da escala**

Para a avaliação das propriedades psicométricas, o instrumento foi distribuído para estudantes do 4° ao 6° anos de medicina de instituições privadas e públicas brasileiras no período compreendido entre agosto e setembro de 2021, um questionário sociodemográfico abordando as variáveis: nome; e-mail; idade; gênero (masculino; feminino; outros), período do curso, estado civil; faculdade; renda familiar (até 5 mil; acima de 5 mil); especialidade pretendida (Medicina de família e comunidade; Especialidade clínica; Especialidade cirúrgica; Área de gestão; Área de exames complementares; Outros); Pergunta se já passou por experiência com doença grave na família (sim ou não) e se apresenta alguma doença crônica (sim ou não) (APÊNDICE B); e a versão da Escala de Empatia obtida após o pré-teste com 34 itens (Versão final – Versão 4). A escala foi construída no *Google Forms*. O convite foi enviado por e-mail ou *WhatsApp*, no qual foi disponibilizado o link de acesso para o questionário do *Google Forms* e para acesso ao TCLE.

#### **4.7.6 Análise dos dados**

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana ( $Q_2$ ), Quartis ( $Q_1$  e  $Q_3$ ), Média, Desvio-padrão (d.p.) e Intervalo de Confiança da média, além das frequências absoluta (n) e relativa (n%) como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

Utilizou-se Teste t de *Student* para comparar duas variáveis independentes. A comparação entre os 3 ou mais categorias de uma variável do tipo categórica de interesse (por exemplo, faixa etária dos alunos) no que se refere à média dos escores de Empatia de cada fator (%) foi realizada utilizando-se a técnica da *Análise de Variância com um fator (ONEWAY)*. Nos casos em que a análise indica a existência de alguma diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as

categorias realizou-se as comparações múltiplas de médias segundo o teste de *Duncan* para verificar entre quais categorias realmente existe tal diferença.

Para a análise da validade do instrumento optou-se por utilizar o *software Factor*. O *Factor* é um software livre, fácil de usar (*point and click*), poderoso e que engloba todas as melhores práticas recentes de acordo com Rogers (2021). Além disso o algoritmo do *Factor* (*sweet smoothing*) foca somente nas variáveis problemáticas e, por isso, é mais eficiente em não perder variância (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). Uma vantagem adicional deste programa é que ele emite também as cargas fatoriais e a correlação entre os fatores com seus intervalos de confiança via *bootstrap* (blocos omitidos). O *Factor* também apresenta, para a escala, a medida clássica de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,93), o ômega ( $\omega$ ) (0,93), de McDonald (0,93) e a *greatest lower bound* (GLB = 0,96).

A análise foi implementada utilizando uma matriz policórica (Escala do tipo *Likert* de resposta de 1 a 5, onde, **1**. Discordo totalmente e **5**. Concordo totalmente – Escala tratada como categórica do tipo ordinal, e não intervalar, nesta análise específica) e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* / Robusta dos Mínimos Quadrados Ponderados diagonalmente (RDWLS) (ASPAROUHOV; MUTHEN, 2010). A decisão sobre o número de itens a serem retidos foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019) – não ortogonal.

A adequação do modelo foi avaliada por meio dos Índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* / Raiz do Erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), *Comparative Fit Index* / Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e *Tucker-Lewis Index* / Índice de Tucker-Lewis (TLI) / Índice de Ajuste Não-normado (NNFI) – TLI é o mesmo que NNFI. De acordo com a literatura (BROWN, 2006), valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, com intervalo de confiança de 95% não atingindo 0,10, e valores de CFI e TLI devem ser superiores de 0,90, ou preferencialmente, 0,95.

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). O índice H avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum, sendo que, os valores de H podem variar de 0 a 1. Valores altos de H (> 0,80)

sugerem uma variável latente (Fator) bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de H sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). Por fim, o parâmetro de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de *Reckase* (RECKASE, 1985). O *software* utilizado foi o *FACTOR*.

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.

#### **4.7.7 Aspectos éticos**

Os estudantes foram convidados a participar do estudo, recebendo esclarecimento sobre a garantia de privacidade e confidencialidade, antes do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores informaram os objetivos do estudo, que estão também explícitos no Termo de 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 um questionário e garantiu-se aos alunos o direito de recusa da participação sem qualquer tipo de prejuízo, bem como o direito de interromper sua participação, a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer constrangimento.

Foi permitido 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. Este estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Coep/Unifenas com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 33498020.4.0000.5143 e parecer 4.373.013.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Definição do construto

Buscou-se, na literatura, o conceito teórico de cada domínio da empatia, que foram sintetizados a seguir:

- **Tomada de Perspectiva:** refere-se à capacidade de o profissional de saúde compreender o que experiência, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva, prestando atenção à comunicação não verbal e à linguagem corporal (HOJAT *et al.*, 2001). Assim, a Tomada de perspectiva reflete a tendência para adotar os pontos de vista do outro (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010), deixando de lado, os próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do outro sem preconceitos. Num certo sentido, significa pôr de lado o próprio “eu”. Trata-se de um componente vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos (PEIXOTO; MOURA, 2020).
- **Compartilhamento emocional:** O componente afetivo é baseado em emoções, na capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (neurônios espelhos), em que as ações observadas nos outros são representadas internamente no cérebro do observador (PEIXOTO; MOURA, 2020). O compartilhamento emocional avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010). Assim, o compartilhamento emocional (contágio emocional) é um mecanismo espontâneo que ocorre por observação e independe de análise (PEIXOTO; MOURA, 2020).
- **Preocupação empática:** mede a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro (LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010). Refere-se a motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis e deliberar as ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados (PEIXOTO; MOURA, 2020).

Assim, a empatia é uma competência do médico para entender a perspectiva e sentimentos, para comunicar esse entendimento e verificar sua precisão, e agir sobre esse entendimento de uma maneira terapêutica útil (DERKSEN; BENSING; LAGRO-JANSSEN, 2013).

### 5.2 Definição da escala



Allport e Hartman (1925) propõem a mensuração de atitudes em duas dimensões: sentido e intensidade. Assim, optou-se por utilizar a escala de Likert (1932), que é a mensuração mais aceita entre os pesquisadores da área (SANCHES, 2011). A escolha da escala com cinco pontos se baseou nos achados de (DALMORO; VIERIA, 2013) que observaram que a escala de cinco pontos se mostrou mais adequada em relação a precisão, facilidade e rapidez das respostas.

Segundo (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994) o uso de números para ancorar cada ponto de resposta é uma opção recomendada, visto que fornece uma percepção de contínuo, que não só contribui para ajudar o respondente a entender o que é requerido no item, mas também contribui para uma qualificação igualitária da escala.

O uso de âncoras numéricas também facilita a tabulação e análise dos dados. Assim, neste estudo optou-se por utilizar (1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- não concordo e nem discordo; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente). E finalmente optou-se por usar a bidirecionalidade nas respostas, uma vez que possibilita detectar a consistência e o viés das respostas (BARNETTE, 2000).

### **5.3 Elaboração de itens**

Os itens da Escala de empatia para estudantes de medicina, foram construídos, inicialmente com base em revisão da literatura (FALCONE *et al.*, 2008; LIMPO; ALVES; CASTRO, 2010; PARO *et al.*, 2012). A partir desta revisão foram elaboradas questões baseadas nos três componentes da empatia (tomada de perspectiva, compartilhamento emocional e preocupação empática) (DECETY; COWELL, 2014) que se identifiquem com o contexto do atendimento clínico. A construção dos itens obedeceu aos critérios de clareza, ortografia, abrangência de contextos, demandas e interlocutores. Além disso foi coletado junto aos especialistas, pacientes, estudantes de medicina e médicos opiniões sobre o objeto (LUCIAN; DORNELAS, 2015).

Foram elaborados inicialmente 40 itens baseados em 4 pilares: conceito geral de empatia (04 itens); tomada de perspectiva (19 itens); compartilhamento emocional (09 itens) e preocupação empática (08 itens), que compunham a versão 1 da escala.

Após a elaboração preliminar dos 40 itens, estes foram analisados novamente pelos pesquisadores e decidiu-se pela eliminação de 13 itens (devido a conteúdos com abordagem semelhantes a outros itens e itens que não exemplificavam claramente o construto) e reformulação de 12, sendo que restaram 27 itens distribuídos em: tomada de perspectiva (11 itens); compartilhamento emocional (08 itens) e preocupação empática (08 itens), resultando na versão 2 da escala (QUADRO 1).

Quadro 1- Versão 2: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico.

(Continua)

<b>TOMADA DE PERSPECTIVA</b>
01 – A comunicação não-verbal ajuda a compreender o paciente
02 - É importante eu me importar com as preocupações do paciente
03– A compreensão da perspectiva do paciente deva ser considerada mesmo quando ela contradiz os meus valores
04 – A não adesão terapêutica do paciente deve antes ser entendida do que criticada
05 – Se preocupar com os sentimentos do paciente interfere na tomada de decisão
06 – As observações do acompanhante são importantes na consulta
07 - Ao examinar um paciente eu devo certificar primeiro se não há alguma possibilidade de constrangimento
08 - O atraso para a consulta por parte do paciente não deve ser aceito
09 - Devo tentar compreender o paciente que se apresenta de forma hostil antes de prosseguir a consulta
10 – Não julgo importante se colocar na posição do paciente
11 - Devo interromper o paciente quando este relata informações não diretamente relacionadas ao seu estado de saúde
<b>COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL</b>
12 – Eu evito me envolver emocionalmente com a história do paciente
13 – A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.
14 – O paciente se sente melhor se eu demonstro preocupação com as suas angústias
15 – Sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave
16 –Eu me emociono com a história do paciente
17 – Não é benéfico para a consulta eu tentar minimizar as emoções do paciente
18 – O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual
19 – As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.

Quadro 1- Versão 2: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico.

(conclusão)

<b>PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA</b>
20 - Eu preciso certificar que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de finalizar a consulta
21 - Na conduta terapêutica me preocupo com o impacto financeiro na vida do paciente
22- Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta
23 - As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica
24 - As queixas psicossomáticas devem ser valorizadas tanto quanto as alterações no exame físico.
25 - Uma boa relação com o paciente influencia positivamente na adesão terapêutica.
26 - Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.
27 - Eu me preocupo em explicar a doença do paciente numa linguagem que ele entenda

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

Estes itens (QUADRO 1), então, foram avaliados por 08 especialistas em empatia (2 professores, 1 psicóloga e 5 médicos) em relação à adequação dos itens ao construto e aos domínios, bem como clareza e linguagem. Esta análise foi feita através de questionário elaborado no *Google Forms*, e houve consenso sobre a adequação de todos os itens elaborados. Seguindo os preceitos de Lucian e Dornelas (2015) e Pasquali (1998) foi realizada uma pesquisa de opinião sobre a percepção de empatia no atendimento clínico para três públicos-alvo: pacientes, estudantes de medicina e médicos.

O formulário destinado aos pacientes continha questões que solicitavam a descrição de ações/comportamentos/atitudes empáticas (em relação aos componentes da empatia: tomada de perspectiva; compartilhamento emocional e preocupação empática) desejáveis que o médico deveria ter durante a consulta.

Participaram desta etapa 16 pacientes, sendo 61,78% do sexo feminino e 38,7% do sexo masculino com idades compreendidas entre 20 a 77 anos. Em relação à profissão, foram: Advogado (03); Analista judiciário (01); Professor (03); Assistente Social (01); Jornalista (02); Psicóloga (02); Farmacêutico (01); Enfermeira (01); Dentista (01).

As ações/comportamentos/atitudes empáticas citados por eles estão demonstradas no QUADRO 2.

Quadro 2 - Ações/comportamentos/attitudes empáticas citados pelos pacientes em relação ao atendimento do médico

(Continua)

<b>TOMADA DE PERSPECTIVA</b>
Escuta difusa sem juízos ou preconceitos. Estabelecimento de relações entre sentimentos e episódios ocorridos na vida da pessoa e os impactos consequentes
Permitir ao paciente expressar o que sente da maneira mais livre possível, em seu tempo, levando em consideração a realidade social, familiar, econômica e religiosa do paciente.
É o momento que o médico deve abrir mão e tentar esquecer as suas próprias experiências, só assim veria as coisas por outra perspectiva.
Escutar com atenção e observar não só as palavras, mas a comunicação não verbal do paciente e seus familiares.
Ouvir atentamente (resposta mais registrada)
Realmente se importar com o paciente.
Respeito, conhecimento e capacidade de ouvir.
<b>COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL</b>
Acredito que expressões faciais acompanhando a narrativa trazida pode ser relevante para que o paciente sinta que está sendo ouvido e desenvolva de forma mais profunda o seu relato. Pontuais intromissões na narrativa são relevantes para que o paciente seja conduzido a falar sobre os aspectos que podem ser utilizados pelo médico para desenvolver o diagnóstico.
Palavras que representam que o profissional compreende o que o paciente está dizendo (Entendo, compreendo, etc)
Demonstrar ao cliente que está entendendo o seu sentimento, a sua dor, que acredita na sua fala e que está disposto a ajudá-lo no que for possível. Isso pode ser demonstrado por palavras, por perguntas de aprofundamento do tema trazido ou até mesmo por suas ações gestuais.
Atenção com o paciente
Apoio com respostas curtas, perguntas objetivas
Olhar diretamente para o paciente (“olho no olho”)
<b>COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL</b>
Demonstrar conhecimento e tranquilidade. Observar o comportamento do paciente quanto a temeridade do resultado da consulta procurando tranquiliza-lo e orienta-lo quanto aos procedimentos e para o sucesso do tratamento.
<b>PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA</b>
Expressões faciais, pontais interjeições e trazer no discurso elementos que foram apresentados pelo paciente, reconstruindo a história contada.
Realmente se importar com o paciente

Quadro 2 - Ações/comportamentos/attitudes empáticas citados pelos pacientes em relação ao atendimento do médico

(conclusão)

<b>PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA</b>
Mostrar de forma imparcial as opções que o paciente tem e as possíveis consequências de cada escolha sem querer defender a sua escolha a qualquer preço
Olhar nos olhos, traduzir numa linguagem acessível o diagnóstico, algum encaminhamento no final da consulta
O médico pode demonstrar preocupação empática por meio de perguntas que legitimem a fala do paciente, mas que também forneça subsídios para uma melhor interpretação do que pode estar ocorrendo

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

Outro formulário foi elaborado para ser destinado aos médicos e estudantes de medicina para descrever os conceitos e as ações/comportamentos/attitudes empáticas desejáveis que o médico deveria ter durante a consulta. Participaram desta etapa 39 indivíduos sendo 56,1% do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino com idade compreendida entre 21 a 63 anos.

Foram 19 estudantes (6 alunos do 6º período; 6 do 7º período; 1 do 8º período; 4 do 10º período, 2 no 12º período) e 20 médicos (1 Gastroenterologista; 2 Pneumologistas; 1 Dermatologista; 1 Psiquiatra; 2 Cirurgia Pediatria; 3 Cirurgia Geral; 2 Ortopedista; 2 Médico Generalista; 2 Geriatria; 4 Pediatria). O QUADRO 3 mostra o resumo das respostas obtidas.

Quadro 3 - Conceitos, ações/comportamentos/attitudes empáticas citados pelos estudantes de medicina e médicos em relação ao atendimento do médico

(Continua)

<b>TOMADA DE PERSPECTIVA</b>
<b>Conceito</b>
Se colocar no lugar do outro
Entender as razões do outro
Enxergar pelo olhar do outro
É o entendimento da pessoa em frente a você. A percepção de suas idiossincrasias, fé, cultura e modo de encarar a vida.
Entender e compreender, sem preconceitos, o jeito e as attitudes da outra pessoa
Entendo como uma capacidade cognitiva
Este componente é um pilar importante que ressalta a necessidade de adotar uma postura empática buscando compreender e aceitar diferentes perspectivas, ainda se divergentes do seu ponto de vista.

Quadro 3 - Conceitos, ações/comportamentos/attitudes empáticas citados pelos estudantes de medicina e médicos em relação ao atendimento do médico

(continuação)

<b>Ações/comportamentos/attitudes</b>
Entender
Ouvir com atenção
falar a “língua “do paciente
É desejável que o médico tenha uma escuta atenta, permitindo que o paciente se expresse sem induzi-lo, a fim de entender a relação do paciente com suas queixas.
Postura amigável, fala gentil e dócil sem julgamentos prévios
Ouvir sem interromper e demonstrar interesse naquele que fala
Perceber a linguagem não verbal do outro
Compreender as ações que levaram o paciente àquele estado
Ouvir sem julgar, ver os sinais além da fala
Prestar atenção na linguagem corporal do paciente, observar se durante a fala ele costuma repetir e frisar mais determinadas situações que outras
<b>COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL</b>
<b>Conceito</b>
Habilidade de experimentar os sentimentos dos outros
Captar e dividir o sentimento
Sentir tristeza ao ver uma pessoa em luto, ou sentir alegria ao ver uma pessoa feliz.
Transferência
É a habilidade que podemos desenvolver, de identificarmos o estado emocional do paciente.
Se posicionar com expressões corporais
Seria como se “contagiar” com os sentimentos do outro, dividir as emoções dele. Sintonizar o afeto.
Um sentimento de compaixão pelo que o próximo está sentindo, passando.
Capacidade de demonstrar entendimento e solidariedade pelo que o paciente está passando.
Validar e acolher as emoções do outro.
<b>Ações/comportamentos/attitudes</b>
Saber respeitar as escolhas, as dores e emoções do paciente. Demonstrar isso através de um aperto de mão ou de uma pausa na conversa ou qualquer outro gesto que o deixe à vontade para expor seus sentimentos.
Criar identificação, se expor na medida
Ser sincero e entender o problema do paciente
Absorver aquilo que foi ouvido e transportar-se por um instante para aquele local
Balançar afirmativo com a cabeça pra demonstrar q a está escutando, olhar no olho da paciente e mostrar pra ela q você está inteiramente ali, não menosprezar a dor do outro por achar q reagiriamos diferente

Quadro 3 - Conceitos, ações/comportamentos/attitudes empáticas citados pelos estudantes de medicina e médicos em relação ao atendimento do médico

(conclusão)

<b>PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA</b>
<b>Ações/comportamentos/attitudes</b>
Adotar, no decorrer da consulta, frases que expressem o seu sentimento como: " Meus sentimentos"; "Muito triste.
Frases como "eu sei como você se sente" deveriam ser evitadas ou substituídas por "eu posso imaginar como você se sente".
Postura aberta, inclinar na direção da pessoa, tom de voz tranquilo, usar palavras que validem as emoções (percebo que vc está triste, sinto muito, espero que ele (a) melhore).
Reconhecimento dos sentimentos gerados após a escuta e identificar suas origens Partilha dos sentimentos com o paciente de forma franca, com afeto e profissionalismo
Demonstrar com palavras, expressões faciais e gestos que entende os sentimentos e expectativas do outro.
Ser capaz de se imaginar em uma situação igual ou parecida com a do paciente;
<b>Conceito</b>
A partir do momento que você consegue entender os sentimentos de uma pessoa, você passa a agir para ajudá-la a superar a situação.
Capacidade de sentir o que outra pessoa precisa de você
Tentar solucionar o problema
Acredito que seja quando a pessoa tenta ajudar o outro a compreender suas próprias emoções e pensamentos, ao meu ver, é realmente quando se põe em prática a empatia. É quando você consegue se preocupar e consegue “vestir o calçado do outro” e ajudá-lo a lidar com a situação que ele tá passando.
É por meio da preocupação empática que uma pessoa é capaz de estabelecer resoluções para os problemas compatíveis como a necessidade de cada indivíduo.
<b>Ações/comportamentos/attitudes</b>
Se fazer presente, estar do lado do paciente de forma que ele entenda que agirá da melhor maneira possível e que ele acredite que pode contar com você.
O médico deve tentar entender o que o paciente espera dele e deve se posicionar sobre o que ele pode fazer, de maneira que corresponda a demanda de empatia do paciente, mas não crie falsas expectativas
Mostrar ao paciente que valoriza as queixas dele
Demonstrar interesse
Procurar solucionar os problemas, ajudando, orientando
Perguntar se ela esperava a ajuda dessa maneira, se acredita que dará certo as mudanças que ao longo da conversa construímos, se confia que estamos juntos em busca do bem-estar dela.
Preocupar com o custo do tratamento em casos de pacientes com renda inferior, tentando achar alternativas para diminuí-lo, como indicar subsídio do governo ou medicamentos genéricos com eficácia similar.

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

A partir da análise destes formulários a escala foi novamente revisada com a reformulação de alguns itens além da criação de outros gerando a versão 3 da escala, contendo 37 itens (QUADRO 4).

Quadro 4 - Versão 3: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico

(Continua)

#### TOMADA DE PERSPECTIVA

**Item 1:** Acredito que observar as expressões não verbais é essencial na consulta médica.

**Item 2:** Acredito que preciso conhecer as preocupações do paciente durante a consulta

**Item 3:** Preciso considerar a perspectiva do paciente, independente dos meus valores.

**Item 4:** Devo procurar entender os motivos da não adesão terapêutica do paciente sem críticas.

**Item 5:** Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.

**Item 6:** As observações do acompanhante devem ser consideradas durante a consulta médica.

#### TOMADA DE PERSPECTIVA

**Item 7:** O constrangimento durante o exame físico não é um fator importante na relação médico-paciente.

**Item 8:** É inaceitável que um paciente se atrase para uma consulta.

**Item 9:** Devo compreender o paciente com comportamento hostil durante a consulta.

**Item 10:** Não julgo importante me colocar no lugar do paciente.

**Item 11:** Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados. Alguma sugestão?

**Item 12:** Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.

**Item 14:** Analisar o contexto social do paciente pode dificultar o entendimento dos seus problemas de saúde.

**Item 15:** Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.

#### COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL

**Item 16:** Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente.

**Item 17:** A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.

**Item 18:** Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.

**Item 19:** Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.

**Item 20:** As emoções do paciente devem ser descritas no registro da anamnese.

**Item 21:** Não é benéfico para a consulta eu citar as minhas próprias experiências no momento que o paciente está relatando as dele.



Quadro 4 - Versão 3: Itens preliminares da elaborados para a escala de empatia no contexto clínico

(conclusão)

<b>COMPARTILHAMENTO EMOCIONAL</b>
<b>Item 22:</b> O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.
<b>Item 23:</b> As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.
<b>PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA</b>
<b>Item 24:</b> É necessário certificar que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de finalizar a consulta.
<b>Item 25:</b> Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente.
<b>Item 26:</b> Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta.
<b>Item 27:</b> As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.
<b>Item 28:</b> Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.
<b>Item 29:</b> Considero que o meu comportamento durante a consulta influencia a adesão do paciente ao tratamento.
<b>Item 30:</b> Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.
<b>Item 31:</b> Eu me preocupo em explicar a doença do paciente numa linguagem que ele entenda.
<b>Item 32:</b> Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando tomo a perspectiva paciente.
<b>Item 33:</b> Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.
<b>Item 34:</b> As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.
<b>Item 35:</b> As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.
<b>Item 36:</b> Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.
<b>Item 37:</b> Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.
<b>Fonte:</b> elaborado pelo autor (2022)

#### 5.4 Purificação da escala

Para a purificação do instrumento (PASQUALI, 1998; LUCIAN; DORNELAS, 2015) utilizou-se a técnica de validade de conteúdo, no que se refere à clareza da linguagem e a pertinência prática. Foi calculado o CVC proposto por (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002), para CVC<sub>c</sub> e para o instrumento como um todo (CVC<sub>t</sub>). Foi solicitado a 10 juízes (especialistas em empatia) para pontuar cada um dos 37 itens utilizando uma escala de 1 a 5 para avaliar o nível de adequação da clareza da linguagem (1 → fácil entendimento e 5 → difícil entendimento) e o nível da

pertinência prática (1 → pouco relevante e 5 → muito relevante). Para a avaliação relacionada à clareza da linguagem houve a inversão da escala.

O ponto de corte adotado para determinar níveis satisfatórios para clareza da linguagem e pertinência foi de  $CVC_c \geq 0,80$  para cada um dos itens e  $CVC_t \geq 0,80$  para o instrumento no geral.

#### 5.4.1 Análise dos resultados CVC

Participaram do estudo 10 juízes com idade entre 22 e 63 anos e uma média de idade de 47,6 anos. Entre os juízes 2 eram homens e 8 eram mulheres com as seguintes profissões: Professor e psicólogo (1); Enfermeiro (1); Estudante (2); Médico (2); Médico e professor (2); Pedagoga / Psicopedagoga (1); Psicólogo (1).

Os resultados mostraram que o instrumento apresentou um  $CVC_t$  satisfatório tanto para a pertinência prática (0,8948) quanto para a clareza da linguagem (0,9191), como pode ser observado nas TAB. 1 e 2. Além disso, a avaliação de cada um dos itens se mostrou insatisfatória em poucos quesitos, ou seja,  $CVC_c$  foi superior à 0,80 para quase todos os itens do instrumento. Considerando-se a análise da clareza da imagem foi identificado um item com CVC inferior a 0,80 (item 32) e para a pertinência prática houve a indicação de 4 itens com CVC inferior a 0,80 (itens 6, 7, 8 e 21).

Tabela 1 - Cálculo do CVC para Clareza da Linguagem

(Continua)

Item	Média	CVC <sub>c</sub>	Item	Média	CVC <sub>c</sub>
1	4,60	0,9197	20	4,90	0,9797
2	4,90	0,9797	21	4,90	0,9797
3	4,20	0,8397	22	4,90	0,9797
4	4,40	0,8797	23	4,20	0,8397
5	4,60	0,9197	24	4,80	0,9597
6	4,80	0,9597	25	4,70	0,9397
7	4,20	0,8397	26	4,60	0,9197
8	4,90	0,9797	27	4,80	0,9597
9	4,60	0,9197	28	4,60	0,9197

Tabela 1 - Cálculo do CVC para Clareza da Linguagem

(conclusão)					
Item	Média	CVC <sub>c</sub>	Item	Média	CVC <sub>c</sub>
10	4,30	0,8597	29	4,80	0,9597
11	4,20	0,8397	30	4,50	0,8997
12	4,60	0,9197	31	5,00	0,9997
13	4,40	0,8797	32	3,60	0,7197
14	4,20	0,8397	33	4,80	0,9597
15	4,90	0,9797	34	4,70	0,9397
16	4,80	0,9597	35	4,90	0,9797
17	4,90	0,9797	36	4,40	0,8797
18	4,70	0,9397	37	4,40	0,8797
19	4,40	0,8797			
CVC <sub>t</sub> → 0,9191					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Tabela 2 - Cálculo do CVC para Pertinência Prática

Item	Média	CVC <sub>c</sub>	Item	Média	CVC <sub>c</sub>
1	4,30	0,8597	20	4,60	0,9197
2	4,50	0,8997	21	3,90	0,7797
3	4,90	0,9797	22	4,30	0,8597
4	4,80	0,9597	23	4,20	0,8397
5	4,10	0,8197	24	5,00	0,9997
6	3,80	0,7597	25	4,40	0,8797
7	4,00	0,7997	26	4,60	0,9197
8	3,20	0,6397	27	4,60	0,9197
9	4,50	0,8997	28	4,20	0,8397
10	4,10	0,8197	29	5,00	0,9997
11	4,30	0,8597	30	4,70	0,9397
12	4,70	0,9397	31	5,00	0,9997
13	4,70	0,9397	32	4,40	0,8797
14	4,50	0,8997	33	4,20	0,8397
15	5,00	0,9997	34	4,10	0,8197
16	4,60	0,9197	35	4,70	0,9397
17	4,40	0,8797	36	4,70	0,9397
18	5,00	0,9997	37	4,70	0,9397
19	4,90	0,9797			
CVC <sub>t</sub> → 0,8948					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Após análise estatística CVC foi decidido eliminar os itens 08 e 21 devido à baixa pontuação no que se refere a pertinência. Excluído item 20 por ser similar ao item 23. No item 03 substituído a palavra “perspectiva” por “ponto de vista”. Item 06 mantido por considerar um item intrínseco a tomada de perspectiva. Item 07 modificado de: “O constrangimento durante o exame físico não é um fator importante na relação médico-paciente”; para “Devo valorizar o constrangimento do paciente durante o exame físico”. Item 32 modificado de: “Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando tomo a perspectiva paciente”; para: “Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente”. Deste modo foi obtida a versão 4 da escala, que está demonstrada no QUADRO 5.

Quadro 5 - Versão 4 - Itens preliminares elaborados para a escala de empatia no contexto clínico

(Continua)

---

**Item 1:** Acredito que observar as expressões não verbais é essencial na consulta médica.

---

**Item 2:** Acredito que preciso conhecer as preocupações do paciente durante a consulta.

---

**Item 3:** Preciso considerar o ponto de vista do paciente, independente dos meus valores.

---

**Item 4:** Devo procurar entender os motivos da não adesão terapêutica do paciente sem críticas.

---

**Item 5:** Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.

---

**Item 6:** As observações do acompanhante devem ser consideradas durante a consulta médica.

---

**Item 7:** Devo valorizar o constrangimento do paciente durante o exame físico.

---

**Item 8:** Devo compreender o paciente com comportamento hostil durante a consulta.

---

**Item 9:** Não julgo importante me colocar no lugar do paciente.

---

**Item 10:** Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.

---

**Item 11:** Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.

---

**Item 12:** Conversar com o paciente sobre o seu contexto social auxilia no entendimento de seus problemas de saúde.

---

**Item 13:** Analisar o contexto social do paciente pode dificultar o entendimento dos seus problemas de saúde.

---

**Item 14:** Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.

---

**Item 15:** Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente.

---

**Item 16:** A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.

---

**Item 17:** Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.

---

**Item 18:** Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.

---

**Item 19:** O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.

---

Quadro 5 - Versão 4 - Itens preliminares elaborados para a escala de empatia no contexto clínico

(Continua)

---

**Item 20:** As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.

---

**Item 21:** É necessário certificar que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de finalizar a consulta.

---

**Item 22:** Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente.

---

**Item 23:** Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta.

---

**Item 24:** As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.

---

**Item 25:** Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.

---

**Item 26:** Considero que o meu comportamento durante a consulta influencia a adesão do paciente ao tratamento.

---

**Item 27:** Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.

---

**Item 28:** Eu me preocupo em explicar a doença do paciente numa linguagem que ele entenda.

---

**Item 29:** Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.

---

**Item 30:** Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.

---

**Item 31:** As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.

---

**Item 32:** As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.

---

**Item 33:** Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.

---

**Item 34:** Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.

---

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

Esta versão foi, então, submetida a um teste piloto.

## 5.5 Teste Piloto

A próxima etapa realizada foi o teste piloto. Este teste teve o propósito de analisar do ponto de vista semântico o entendimento por parte do público-alvo (estudantes de medicina) de cada item da escala. Para tanto foi solicitado para que os alunos do quinto período da Unifenas-BH, por meio do *Googleforms*, descrevessem de forma discursiva o que entenderam sobre cada item da escala (APENDICE C). O objetivo era saber junto ao público-alvo se a escala estava em consonância com a linguagem e entendimento dos alunos. A escolha pelos alunos do quinto período se deu pela vivência da prática clínica que este período tem devido ao contato com os pacientes no ambulatório. Os alunos participantes desta etapa não fizeram parte da etapa de validação.

Após análise das respostas, concluiu-se que houve concordância do entendimento dos itens por parte dos alunos e, portanto, foram mantidos os 34 itens da versão 4. Decidiu-se, entretanto, ampliar o questionário socioeconômico. Originalmente ele era composto de: nome; e-mail; idade; gênero (masculino; feminino; prefiro não dizer) e período do curso. Foi então reformulado da seguinte maneira: nome; e-mail; idade; gênero (masculino; feminino; outros), período do curso, estado civil; faculdade; renda familiar (até 5 mil; acima de 5 mil); especialidade pretendida (Medicina de família e comunidade; Especialidade clínica; Especialidade cirúrgica; Área de gestão; Área de exames complementares; Outros); Pergunta se já passou por experiência com doença grave na família (sim ou não) e se apresenta alguma doença crônica (sim ou não). Foi decidido de acordo com (DALMORO; VIERIA, 2013) que cada item seria avaliado pela escala *Likert* 5 pontos, para oferecer a opção de uma alternativa neutra, além disso cada alternativa teria sua descrição por extenso como: Concordo totalmente; concordo parcialmente; nem concordo nem discordo; discordo parcialmente; discordo totalmente.

Esta versão foi então distribuída para os alunos para a análise das propriedades psicométricas do instrumento.

## 6 VALIDAÇÃO DA ESCALA

### 6.1 Descrição dos alunos

Para a análise fatorial da escala foram avaliadas as respostas de 207 alunos do 4º ao 6º ano do curso de medicina. Nesse grupo, a idade 76,8% de 20 a 25 anos, 14,5% de 26 a 30 anos e 8,7% com mais de 30 anos. A maioria dos alunos é do sexo feminino (73,4%), solteira (94,7%), com renda familiar acima de R\$ 5.000,00 (84,1%), pretende seguir em especialidade clínica (56,5%), já passou por experiência com doença grave na família (74,9%) e não apresenta alguma doença crônica (86,5%). A TAB. 3 apresenta a descrição dessas variáveis sociodemográficas dos alunos.

Tabela 3 - Distribuição dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse, no geral

Variável	Frequência	
	n	%
(Continua)		
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	55	26,6
<i>Feminino</i>	152	73,4
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
<i>20 a 25 anos</i>	159	76,8
<i>26 a 30 anos</i>	30	14,5
<i>&gt; 30 anos</i>	18	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>SUM(ABOVE)</b>	<b>SUM(ABOVE),0</b>
<b>Idade (anos)</b>		
<i>Média ± d.p</i>	24,7 ± 4,3	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(24,1; 25,3)	
<i>Mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</i>	23,0 (22,0 – 25,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	20,0 – 42,0	
<b>TOTAL</b>	<b>(n = 207)</b>	
<b>Estado civil</b>		
<i>Solteiro(a)</i>	196	94,7
<i>Casado(a) / União estável</i>	9	4,3
<i>Divorciado / Separado</i>	2	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<b>Período</b>		
<i>4º ano (7º e 8º períodos)</i>	107	51,7
<i>5º ano (9º e 10º períodos)</i>	64	30,9
<i>6º ano (11º e 12º períodos)</i>	36	17,4
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda familiar</b>		
<i>Acima de R\$ 5.000,00</i>	174	84,1
<i>Até R\$ 5.000,00</i>	33	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 - Distribuição dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse, no geral

Variável	Frequência	
	n	%
(conclusão)		
<b>Especialidade pretendida</b>		
<i>Não sabe</i>	2	1,0
<i>Medicina de Família e Comunidade</i>	3	1,4
<i>Especialidade clínica</i>	117	56,5
<i>Especialidade cirúrgica</i>	69	33,3
<i>Área de gestão</i>	0	0,0
<i>Área de exames complementares</i>	1	0,5
<i>Outro</i>	15	7,3
<b>TOTAL</b>		
	<b>SUM(ABOVE)</b>	<b>SUM(ABOVE),0</b>
<b>Já passou por experiência c/ doença grave na família?</b>		
<i>Sim</i>	155	74,9
<i>Não</i>	52	25,1
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<b>Apresenta alguma doença crônica?</b>		
<i>Sim</i>	28	13,5
<i>Não</i>	179	86,5
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: d.p. → Desvio-padrão I.C. da média → Intervalo de confiança de 95% da média.

## 6.2 Análise descritiva da pontuação dada a cada uma das 34 questões da escala de empatia, pelos estudantes de medicina do 4° ao 6° ano

A TAB. 4 mostra a distribuição das respostas dos alunos para cada uma das 34 questões da **Escala de EMPATIA**. É importante destacar que para algumas questões ocorreram polarização nos extremos da escala de resposta, onde, pelo menos 83,7% dos alunos apontaram a resposta 1 ou 5 (itens 1, 2, 9, 21, 26, e 29). Esse resultado indica que esses 6 itens não têm capacidade discriminativa, ou seja, quase a totalidade dos alunos compartilham da mesma opinião. Além disso, esses itens comprometem fortemente a avaliação da confiabilidade dos domínios (Fatores / Constructos / Variáveis latentes) e até mesmo os resultados da análise fatorial, por apresentarem naturalmente, uma forte correlação entre elas. Os resultados podem ser falsamente considerados adequados ou mesmo indicar variáveis latentes espúrias



Tabela 4 - Avaliação do comportamento dos alunos frente a cada um dos itens do questionário “EMPATIA”

(Continua)

Item	Respostas					Total (%)	Média	d.p.
	1	2	3	4	5			
1. Acredito que observar as expressões não verbais é essencial na consulta médica.	0,0	0,0	0,0	1,4	98,6	100,0	4,99	0,12
2. Acredito que preciso conhecer as preocupações do paciente durante a consulta.	0,0	0,0	0,0	7,7	92,3	100,0	4,92	0,27
3. Preciso considerar o ponto de vista do paciente, independente dos meus valores.	0,0	1,0	1,9	26,4	70,7	100,0	4,67	0,57
4. Devo procurar entender os motivos da não adesão terapêutica do paciente sem críticas.	0,0	4,8	2,4	25,0	67,8	100,0	4,56	0,77
5. Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.	39,4	36,1	2,9	16,3	5,3	100,0	2,12	1,24
6. As observações do acompanhante devem ser consideradas durante a consulta médica.	0,0	1,9	3,8	55,3	38,9	100,0	4,31	0,64
7. Devo valorizar o constrangimento do paciente durante o exame físico.	1,4	2,4	4,3	20,2	71,6	100,0	4,58	0,81
8. Devo compreender o paciente com comportamento hostil durante a consulta.	11,5	8,2	12,0	43,3	25,0	100,0	3,62	1,26
9. Conversar com o paciente sobre o seu contexto social auxilia no entendimento de seus problemas de saúde.	0,0	0,0	1,0	9,6	89,4	100,0	4,88	0,35
10. Não julgo importante me colocar no lugar do paciente.	83,6	13,0	1,0	1,9	0,5	100,0	1,23	0,61
11. Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.	65,9	21,2	6,3	6,3	0,5	100,0	1,54	0,90
12. Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.	0,5	7,2	7,2	26,9	58,2	100,0	4,35	0,93
13. Analisar o contexto social do paciente pode dificultar o entendimento dos seus problemas de saúde.	73,6	17,3	2,9	1,0	5,3	100,0	1,47	1,00

Tabela 4 - Avaliação do comportamento dos alunos frente a cada um dos itens do questionário “EMPATIA”

(continuação)

Item	Respostas					Total (%)	Média	d.p.
14. Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente.	10,1	22,1	19,7	37,0	11,1	100,0	3,17	1,19
15. Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.	0,0	0,5	1,0	17,8	80,8	100,0	4,79	0,46
16. O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.	44,2	37,5	10,6	6,7	1,0	100,0	1,83	0,94
17. A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.	3,4	4,8	5,8	28,4	57,7	100,0	4,32	1,02
18. Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.	0,0	2,9	1,0	13,0	83,2	100,0	4,76	0,61
19. Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.	4,3	21,2	18,3	29,3	26,9	100,0	3,53	1,22
20. As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.	28,4	37,0	14,9	10,6	9,1	100,0	2,35	1,25
21. É necessário certificar que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de finalizar a consulta.	0,0	0,0	0,5	0,5	99,0	100,0	4,99	0,15
22. Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente.	56,5	33,3	4,3	4,8	1,0	100,0	1,60	0,86
23. Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta.	3,4	18,8	17,8	38,0	22,1	100,0	3,57	1,13
24. As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.	25,0	42,8	14,4	12,5	5,3	100,0	2,30	1,13
25. Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.	71,6	21,2	3,4	2,9	1,0	100,0	1,40	0,77

Tabela 4 - Avaliação do comportamento dos alunos frente a cada um dos itens do questionário “EMPATIA”

Item	Respostas					Total (%)	Média	d.p.
	1	2	3	4	5			
	26. Considero que o meu comportamento durante a consulta influencia a adesão do paciente ao tratamento.	1,0	0,0	0,5	14,9			
27. Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.	50,5	33,7	4,8	9,6	1,4	100,0	1,78	1,01
28. Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.	47,1	37,0	8,2	4,8	2,9	100,0	1,79	0,98
29. Eu me preocupo em explicar a doença do paciente numa linguagem que ele entenda.	0,0	0,0	0,5	1,9	97,6	100,0	4,97	0,19
30. Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.	1,4	1,0	5,8	23,1	68,8	100,0	4,57	0,77
31. As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.	2,4	6,3	16,3	38,9	36,1	100,0	4,00	1,00
32. Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.	20,7	25,0	12,0	24,0	18,3	100,0	2,94	1,43
33. Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.	2,4	7,2	14,9	28,4	47,1	100,0	4,11	1,06
34. As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.	41,8	37,0	9,6	10,6	1,0	100,0	1,92	1,01

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

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

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

### 6.3 Análise de correlação entre os itens do questionário

A TAB. 5 mostra as medidas dos Coeficientes de Correlação ( $r$ ) entre os 28 itens do questionário de Empatia (excluindo-se os 6 itens com concentração de resposta numa única opção). A ocorrência de correlações fracas ( $r < 0,40$ ) ou relativamente fracas (entre 0,40 e 0,60) entre os itens de um questionário sugere possível dificuldade na aplicação da Análise Fatorial uma vez que a presença de Coeficientes de Correlação altos é condição necessária para obtermos uma confiabilidade interna satisfatória. Como pode ser observado na tabela, boa parte das correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) podem ser classificadas como muito fracas ( $r < 0,30$ ) ou fracas ( $r < 0,40$ ). Ressaltando-se que entre as 561 correlações possíveis, apenas 11 casos foram acima de 0,40. E, a maior correlação observada foi igual a 0,575 (fraca a moderada).

Uma outra maneira de avaliar o grau desta correlação é elevando o valor do Coeficiente de Correlação ao quadrado ( $r^2$ ). Essa medida é conhecida como “Coeficiente de Determinação ( $R^2$ )” e que quantifica a precisão da qualidade da relação entre duas variáveis quantitativas. Desta forma se elevássemos ao quadrado um valor de Coeficiente de Correlação igual a 0,30 (correlação fraca), por exemplo, teríamos um Coeficiente de Determinação igual a 0,09 (ou 9%). Isto é, somente 9% da resposta dada a um item qualquer é explicada pelo outro item avaliado, portanto, baixo poder de explicação entre os itens do questionário de Empatia foi encontrado.

Tabela 5 - Análise de correlação entre os itens do questionário de EMPATIA – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) são mostrados

(Continua)

ITEM	3	4	5i	6	7	8	10i	11i	12	13i	14	15	16i	17
3	1													
4	<b>0,195**</b>	1												
5i	0,032	0,020	1											
6	0,021	<b>0,165*</b>	-0,098	1										
7	<b>0,160*</b>	<b>0,208**</b>	0,051	0,114	1									
8	0,066	0,115	-0,038	<b>0,141*</b>	<b>0,303**</b>	1								
10i	0,006	0,044	<b>0,233**</b>	-0,004	0,102	0,026	1							
11i	<b>0,299**</b>	<b>0,267**</b>	<b>0,205**</b>	0,036	0,085	0,102	<b>0,269**</b>	1						
12	0,103	<b>0,253**</b>	0,074	0,050	0,055	-0,022	<b>0,261**</b>	<b>0,177*</b>	1					
13i	-0,021	0,036	<b>0,137*</b>	0,027	0,102	0,003	0,054	0,042	-0,019	1				
14	<b>0,206**</b>	0,162*	<b>0,213**</b>	<b>0,172*</b>	<b>0,144*</b>	<b>0,222**</b>	<b>0,166*</b>	<b>0,366**</b>	<b>0,143*</b>	0,038	1			
15	<b>0,339**</b>	<b>0,265**</b>	<b>0,148*</b>	0,012	<b>0,188**</b>	0,093	<b>0,138*</b>	<b>0,255**</b>	<b>0,318**</b>	0,034	<b>0,170*</b>	1		
16i	<b>0,136*</b>	0,060	0,014	0,071	<b>0,205**</b>	0,068	0,078	<b>0,250**</b>	0,107	0,056	<b>0,164*</b>	<b>0,295**</b>	1	
17	<b>0,179**</b>	0,122	-0,042	0,090	0,100	<b>0,194**</b>	0,119	<b>0,245**</b>	0,074	-0,012	<b>0,179**</b>	<b>0,288**</b>	0,068	1
18	<b>0,304**</b>	0,127	0,001	<b>0,214**</b>	<b>0,162*</b>	<b>0,315**</b>	0,090	<b>0,416**</b>	0,078	0,133	<b>0,426**</b>	<b>0,249**</b>	0,004	<b>0,387**</b>
19	<b>0,146*</b>	0,110	0,087	0,027	<b>0,140*</b>	<b>0,177*</b>	<b>0,171*</b>	<b>0,249**</b>	<b>0,222**</b>	<b>0,215**</b>	<b>0,536**</b>	<b>0,167*</b>	0,135	0,118
20i	0,122	0,089	<b>0,308**</b>	0,011	0,146*	0,089	<b>0,143*</b>	<b>0,315**</b>	<b>0,218**</b>	<b>0,207**</b>	<b>0,296**</b>	<b>0,246**</b>	<b>0,258**</b>	<b>0,173*</b>
22i	0,103	-0,011	0,127	0,112	-0,024	0,129	-0,013	<b>0,137*</b>	-0,091	0,089	0,102	0,127	<b>0,203**</b>	0,025
23	0,122	0,085	0,080	0,054	0,108	<b>0,216**</b>	0,061	<b>0,167*</b>	<b>0,237**</b>	<b>0,186**</b>	<b>0,508**</b>	0,120	0,076	<b>0,152*</b>
24i	<b>0,204**</b>	<b>0,246**</b>	0,111	0,078	<b>0,167*</b>	<b>0,260**</b>	0,118	<b>0,297**</b>	0,110	0,061	<b>0,292**</b>	0,089	0,113	<b>0,253**</b>
25i	0,057	<b>0,145*</b>	<b>0,301**</b>	0,041	0,045	0,040	0,113	<b>0,301**</b>	-0,003	<b>0,289**</b>	0,079	<b>0,191**</b>	<b>0,197**</b>	<b>0,258**</b>
27i	<b>0,171*</b>	-0,010	0,129	0,094	<b>0,203**</b>	<b>0,225**</b>	<b>0,137*</b>	<b>0,462**</b>	0,030	0,018	<b>0,410**</b>	<b>0,162*</b>	<b>0,245**</b>	<b>0,241**</b>
28i	0,133	0,071	0,020	0,043	0,043	<b>0,180**</b>	0,062	<b>0,335**</b>	-0,006	0,011	<b>0,247**</b>	0,117	<b>0,207**</b>	<b>0,354**</b>
30	0,079	<b>0,452**</b>	0,036	0,099	<b>0,213**</b>	<b>0,252**</b>	<b>0,141*</b>	<b>0,279**</b>	<b>0,287**</b>	-0,003	<b>0,296**</b>	<b>0,337**</b>	<b>0,158*</b>	0,086
31	<b>0,171*</b>	-0,025	0,090	<b>0,136*</b>	0,048	<b>0,149*</b>	0,104	<b>0,248**</b>	<b>0,140*</b>	0,019	<b>0,216**</b>	<b>0,292**</b>	0,088	<b>0,324**</b>
32	0,042	-0,023	<b>-0,142*</b>	0,014	0,054	-0,111	0,007	<b>-0,141*</b>	0,080	-0,073	-0,082	0,025	-0,050	-0,087
33	<b>0,172*</b>	0,130	0,124	-0,021	0,075	<b>0,185**</b>	0,128	<b>0,325**</b>	<b>0,281**</b>	-0,003	<b>0,439**</b>	<b>0,232**</b>	0,079	<b>0,283**</b>
34i	0,031	<b>0,159*</b>	0,119	<b>0,252**</b>	<b>0,273**</b>	0,115	0,132	<b>0,299**</b>	<b>0,170*</b>	0,134	<b>0,221**</b>	<b>0,191**</b>	<b>0,255**</b>	0,101

Tabela 5 - Análise de correlação entre os itens do questionário de EMPATIA – Coeficientes de Correlação ( $r$ ) são mostrados

ITEM	18	19	20i	22i	23	24i	25i	27i	28i	30	31	32	33	34i
18	1													
19	<b>0,306**</b>	1												
20i	<b>0,144*</b>	<b>0,242**</b>	1											
22i	0,022	-0,037	<b>0,201**</b>	1										
23	<b>0,363**</b>	<b>0,575**</b>	<b>0,313**</b>	0,024	1									
24i	<b>0,259**</b>	0,149*	<b>0,228**</b>	0,063	<b>0,199**</b>	1								
25i	0,094	0,117	<b>0,372**</b>	<b>0,243**</b>	0,065	<b>0,284**</b>	1							
27i	<b>0,288**</b>	<b>0,241**</b>	<b>0,287**</b>	<b>0,138*</b>	<b>0,203**</b>	<b>0,227**</b>	<b>0,300**</b>	1						
28i	<b>0,218**</b>	0,057	<b>0,169*</b>	0,117	0,077	<b>0,295**</b>	<b>0,174*</b>	<b>0,352**</b>	1					
30	<b>0,254**</b>	<b>0,294**</b>	<b>0,253**</b>	-0,032	<b>0,262**</b>	<b>0,286**</b>	<b>0,175*</b>	0,086	<b>0,144*</b>	1				
31	<b>0,332**</b>	0,131	0,139*	0,043	<b>0,176*</b>	<b>0,346**</b>	<b>0,200**</b>	<b>0,268**</b>	0,118	<b>0,188**</b>	1			
32	-0,082	-0,024	-0,001	-0,130	-0,078	<b>-0,168*</b>	<b>-0,226**</b>	-0,124	<b>-0,153*</b>	-0,023	0,007	1		
33	<b>0,315**</b>	<b>0,437**</b>	<b>0,317**</b>	0,009	<b>0,346**</b>	<b>0,228**</b>	0,094	<b>0,371**</b>	<b>0,146*</b>	<b>0,270**</b>	<b>0,252**</b>	0,131	1	
34i	<b>0,297**</b>	0,133	<b>0,233**</b>	<b>0,206**</b>	<b>0,230**</b>	<b>0,292**</b>	<b>0,345**</b>	<b>0,171*</b>	0,129	<b>0,256**</b>	<b>0,263**</b>	-0,103	0,051	1

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: - Casos retirados por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

**i** → Indica que o item teve o sentido do escore invertido. Por exemplo, **item 5i** = 6 – **item 5**.

\*\* A correlação é significativa no nível de 0,01 ( $p < 0,01$ ).

\* A correlação é significativa no nível 0,05 ( $p < 0,05$ ).

- Destaque em VERMELHO → Coeficiente de correlação superior ou igual a 0,30 ( $r \geq 0,30$  e  $r < 0,40$ )

- Destaque em VERDE → Coeficiente de correlação superior ou igual a 0,40 ( $r \geq 0,40$  e  $r < 0,60$ )

#### 6.4 Resultados da análise fatorial exploratória

Os testes de Esfericidade de *Bartlett* (Estatística de *Bartlett* = 2.277,1;  $gl = 210$ ;  $p < 0,0001$ ) e KMO (KMO = 0,59, portanto, ajuste não satisfatório uma vez que o valor é inferior a 0,60, mas próximo do limite aceitável – desejável parâmetro de KMO superior a 0,80, ou seja, níveis mais fortes de correlação entre os itens do questionário) sugerem, apesar do resultado para KMO, interpretabilidade da matriz de correlação dos itens com base no parâmetro de avaliação da Esfericidade de *Bartlett*.

Cabe ressaltar que nesta análise foram avaliados inicialmente 28 itens do questionário de Empatia uma vez que 6 itens foram retirados antes da utilização da Análise Fatorial Exploratória (AFE) porque apresentaram concentração de respostas em uma das opções de resposta. Os itens retirados *a priori* foram: n<sup>os</sup> 1, 2, 9, 21, 26 e 29. Assim, após a realização da 1<sup>a</sup> Análise Fatorial Exploratória (TAB. 6) mais 6 itens foram retirados por apresentarem baixas cargas fatoriais rotacionadas (método PROMIN) para os itens, ou seja, estes 6 itens mostram baixa correlação com as possíveis variáveis latentes a serem geradas. Uma vez que a Análise Fatorial é uma técnica de interdependência, os itens de n<sup>os</sup> 3, 4, 6, 7, 8 e 13 não contribuem na formação de nenhuma variável latente (Fator). Ressaltando que o principal objetivo da Análise Fatorial é identificar Variáveis latentes (dimensões latentes ou Constructos) que expliquem as correlações existentes entre um conjunto de variáveis originais (Itens) de interesse.

Assim, foi necessária a aplicação de uma 2<sup>a</sup> Análise Fatorial Exploratória após a retirada dos 12 itens. O resultado sugeriu a retirada de mais um dos itens do questionário de Empatia por mostrar, também, baixa carga fatorial (valor inferior a 0,30). Portanto, 13 itens de 34 itens do questionário de Empatia foram retirados da análise final com o objetivo de identificar variáveis latentes possibilitando reduzir e sumarizar os dados no menor número de variáveis possíveis que respondam pela máxima variância do conjunto de dados pesquisados.

Tabela 6 - Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA

<b>Itens</b>	<b>FATOR 1</b>	<b>FATOR 2</b>
<i>Item 3</i>	<b>0,236</b>	<b>0,275</b>
<i>Item 4</i>	<b>0,158</b>	<b>0,248</b>
<i>Item 5i</i>	<b>0,327</b>	-0,021
<i>Item 6</i>	<b>0,278</b>	<b>-0,033</b>
<i>Item 7</i>	<b>0,207</b>	<b>0,200</b>
<i>Item 8</i>	<b>0,246</b>	<b>0,121</b>
<i>Item 10i</i>	<b>0,245</b>	<b>0,310</b>
<i>Item 11i</i>	<b>0,631</b>	0,146
<i>Item 12</i>	-0,040	<b>0,500</b>
<i>Item 13i</i>	<b>0,272</b>	<b>0,085</b>
<i>Item 14</i>	0,018	<b>0,738</b>
<i>Item 15</i>	<b>0,424</b>	0,287
<i>Item 16i</i>	<b>0,509</b>	-0,032
<i>Item 17</i>	<b>0,439</b>	0,171
<i>Item 18</i>	0,226	<b>0,639</b>
<i>Item 19</i>	-0,322	<b>0,948</b>
<i>Item 20i</i>	<b>0,449</b>	0,197
<i>Item 22i</i>	<b>0,575</b>	-0,302
<i>Item 23</i>	-0,226	<b>0,869</b>
<i>Item 24i</i>	<b>0,529</b>	0,037
<i>Item 25i</i>	<b>0,914</b>	-0,271
<i>Item 27i</i>	<b>0,457</b>	0,199
<i>Item 28i</i>	<b>0,616</b>	-0,063
<i>Item 30</i>	0,258	<b>0,431</b>
<i>Item 31</i>	<b>0,423</b>	0,125
<i>Item 32i</i>	<b>0,355</b>	-0,254
<i>Item 33</i>	-0,074	<b>0,730</b>
<i>Item 34i</i>	<b>0,630</b>	-0,008

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA** - Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

- **1ª análise** → Casos retirados por baixa carga fatorial (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8 e 13.

- **2ª análise** → Caso retirado por baixa carga fatorial (nº do item): 10.

Conforme mostrado na TAB. 6 (3ª Análise Fatorial Exploratória aplicada e última), referente aos 21 itens do questionário de Empatia que permaneceram na Análise Fatorial Exploratória final, a Análise Paralela sugeriu 2 fatores (variáveis latentes) como sendo os mais representativos para os dados pesquisados. A sugestão da presença de duas variáveis latentes (fatores) está relacionada ao fato de que o percentual de variância explicada com base nos dados reais (respostas dadas pelos alunos ao questionário de Empatia) é superior ao percentual de variância explicada com base nas respostas criadas aleatoriamente (sorteio de respostas de 1 a 5 para cada um dos itens do questionário aplicado).

Esse fato é verdadeiro quando até o 2º fator avaliado. Do 3º fator em diante, o percentual de variância explicada com base nos dados reais é menor do que o percentual de variância



explicada com base nas respostas aleatórias, isto é, a capacidade para explicar a variável latente pela AFE pelos dados reais é menor do que pelos dados aleatórios gerados. O Total de Variância explicada pelos 2 fatores (variáveis latentes) identificados pela AFE é de 45%, aproximadamente. Valor relativamente alto para uma 1ª tentativa de se avaliar a Empatia de alunos no atendimento de pacientes (TAB. 7).

Tabela 7 - Resultados da Análise Paralela do questionário EMPATIA

Fatores	% de variância explicada dos dados reais	% de variância explicada dos dados aleatórios (95% IC)
1	34,42	11,16
2	10,53	10,02
3	7,26	9,20
4	6,71	8,51
5	5,80	7,94
6	4,89	7,32
7	4,71	6,84
8	3,78	6,40
9	3,63	5,93
10	3,19	5,45
11	2,92	5,05
12	2,38	4,65
13	2,27	4,25
14	1,92	3,83
15	1,62	3,40
16	1,51	3,00
17	1,11	2,58
18	0,73	2,13
19	0,46	1,70
20	0,16	1,13

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:** - O nº de fatores a ser retido é 2, pois, 2 fatores dos dados reais (1ª coluna com %'s) apresentam % de variância explicada superior aos dados aleatórios (2ª coluna com %'s).

- **TOTAL DE VARIÂNCIA EXPLICADA: 44,95% (34,42 + 10,53)**

- *Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.*

- *Casos retirados por baixa carga fatorial após as análises iniciais (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 13.*

As cargas fatoriais rotacionadas dos itens podem ser observadas nas TAB. 8 e 9. Também são reportados os índices de Fidedignidade Composta, bem como estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais *H-index*, (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). As medidas de comunalidades padronizadas de Pratt reforçam a separação dos 2 fatores e destacam os itens pertencentes a cada fator ao destacar as cargas fatoriais mostrados nas TAB. 8 e 9. A medida de comunalidade padronizada de Pratt demonstra o quanto o Fator gerado explica os itens agrupados.

Tabela 8 - Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA

<b>Itens</b>	<b>FATOR 1</b>	<b>FATOR 2</b>
<i>Item 5</i>	-0,044	<b>0,343</b>
<i>Item 11i</i>	0,129	<b>0,648</b>
<i>Item 12</i>	<b>0,460</b>	-0,022
<i>Item 14</i>	<b>0,748</b>	0,018
<i>Item 15</i>	0,253	<b>0,448</b>
<i>Item 16i</i>	-0,041	<b>0,507</b>
<i>Item 17</i>	0,175	<b>0,440</b>
<i>Item 18</i>	<b>0,654</b>	0,206
<i>Item 19</i>	<b>0,951</b>	-0,321
<i>Item 20i</i>	0,197	<b>0,450</b>
<i>Item 22i</i>	-0,276	<b>0,545</b>
<i>Item 23</i>	<b>0,891</b>	-0,233
<i>Item 24i</i>	0,026	<b>0,525</b>
<i>Item 25i</i>	-0,269	<b>0,926</b>
<i>Item 27i</i>	0,201	<b>0,462</b>
<i>Item 28i</i>	-0,057	<b>0,626</b>
<i>Item 30</i>	<b>0,402</b>	0,275
<i>Item 31</i>	0,136	<b>0,423</b>
<i>Item 32i</i>	-0,230	<b>0,347</b>
<i>Item 33</i>	<b>0,714</b>	-0,043
<i>Item 34i</i>	0,014	<b>0,607</b>
<b>Confiabilidade Composta*</b>	0,871	0,843
<b>H - Latente</b>	0,902	0,880
<b>H – Observado</b>	0,891	0,865

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:\*** RAYKOV, Tenko. Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, v. 21, n. 2, p. 173-184, 1997

- Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

- Casos retirados por baixa carga fatorial após a análise inicial (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 13.

Tabela 9 - Estrutura fatorial (Cargas fatoriais) do questionário EMPATIA  
- Retirando as cargas fatoriais inferiores a | 0,30 | -

Itens	FATOR 1	FATOR 2
<i>Item 5</i>		<b>0,343</b>
<i>Item 11i</i>		<b>0,648</b>
<i>Item 12</i>	<b>0,460</b>	
<i>Item 14</i>	<b>0,748</b>	
<i>Item 15</i>		<b>0,448</b>
<i>Item 16i</i>		<b>0,507</b>
<i>Item 17</i>		<b>0,440</b>
<i>Item 18</i>	<b>0,654</b>	
<i>Item 19</i>	<b>0,951</b>	
<i>Item 20i</i>		<b>0,450</b>
<i>Item 22i</i>		<b>0,545</b>
<i>Item 23</i>	<b>0,891</b>	
<i>Item 24i</i>		<b>0,525</b>
<i>Item 25i</i>		<b>0,926</b>
<i>Item 27i</i>		<b>0,462</b>
<i>Item 28i</i>		<b>0,626</b>
<i>Item 30</i>	<b>0,402</b>	
<i>Item 31</i>		<b>0,423</b>
<i>Item 32i</i>		<b>0,347</b>
<i>Item 33</i>	<b>0,714</b>	
<i>Item 34i</i>		<b>0,607</b>
<b>Confiabilidade Composta*</b>	<i>0,871</i>	<i>0,843</i>
<b>H - Latente</b>	0,902	0,880
<b>H – Observado</b>	0,891	0,865

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:\*** RAYKOV, Tenko. *Estimation of composite reliability for congeneric measures. Applied Psychological Measurement*, v. 21, n. 2, p. 173-184, 1997

- Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

- Casos retirados por baixa carga fatorial após a análise inicial (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 13.

Os índices de ajuste do instrumento foram adequados ( $\chi^2 = 250,1$ ,  $gl = 169$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2 / gl = 1,5$ , portanto,  $< 3,0$  - aceitável; RMSEA = 0,048; CFI = 0,973; TLI = 0,967). A fidedignidade composta dos fatores também se mostrou aceitável (acima de 0,70) para os 2 fatores. As medidas de replicabilidade da estrutura fatorial (*H-index*, LORENZO-

SEVA; FERRANDO, 2019) sugerem que os 2 fatores poderão ser replicáveis em estudos futuros ( $H > 0,80$ ).

Os parâmetros de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados por meio de Teoria de Resposta ao Item (TRI) e são apresentados nas TAB. 10 e 11, respectivamente.

O parâmetro de discriminação (“a” na TRI) baseado na (TRI) nos diz o quanto o item é capaz de separar indivíduos a partir de traços latentes que o indivíduo possui – quanto maior a medida deste parâmetro, maior o poder de discriminação do item avaliado.

Entende-se por traço latente (representado por  $\theta \rightarrow$  nível de Empatia que o aluno possui relacionado ao fator avaliado -  $\theta$  varia, normalmente, de -4 a +4, e quanto maior o valor de  $\theta$ , maior o seu traço latente) o nível que o aluno tem de Empatia junto ao paciente relacionado a cada fator gerado. Desta forma, é esperado que as maiores medidas do parâmetro de discriminação pela TRI de cada item correspondam aos itens pertencentes ao Fator determinado pelas cargas fatoriais geradas pela Análise Fatorial Exploratória (usando o *FACTOR*). Portanto, é esperado e os resultados mostram que existe uma correspondência na formação dos 2 fatores com base parâmetro de discriminação da TRI e nas cargas fatoriais dos itens.

Conforme pode ser visto na TAB. 10, o item mais discriminativo do FATOR 1 foi o item 19 ( $a = 1,522$ ). No caso do FATOR 2, o item mais discriminativo foi o item 25i ( $a = 1,474$ ).

Tabela 10 - Análise da Discriminação pela TRI dos itens do questionário EMPATIA  
(Continua)

Itens	FATOR 1	FATOR 2
<b>Item 5</b>	-0,047	<b>0,362</b>
<i>Item 11i</i>	0,192	<b>0,961</b>
<b>Item 12</b>	<b>0,514</b>	-0,025
<i>Item 14</i>	<b>1,150</b>	0,028
<b>Item 15</b>	0,32	<b>0,584</b>
<i>Item 16i</i>	-0,047	<b>0,578</b>
<b>Item 17</b>	0,213	<b>0,536</b>
<i>Item 18</i>	<b>1,098</b>	0,347
<b>Item 19</b>	<b>1,522</b>	-0,513
<i>Item 20i</i>	0,246	<b>0,561</b>
<b>Item 22i</b>	-0,304	<b>0,601</b>
<i>Item 23</i>	<b>1,371</b>	-0,359
<b>Item 24i</b>	0,031	<b>0,625</b>
<i>Item 25i</i>	-0,428	<b>1,474</b>

Tabela 10 - Análise da Discriminação pela TRI dos itens do questionário EMPATIA  
(conclusão)

<b>Itens</b>	<b>FATOR 1</b>	<b>FATOR 2</b>
<i>Item 27i</i>	0,255	<b>0,585</b>
<i>Item 28i</i>	-0,070	<b>0,775</b>
<b>Item 30</b>	<b>0,511</b>	0,349
<i>Item 31</i>	0,159	<b>0,497</b>
<b>Item 32i</b>	-0,239	<b>0,360</b>
<i>Item 33</i>	<b>0,981</b>	-0,060
<b>Item 34i</b>	0,018	<b>0,770</b>

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:** \* → item mais discriminativo de cada um dos fatores.

- Análise de Discriminação está relacionada aos parâmetros da Teoria de Respos ao Item (TRI).

- Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

- Casos retirados por baixa carga fatorial após a análise inicial (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 13.

Em relação aos *Thresholds* / Limiares (TAB. 11) dos itens, não foi encontrado nenhum padrão inesperado de resposta, de modo que quanto maior foi a categoria de resposta da escala de Empatia (1 a 5) dada pelos alunos, maior o nível de traço latente ( $\theta$ ) necessário para endossá-la.

Tabela 11 - Análise dos *Thresholds* (Intercepto) dos itens do questionário EMPATIA  
(Continua)

<b>Itens</b>	<b>Threshold<sub>1-2</sub></b>	<b>Threshold<sub>2-3</sub></b>	<b>Threshold<sub>3-4</sub></b>	<b>Threshold<sub>4-5</sub></b>
<b>Item 5</b>	-1,703	-0,823	-0,723	0,278
<i>Item 11i</i>	-3,838	-2,216	-1,668	-0,600
<b>Item 12</b>	-2,891	-1,628	-1,182	-0,239
<i>Item 14</i>	-1,959	-0,704	0,084	1,878
<b>Item 15</b>	-6,197	-3,374	-2,847	-1,129
<i>Item 16i</i>	-2,669	-1,624	-1,029	0,159
<b>Item 17</b>	-2,225	-1,693	-1,315	-0,245
<i>Item 18</i>	-7,989	-3,186	-2,969	-1,610
<b>Item 19</b>	-2,739	-1,049	-0,263	0,978
<i>Item 20i</i>	-1,659	-1,058	-0,504	0,708
<b>Item 22i</b>	-2,579	-1,733	-1,404	-0,181
<i>Item 23</i>	-2,811	-1,202	-0,405	1,176
<b>Item 24i</b>	-1,923	-1,095	-0,561	0,798
<i>Item 25i</i>	-3,722	-2,811	-2,320	-0,904
<b>Item 27i</b>	-2,764	-1,545	-1,262	-0,023
<i>Item 28i</i>	-2,349	-1,764	-1,235	0,098
<b>Item 30</b>	-2,776	-2,510	-1,768	-0,616
<i>Item 31</i>	-2,315	-1,594	-0,804	0,413
<b>Item 32i</b>	-0,935	-0,209	0,107	0,844
<i>Item 33</i>	-2,715	-1,789	-0,943	0,108
<b>Item 34i</b>	-2,969	-1,517	-1,034	0,255
<b>Item 17</b>	-2,225	-1,693	-1,315	-0,245
<i>Item 18</i>	-7,989	-3,186	-2,969	-1,610
<b>Item 19</b>	-2,739	-1,049	-0,263	0,978
<i>Item 20i</i>	-1,659	-1,058	-0,504	0,708
<b>Item 22i</b>	-2,579	-1,733	-1,404	-0,181

Tabela 11 - Análise dos *Thresholds* (Intercepto) dos itens do questionário EMPATIA  
(conclusão)

Itens	Threshold <sub>1-2</sub>	Threshold <sub>2-3</sub>	Threshold <sub>3-4</sub>	Threshold <sub>4-5</sub>
Item 23	-2,811	-1,202	-0,405	1,176
Item 24i	-1,923	-1,095	-0,561	0,798
Item 25i	-3,722	-2,811	-2,320	-0,904
Item 27i	-2,764	-1,545	-1,262	-0,023
Item 28i	-2,349	-1,764	-1,235	0,098
Item 30	-2,776	-2,510	-1,768	-0,616
Item 31	-2,315	-1,594	-0,804	0,413
Item 32i	-0,935	-0,209	0,107	0,844
Item 33	-2,715	-1,789	-0,943	0,108
Item 34i	-2,969	-1,517	-1,034	0,255

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: - *Thresholds* está relacionada aos parâmetros da Teoria de Respos ao Item (TRI).

- Casos retirados, a priori, por concentração de resposta numa única opção (nº do item): 1, 2, 9, 21, 26 e 29.

- Casos retirados por baixa carga fatorial após a análise inicial (nº do item): 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 13.

É importante destacar que os indicadores de Unidimensionalidade “*Unidimensional Congruence* (UniCo = 0,867)”, “*Explained Common Variance* (ECV = 0,774)” e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL = 0,267) (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019) não suportaram a unidimensionalidade da escala (Pontos de cortes aceitáveis para “não Unidimensionalidade”: UniCo < 0,95; ECV < 0,85 e MIREAL > 0,30), apesar do indicador MIREAL apresentar medida inferior ao ponto de corte aceitável para “não unidimensionalidade”. Ou seja, o conjunto dos 21 itens do questionário de Empatia não representam uma dimensão única e, sim, mais de uma dimensão (Variável latente / Fator). Na presente pesquisa, duas variáveis latentes foram encontradas para Empatia.

Outros indicadores de que avaliam a unidimensionalidade da escala do presente estudo são: *Factor Determinacy Index* (FDI) e *ORION marginal reliability* (ORION). O resultado mostra que os indicadores FDI foram superiores a 0,90 e ORION superior a 0,80 (FDI > 0,90 e ORION > 0,80), portanto, também é rejeitada a unidimensionalidade da escala de Empatia (TAB. 12).

Tabela 12 - Análise da qualidade e eficácia das estimativas de pontuação de fatores relacionados aos itens do questionário EMPATIA

Itens	FATOR 1	FATOR 2
FDI	0,950	0,944
ORION	0,902	0,891

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

NOTA: FDI → *Factor Determinacy Index*;

ORION → *Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP scores*;

Com base nos resultados obtidos no FACTOR (*Software* estatístico utilizado na Análise Fatorial Exploratória), foi possível reduzir o número dos itens do questionário Empatia a um grupo menor de variáveis latentes (Fatores / Constructos) que expliquem de forma mais objetiva o grau de Empatia dos alunos de medicina. Desta forma, o principal objetivo em identificar Fatores latentes (dimensões latentes ou Constructos) que expliquem as correlações entre um conjunto de variáveis (itens) de interesse foi alcançado.

Os resultados mostrados nas TAB. 8 e 9 reforçam a possibilidade de redução dos itens em uma quantidade menor de variáveis latentes capaz de explicar o grau de Empatia dos alunos de medicina. Além disso, os parâmetros de adequacidade de ajustes dos indicadores de avaliação do instrumento de pesquisa ( $\chi^2$ ;  $\chi^2 / gl$ ; RMSEA; CFI e TLI) mostraram-se satisfatórios, bem como, a não aceitação de unidimensionalidade do questionário de Empatia. Os dados de adequacidade do instrumento estão resumidos na TAB. 13.

Tabela 13 - Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final da escala de empatia clínica

Parâmetros de adequacidade	Valores ideais	Valores observados no estudo
KMO (MSA total)	$\geq 0,60$	0,59
Teste de esfericidade de Bartlett (p)	$< 0,05$	$< 0,0001$
$\chi^2 / gl$	$< 3$	1,5
RMSEA	$\geq 0,50$	0,048
Confiabilidade composta	$\geq 0,50$	$\geq 0,843$
TLI	$> 0,95$	0,967
H latente	$> 0,80$	$\geq 0,880$
H observado	$> 0,80$	$\geq 0,865$
UniCo	$< 0,95$	0,867
ECV	$< 0,85$	0,774
MIREAL	$> 0,30$	0,267
Total da variância explicada	$\geq 50\%$	44,95%
Carga fatorial das questões	$> 0,35$	0,343 a 0,951

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

## 6.5 Escala de Empatia proposta

A versão final da escala de empatia proposta contém 21 itens, com resposta em escala de likert de 1 a 5, sendo (1- discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- não concordo e nem discordo; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente). Comparando a nova escala com

a versão pré-validação (Versão 4) percebe-se que a escala com dois fatores está composta por 21 itens sendo o Fator 1 com dois itens da Tomada de Perspectiva (itens 12 e 14); 2 itens do Compartilhamento emocional (itens 18 e 19) e 3 itens da Preocupação Empática (itens 23; 30 e 33) relacionados com a **COMPREENSÃO EMPÁTICA**, que envolve vínculo cognitivo-afetivo. Já o fator 2 são 14 itens: 2 itens da Tomada de Perspectiva (itens 5 e 11); 4 itens do Compartilhamento emocional (itens 15, 16, 17 e 20) e 8 itens da Preocupação empática (itens 22, 24, 25, 27, 28, 31, 32 e 34) relacionados com a **AÇÃO EMPÁTICA** que envolve componente cognitivo-comportamentais (QUADRO 5).

Quadro 5 - Fatores da escala de empatia proposta

COMPREENSÃO EMPÁTICA	AÇÃO EMPÁTICA
<b>Item 12:</b> Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.	<b>Item 5:</b> Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.
<b>Item 14:</b> Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente.	<b>Item 11:</b> Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.
<b>Item 18:</b> Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.	<b>Item 15:</b> Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.
<b>Item 19:</b> Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.	<b>Item 16:</b> O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.
<b>Item 23:</b> Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta.	<b>Item 17:</b> A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.
<b>Item 30:</b> Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.	<b>Item 20:</b> As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.
<b>Item 33:</b> Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.	<b>Item 22:</b> Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente.
	<b>Item 24:</b> As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.
	<b>Item 25:</b> Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.
	<b>Item 27:</b> Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.
	<b>Item 28:</b> Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.
	<b>Item 31:</b> As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.
	<b>Item 32:</b> Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.
	<b>Item 34:</b> As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

Observação: Numeração de acordo com a escala original de 34 itens

Em **negrito** correspondem os itens com sentido invertido

Assim, a versão final da escala encontra-se demonstrada abaixo:



Quadro 6 - Escala De Empatia Clínica

(Continua)

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

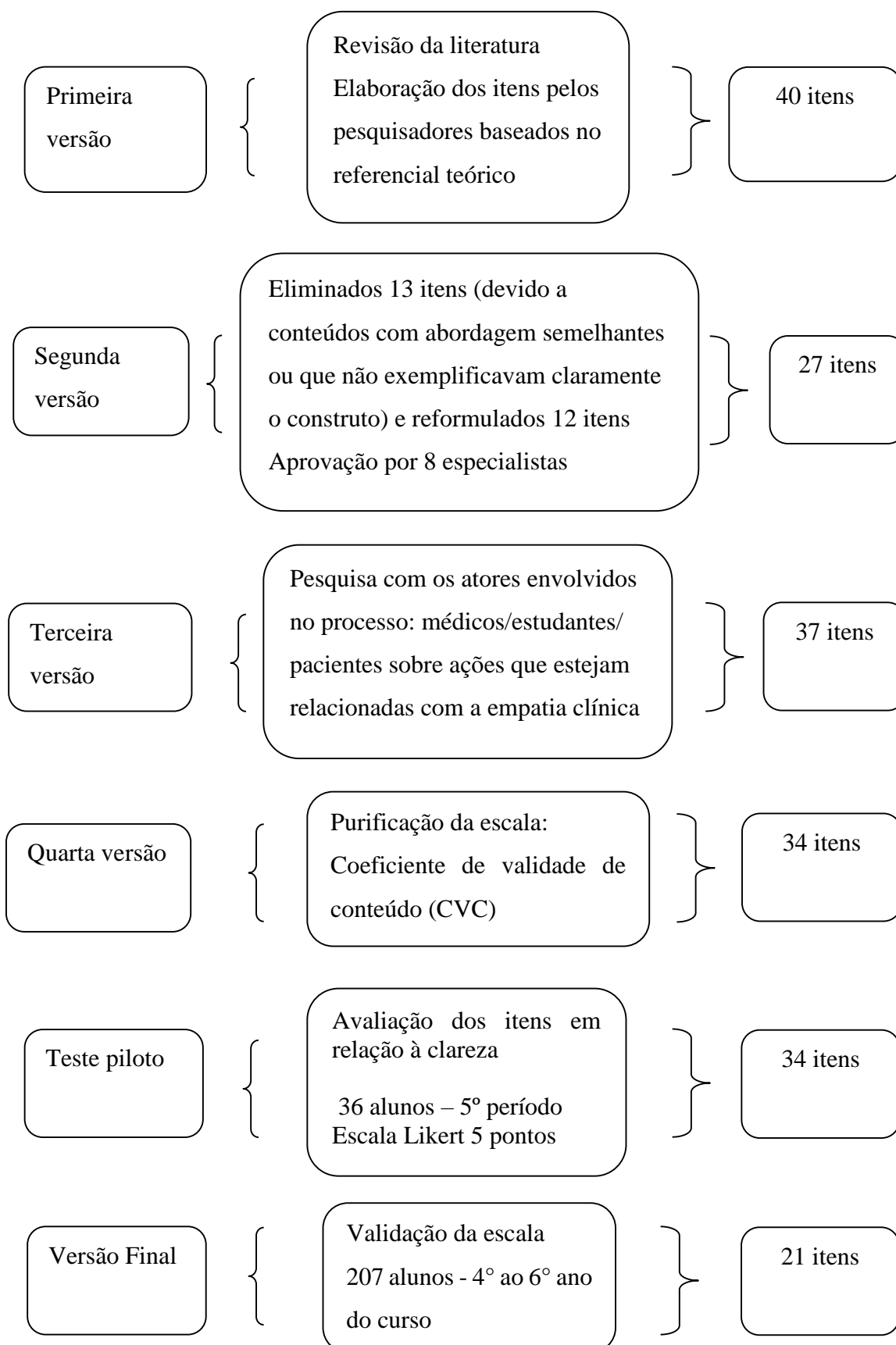
## Quadro 6 - Escala De Empatia Clínica

(conclusão)

Item	Questão	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
		1	2	3	4	5
14	Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.					
15	Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.					
16	Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.					
17	Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.					
18	As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.					
19	Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.					
20	Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.					
21	As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados					

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)**Nota: Instruções:** Por favor, reflita sobre o seu atendimento e responda com atenção, o quanto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo sobre empatia clínica.

Figura 1 – Etapas da elaboração dos itens da Escala Brasileira de Empatia Clínica



Fonte: elaborado pelo autor (2022)

## 6.6 Avaliação da empatia clínica dos estudantes de medicina com a escala proposta

Neste estudo, no geral, o nível de empatia dos estudantes, mensurado pela escala proposta, foi alto (acima de 4 em uma escala de 5 no máximo), nos dois fatores (TAB. 14). Observou-se ainda que, o sexo feminino apresentou maiores escores nos dois fatores da escala. Estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica; que apresentam experiência de doença grave na família e que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no fator compreensão empática (cognitivo-afetivo).

Tabela 14 - Medidas descritivas dos fatores de Empatia gerados pela Análise Fatorial Exploratória

Fator	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
COMPREENSÃO EMPÁTICA	207	2,14	5,00	4,01	0,66
AÇÃO EMPÁTICA	207	2,57	5,00	4,11	0,50

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

## 6.7 Influência dos fatores sociodemográficos nos componentes da empatia dos estudantes

As TAB. 15 a 18 mostram uma avaliação das associações entre as variáveis sociodemográficas e cada Fator da Escala de Empatia (compreensão empática e ação empática).

A TAB. 15 mostra que tanto em relação a compreensão empática e ação empática existe diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre os alunos do sexo masculino e do feminino, onde, para ambos os fatores, a média do escore obtida pelos alunos do sexo feminino foi significativamente maior do que dos alunos do sexo masculino (TAB. 15).

Tabela 15 - Influência do sexo no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

(Continua)

Sexo	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Masculino</i>	55	2,14	4,86	3,76	0,72
<i>Feminino</i>	152	2,43	5,00	4,10	0,61
$t_{84,0} = -3,009 \rightarrow p = 0,003$					

Tabela 15 - Influência do sexo no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Sexo	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>ACÇÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Masculino</i>	55	2,57	4,86	3,91	0,49
<i>Feminino</i>	152	2,64	5,00	4,18	0,48
$t_{94,3} = -3,541 \rightarrow p = 0,001$					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*

Observou-se ainda que, estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica; que apresentam experiência de doença grave na família e que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no componente compreensão empática (TAB. 16-18).

Tabela 16 - Influência da especialidade pretendida no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Especialidade	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Especialidade clínica</i>	117	2,29	5,00	4,10	0,62
<i>Especialidade cirúrgica</i>	69	2,14	5,00	3,86	0,73
$t_{125,2} = 2,296 \rightarrow p = 0,023$					
<b>ACÇÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Especialidade clínica</i>	117	2,86	5,00	4,12	0,44
<i>Especialidade cirúrgica</i>	69	2,57	4,93	4,07	0,59
$t_{112,7} = 0,687 \rightarrow p = 0,493$					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*  
- Somente duas especialidades pretendidas foram comparadas (demais com n's pequenos)

Tabela 17 - Influência da “Experiência com doença grave na família” no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Experiência com doença grave na família	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Sim</i>	155	2,29	5,00	4,10	0,61
<i>Não</i>	52	2,14	4,86	3,75	0,73
$t_{77,0} = 3,128 \rightarrow p = 0,002$					

(Continua)

Tabela 17 - Influência da “Experiência com doença grave na família” no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia (conclusão)

Experiência com doença grave na família	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Sim</i>	155	2,57	5,00	4,13	0,49
<i>Não</i>	52	2,86	5,00	4,06	0,51
$t_{84,5} = 0,835 \rightarrow p = 0,406$					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância do teste t de student para amostras independentes

Tabela 18 - Influência da “Presença de alguma doença crônica” no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Presença de alguma doença crônica	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Sim</i>	28	2,71	5,00	4,26	0,60
<i>Não</i>	179	2,14	5,00	3,97	0,66
$t_{38,1} = 2,351 \rightarrow p = 0,024$					
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>					
<i>Sim</i>	28	2,93	4,79	4,23	
<i>Não</i>	179	2,57	5,00	4,09	
$t_{39,1} = 1,549 \rightarrow p = 0,129$					

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

BASE DE DADOS: 207 alunos

NOTA: d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância do teste t de student para amostras independentes

Para as demais variáveis sociodemográficas dos alunos (idade, ano cursado na faculdade e renda familiar) os resultados mostram que não foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) com a Empatia dos alunos (TAB. 19-21)

Tabela 19 - Influência da idade no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

(Continua)

Faixa etária	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
<i>20 a 25 anos</i>	159	2,14	5,00	3,99	0,66
<i>26 a 30 anos</i>	30	2,43	5,00	4,06	0,73
<i>&gt; 30 anos</i>	18	3,29	5,00	4,07	0,55
$F_{2, 204} = 0,201 \rightarrow p = 0,818$					

Tabela 19 - Influência da idade no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Faixa etária	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>					
20 a 25 anos	159	2,57	5,00	4,14	0,48
26 a 30 anos	30	2,64	4,86	3,92	0,54
> 30 anos	18	3,21	4,86	4,19	0,50
$F_{2, 204} = 2,721 \rightarrow p = 0,068$					

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:** d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância baseada na *Análise de Variância com 1 fator (OneWay)*

Tabela 20 - Influência do ano cursado na faculdade no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Período	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
4º ano (7º e 8º períodos)	107	2,14	5,00	4,04	0,69
5º ano (9º e 10º períodos)	64	2,71	5,00	4,00	0,57
6º ano (11º e 12º períodos)	36	2,29	5,00	3,94	0,72
$F_{2, 204} = 0,275 \rightarrow p = 0,760$					
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>					
4º ano (7º e 8º períodos)	107	2,93	5,00	4,17	0,43
5º ano (9º e 10º períodos)	64	2,64	5,00	4,07	0,54
6º ano (11º e 12º períodos)	36	2,57	4,93	4,00	0,59
$F_{2, 204} = 1,921 \rightarrow p = 0,149$					

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:** d.p. → Desvio-padrão; p → Probabilidade de significância baseada na *Análise de Variância com 1 fator (OneWay)*

Tabela 21 - Influência da renda familiar no escore de Empatia dos estudantes de medicina mensurada pela Escala de Empatia

Renda familiar	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>					
Acima de R\$ 5.000,00	174	2,14	5,00	3,99	0,67
Até R\$ 5.000,00	33	2,86	5,00	4,10	0,59
$t_{49,4} = 0,937 \rightarrow p = 0,353$					
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>					
Acima de R\$ 5.000,00	174	2,57	5,00	4,11	0,51
Até R\$ 5.000,00	33	3,07	4,86	4,10	0,43
$t_{50,4} = -0,147 \rightarrow p = 0,883$					

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos

**NOTA:** d.p. → Desvio-padrão p → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*

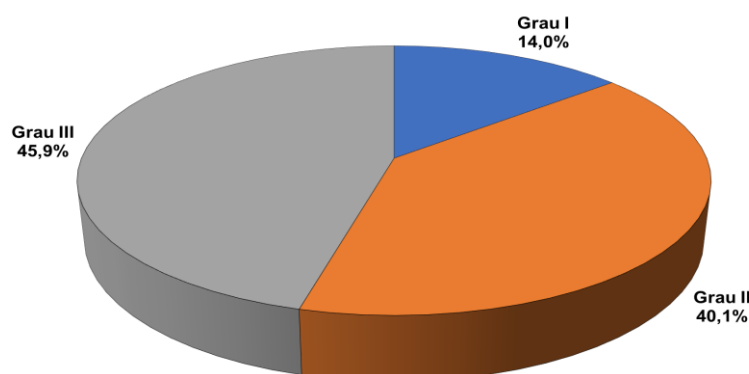
## **6.8 Avaliação do perfil de empatia apresentado pelos estudantes de medicina com a utilização da Escala de Empatia proposta**

Com o objetivo de determinar perfis diferenciados dos alunos de medicina estudados quanto aos fatores que avaliam a empatia, foi realizada análise de conglomerado. Foram identificados três grupos distintos de alunos, de acordo com a média de empatia obtida nos dois fatores da escala (GRAF. 1 e TAB. 22).

Baseando-se nos 2 fatores gerados pela Análise Fatorial Exploratória, técnica para redução e sumarização de dados usados na presente pesquisa, a Análise de Conglomerados (*Clusters*) foi utilizada para identificar possíveis grupos (*Clusters*) de alunos com características únicas relacionadas aos 2 fatores de Empatia. Os resultados indicaram 3 Conglomerados (grupos) distintos de alunos ao relacionar, de forma conjunta, os 2 Fatores de Empatia gerados, sendo que, 14,0% dos alunos apresentaram grau I de Empatia (menor nível de Empatia), 40,1% apresentaram grau II (nível intermediário de Empatia) de Empatia e outros 45,9% dos alunos apresentaram grau III (maior nível de Empatia). O GRAF. 1 mostra uma melhor visualização destes resultados. A TAB. 22 apresenta as médias dos escores de Empatia dos 3 conglomerados (grupos) para cada um dos 2 Fatores gerados, no geral. Os resultados mostram que os 3 grupos (*Clusters*) de alunos formados diferem estatisticamente entre si, ou seja, as médias de cada um dos 2 Fatores diferem significativamente ( $p < 0,05$ ) entre os grupos de Grau I, II e III, onde, os alunos com Grau I de Empatia apresentaram média para os 2 fatores significativamente menor do que os alunos dos outros 2 grupos, além disso, os alunos com Grau II de Empatia apresentaram média significativamente menor do que os alunos com Grau III de Empatia. Portanto, cada grupo (*Cluster*) formado é único e caracterizado por homogeneidade interna em cada grupo.



Gráfico 1 - Distribuição dos alunos quanto aos 3 grupos criados pela Análise de Conglomerados (Clusters) quanto ao grau de Empatia baseado nos 2



**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**Nota:** fatores gerados pela Análise Fatorial Exploratória

**BASE DE DADOS:** 207 alunos, no geral (*Grau I* → 29 casos; *Grau II* → 83 casos e *Grau III* → 95 casos)

Tabela 22 - Média dos 2 fatores gerados pela Análise Fatorial Exploratória em relação aos 3 grupos (*clusters*) de alunos formados pela Análise de Conglomerados

Fatores	Grau de Empatia			Análise comparativa	
	Grau I	Grau II	Grau III	p	Conclusão
<b>COMPREENSÃO EMPÁTICA</b>	2,93	3,75	4,56	<b>&lt; 0,001</b>	<i>I &lt; II &lt; III</i>
<b>AÇÃO EMPÁTICA</b>	3,39	4,02	4,41	<b>&lt; 0,001</b>	<i>I &lt; II &lt; III</i>

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**BASE DE DADOS:** 207 alunos, no geral (*Grau I* → 29 casos; *Grau II* → 83 casos e *Grau III* → 95 casos)

**NOTA:** Probabilidade de significância baseada na *Análise de Variância com 1 fator (OneWay)*

- Comparações múltiplas de *Duncan* foram utilizadas.

**Legenda dos fatores:** Fator 1 → Fator 2 →

## 6.9 Associação entre o grau de empatia e variáveis sociodemográficas dos alunos

A TAB. 23 mostra uma avaliação das associações entre as variáveis sociodemográficas e o Grau de Empatia.

Os resultados mostraram que existe associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre Grau de Empatia (I, II ou III) e o sexo dos alunos. Como pode ser observado a proporção de alunos do sexo feminino aumenta à medida que aumenta o grau da empatia. No Grau I (menor empatia) observou-se 55,2% de alunos no sexo feminino, no Grau II observou-se 66,3% e no Grau III (maior empatia) observou-se 85,3%.

Pode ser observado ainda que existe associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre Grau de Empatia (I, II ou III) e o fato dos alunos já terem passado ou não por experiência com doença grave na família, sendo que, um maior percentual de alunos que já passaram por experiência com doença grave na família foi observado no grupo com Grau III (maior empatia) e um menor percentual de alunos que já passaram por experiência com doença grave na família foi observado no grupo com Grau I (menor empatia).

Para as demais variáveis sociodemográficas dos alunos os resultados mostram que não foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) com o Grau de Empatia dos alunos.

Tabela 23 - Análise de associação entre Grau de Empatia e variáveis sociodemográficas  
(Continua)

Região	Grau de Empatia						GERAL	
	Grau I		Grau II		Grau III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Sexo</b>								
Masculino	13	44,8	28	33,7	14	14,7	55	26,6
Feminino	16	55,2	55	66,3	81	85,3	152	73,4
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
$\chi^2_{(2)} = 13,957 \rightarrow p = 0,001$								
<b>• Faixa etária</b>								
20 a 25 anos	21	72,4	64	77,1	74	77,9	159	76,8
26 a 30 anos	7	24,1	9	10,8	14	14,7	30	14,5
> 30 anos	1	3,5	10	12,1	7	7,4	18	8,7
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<i>Exato de Fisher</i> = 4,507 $\rightarrow p^* = 0,335$								
<b>• Período</b>								
4º ano	12	41,4	38	45,8	57	60,0	107	51,7
5º ano	10	34,5	30	36,1	24	25,3	64	30,9
6º ano	7	24,1	15	18,1	14	14,7	36	17,4
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
$\chi^2_{(4)} = 5,427 \rightarrow p = 0,248$								
<b>• Renda familiar</b>								
> R\$ 5.000,00	27	93,1	68	81,9	79	83,2	174	84,1
≤ R\$ 5.000,00	2	6,9	15	18,1	16	16,8	33	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
<i>Exato de Fisher</i> = 2,004 $\rightarrow p^* = 0,375$								
<b>• Doença grave</b>								
Sim	16	55,2	62	74,7	77	81,1	155	74,9
Não	13	44,8	21	25,3	18	18,9	52	25,1
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>
$\chi^2_{(2)} = 7,914 \rightarrow p = 0,019$								

Tabela 23 - Análise de associação entre Grau de Empatia e variáveis sociodemográficas  
(conclusão)

Região	Grau de Empatia						GERAL	
	Grau I		Grau II		Grau III			
	n	%	n	%	n	%	n	%
• Doença crônica								
Sim	1	3,4	9	10,8	18	18,9	<b>28</b>	<b>13,5</b>
Não	28	96,6	74	89,2	77	81,1	<b>179</b>	<b>86,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

*Exato de Fisher* = 5,155 → p\* = 0,079

**Fonte:** elaborado pelo autor (2022)

**NOTA:** - Os percentuais foram calculados em relação ao total da linha.

- Os *resíduos padronizados ajustados* foram utilizados para verificar para cada Grau de Empatia se existe ou não diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre as categorias das variáveis sociodemográficas.

**p** → Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de Pearson*.

**Valor entre parênteses** → N° do graus de liberdade do teste *Qui-quadrado*.

**p\*** → Probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*.

## 7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo desenvolver uma Escala brasileira de empatia para estudantes de medicina no contexto do atendimento clínico, com abordagem dos componentes afetivos, cognitivos e comportamentais do construto. Até então outras escalas ou eram voltadas para a população geral como o Índice de Reatividade Interpessoal, que avalia as dimensões afetiva e cognitiva da empatia no contexto das relações sociais (DAVIS, 1983) ou estavam fora do contexto linguístico e cultural do acadêmico de medicina brasileiro como por exemplo a JSPE que avalia a empatia no contexto da relação médico-paciente, porém a empatia neste instrumento é um atributo predominantemente cognitivo, não abordando o componente afetivo do construto (HOJAT *et al.*, 2001).

A utilização de procedimentos sistemáticos para a elaboração de escalas de atitude torna os resultados mais confiáveis e passíveis de serem reproduzidos (LUCIAN; DORNELAS, 2015). Segundo McGaghie, Bordage e Shea (2001), estes passos são necessários para captar a “arte” da escala de atitudes, que deve ser analisada juntamente com a ciência psicométrica.

Neste estudo optamos por utilizar o software FACTOR para realizar a análise fatorial exploratória. O Factor é um software livre, fácil de usar (*point and click*), poderoso e que engloba todas as melhores práticas recentes de acordo com Rogers (2021). Além disso o algoritmo foca somente nas variáveis problemáticas e, por isso, é mais eficiente em não perder variância (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019).

Com esta análise obtivemos um modelo de **Escala de empatia** contendo 21 itens distribuídos em dois domínios. Baseados nos relatos de Usherwood (1999), que relata que a empatia pode ser categorizada como "compreensão empática" e "ação empática" para enfatizar a importância dos aspectos cognitivos, afetivos e o componente comportamental de ação, decidiu-se por denominar o domínio 1 como **COMPREENSÃO EMPÁTICA**, e o domínio 2 como **AÇÃO EMPÁTICA**.

No domínio **COMPREENSÃO EMPÁTICA** os itens estão relacionados com a tomada de perspectiva conceituada como a capacidade de o profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva (HOJAT *et al.*, 2001), bem

como de compartilhamento emocional que é a capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (neurônios espelhos).

O domínio AÇÃO EMPÁTICA abrange itens relacionados com a tomada de perspectiva que permite prever comportamentos e com a preocupação empática que diz respeito às ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados (PEIXOTO; MOURA, 2020).

Na escala proposta, não foi possível evidenciar os três componentes do construto relatados na literatura e sim dois fatores. Diante destes resultados podemos inferir que os conceitos dos componentes da empatia estão muito ligados entre si, o que dificulta a sua discriminação. Paro *et al.* (2012) ao validar a escala de empatia de Jefferson constatou a mudança de domínio de alguns itens, o que foi justificado pela hipótese de que os estudantes brasileiros entendem a empatia como um construto emocional e não cognitivo. Segundo Davis (2006) a empatia está relacionada com uma série de fatores que entram em jogo sempre que houver a experiência emocional de alguém, propondo, portanto, uma abordagem integrada que identifica o papel conjunto de cognição e afeto.

De acordo com Rogers (2001) a empatia não envolve 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. Ainda, segundo Paiva *et al.* (2019) o componente afetivo é baseado em emoções, na capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros; já o componente cognitivo inclui a habilidade de deliberar sobre os estados emocionais de outras pessoas, diferindo do conceito de “simpatia”, que é predominantemente afetivo, envolvendo sentimentos de dor e/ou de sofrimento (PAIVA *et al.*, 2019).

Deste modo, as pessoas experimentam diferentes tipos de experiências emocionais durante os episódios empáticos, devido as interações entre componentes cognitivos e afetivos (SAMPAIO *et al.*, 2008). 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 bem-estar deste, não traduz manifestação empática (GALLESE, 2003). Segundo Sampaio *et al.*

(2008) a relação entre afetividade e cognição são importantes para a internalização e construção de princípios que regem o comportamento do indivíduo na sociedade.

A escala mais utilizada no meio acadêmico da medicina para mensurar a empatia é a JSPE onde o fator cognitivo é o protagonista (HOJAT *et al.*, 2001). A relevância da escala de empatia clínica proposta neste estudo, está na maior abordagem dos componentes afetivos, quando comparada com a escala de Jefferson. Por meio do componente afetivo, compartilham-se os estados emocionais dos outros, enquanto os componentes cognitivos e comportamentais são responsáveis pela capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas e deliberar as ações de comunicação e ajuda (THOMPSON, 2019). Segundo Sampaio *et al.* (2008) a relação entre afetividade e cognição são importantes para a internalização e construção de princípios que regem o comportamento do indivíduo na sociedade.

A escala elaborada neste estudo, apresentou medidas de Confiabilidade Composta e estimativas de replicabilidade satisfatórias (valores são superiores a 0,80 -  $H > 0,80$ ), ou seja, os fatores gerados são replicáveis e adequados de acordo com as medidas das cargas fatoriais encontradas. Segundo Rogers (2021) a  $H$ - observada indica o quanto o conjunto de itens representa o fator comum. Seu valor vai de zero a um e valores acima de 0,80 sugerem uma boa definição da variável latente, que potencialmente será mais estável em estudos futuros. O índice  $H$ -latente reflete a replicabilidade estimada quando os itens são interpretados como variáveis contínuas e o índice  $H$ -observada reflete a replicabilidade estimada quando os itens são interpretados como variáveis ordinais, tal como as medidas do tipo *Likert* (ROGERS, 2021).

Este modelo de escala foi então utilizado para avaliar a empatia dos estudantes de medicina de instituições brasileiras públicas e privadas, apresentando um total de variância explicada de 44,95%. Vale ressaltar que a versão brasileira da escala de Jefferson apresenta um total de variância explicada de 45,48% (PARO *et al.*, 2012).

Neste estudo, no geral, o nível de empatia dos estudantes, mensurado pela escala proposta foi alto (acima de 4 em uma escala de 5 no máximo) nos dois fatores da escala, demonstrando que os estudantes apresentam atitudes empáticas altas. Estes resultados também foram

encontrados em outros trabalhos cuja empatia foi mensurada pela escala de Jefferson (CHATTERJEE; SENGE, 2001; NASCIMENTO *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2021).

Observou-se que o sexo feminino apresentou maiores escores nos dois fatores da escala. Foi possível, ainda, observar que os estudantes de medicina participantes se dividiram em três grupos distintos em relação ao grau de empatia apresentados (baixa, moderada e alta).

Vários estudos cuja empatia foi mensurada com a escala de Jefferson também identificaram escores mais elevados de empatia no sexo feminino. Hojat e Gonella (2015) estudando 2.637 alunos com número de participantes semelhante em relação a gênero e utilizando a JSPE, observaram escore de empatia maior no gênero feminino. Nessa pesquisa, as mulheres obtiveram escores mais elevados do que os dos homens.

Segundo Nascimento *et al.* (2018) a morfologia cerebral das mulheres possibilita uma maior visão do sentimento compassivo do outro, aumentando a sua habilidade empática, isto porque proporciona relações mais colaborativas. Além disso, sabemos, a partir de estudos relacionados, que as diferenças individuais em empatia e sistematização são em parte genéticas, em parte influenciadas pela nossa exposição hormonal pré-natal e em parte devido à experiência ambiental (GREENBERG *et al.*, 2018).

Já para Batchelder, Brosnan e Ashwin (2017) curiosamente, a vantagem feminina é mais aparente nos componentes afetivos, incluindo a reatividade afetiva e menos evidente nos componentes cognitivos revelando que as mulheres se sintonizam mais naturalmente com os estados emocionais e são mais propensas a reagir e responder às emoções e sentimentos dos outros.

Estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica; que apresentam experiência de doença grave na família ou que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no componente Compreensão Empática da escala (vínculo cognitivo-afetivo). O componente Ação Empática (vínculo cognitivo-comportamental) não apresentou diferença significativa.

Estes resultados revelam um ponto positivo deste estudo por demonstrar que a escala de empatia proposta foi sensível em detectar, como citado na literatura, a influência de algumas

variáveis sociodemográficas na empatia, o que poderia sugerir uma validade externa do instrumento.

Bailey (2001) mostrou que os estudantes de Medicina que pretendiam exercer uma área clínica obtiveram escore de empatia maior que aqueles que planejavam atuar em áreas cirúrgicas. Estudos realizados com médicos apresentaram o mesmo padrão que o observado neste estudo realizado com estudantes de medicina. Num estudo realizado com 704 médicos, utilizando a EJEM, os envolvidos com a área clínica obtiveram escores mais elevados que aqueles das áreas cirúrgicas e de imagem (HOJAT; GONELLA, 2015). Foi observado também por Batenburg *et al.* (1999) que estagiários do último ano que preferem a prática geral como especialidade apresentaram atitudes mais empáticas que os estagiários da área cirúrgica.

Outro ponto importante é a relação dos níveis de empatia com a presença de doença própria ou de familiares. Pesquisa conduzida por Esquerda *et al.* (2016) com 191 acadêmicos de medicina revelou maior empatia entre aqueles que já haviam vivenciado experiência de doença entre familiares, amigos ou pessoalmente. Estes dados vão de encontro ao nosso estudo a qual sugere a experiência como fator relevante para o desenvolvimento da habilidade empática.

Vale destacar que a amostragem foi composta por alunos de todo território nacional incluindo faculdades públicas e privadas. Ressalta-se a intenção de promover a comparação com critérios externos de validade, para testar os itens que não foram consistentes na amostra estudada. Mais estudos devem ser realizados com a utilização desta escala de modo a evidenciar a sua confiabilidade, validade e estabilidade.

Como limitação do estudo podemos citar

- o baixo número inicial de itens do instrumento e a redação de alguns destes itens que levaram a respostas socialmente aceitas e polarizadas.
- a utilização de questionários autoaplicáveis, que contribui com certa limitação para a coleta de dados, já que as respostas dependem da sinceridade e disposição dos participantes, os quais podem ser induzidos a fornecer determinadas respostas pelo senso do que é socialmente aceito.
- o número de participantes do estudo que pode não ter sido representativo da população total de estudantes brasileiros



Assim, podemos inferir que a nova escala de empatia elaborada neste estudo, revelou evidências preliminares de validade, tendo o diferencial de distinguir os componentes cognitivo-afetivo (Compreensão Empática) e cognitivo-comportamental (Ação Empática) do construto, permitindo a identificação dos fatores que afetam cada componente.

## **8 CONCLUSÃO**

O modelo proposto para a Escala Brasileira de Empatia Clínica, composto por 21 itens distribuídos em dois fatores: Compreensão Empática e Ação Empática, atendeu aos critérios de adequação semântica, cultural, além de apresentar evidências preliminares de validade. Foi possível identificar, com a utilização deste instrumento, que o sexo feminino, a escolha pela especialidade clínica, apresentar doença crônica ou ter na família casos de doenças graves são fatores preditores para a empatia.

## REFERÊNCIAS

- AHMADIAN Y. N. *et al.* The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: A qualitative study. **Journal of advances in medical education & professionalism**, Shiraz, v. 7, n. 1, p. 35-41, 2019. DOI: doi.org/10.30476/JAMP.2019.41043.
- ALLPORT, F. H.; HARTMAN, D. A. The measurement and motivation of atypical opinion in a certain group. **American Political Science Review**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 735-760, 1925. DOI: doi.org/10.2307/2939163.
- ARAÚJO, M. A. L. Os sentidos da sensibilidade e sua fruição no fenômeno do educar. **Educação em revista**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 199-221, 2009.
- ARNOLD, L; STERN, D. T. What is medical professionalism? **Measuring Medical Professionalism**, New York, p. 15-37, 2006.
- ASPAROUHOV, T.; MUTHEN, B. **Simple second order chi-square correction**. [S. l.: s. n], 2010.
- BAILEY, B. A. Empathy in medical students: assessment and relationship to specialty choice. **Dissertation Abstracts International**, [S.l.], v. 62, n. 6-A, p. 2024, 2001.
- BALDWIN, B. T. John Locke's contributions to education. **The Sewanee Review**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 177-187, 1913.
- BARNETTE, J. J. Effects of Stem and Likert response option reversals on survey internal consistency: if you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. **Educational and Psychological Measurement**. [S.l.], v. 60, n. 3, p. 361-370, 2000. DOI: doi.org/10.1177/00131640021970592.
- BATENBURG, V. *et al.* Are professional attitudes related to gender and medical specialty? **Medical Education**, Universiteit Utrecht, **Medical Education**, Oxford, v. 33, n. 7, p. 489-492, Jul. 1999. DOI: doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00333.x.
- BATCHELDER, L.; BROSNAN, M.; ASHWIN, C. The development and validation of the empathy components questionnaire (ECQ). **PLoS ONE**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. e0169185, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226785/>. Acesso em: 15 mar. 2022. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0169185.
- BEARDEN, W. O.; NETEMEYER, R. G. **Handbook of marketing scales**: multi-item measures for marketing and consumer behavior research. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.
- BENTWICH, M. E.; GILBEY, P. More than visual literacy: art and the enhancement of tolerance for ambiguity and empathy. **BMC Medical Education**, London, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681760/>. Acesso em: 15 mar. 2022. DOI: doi.org/10.1186/s12909-017-1028-7.

BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 23-29, 1984.

BROLEZZI, A. C. Empatia na relação aluno/professor/conhecimento. **Encontro: Revista de Psicologia**, [S.l.], v. 17, n. 27, p. 1-21, 2014. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/renc/article/view/2997>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006.

BURLESON, B. R. The production of comforting messages: Social-cognitive foundations. **Journal of language and social psychology**, [S.l.], v. 4, n. 3-4, p. 253-273, 1985.

CHATTERJEE, D.; SENGE, P. M. **El Liderazgo consciente: un peregrinaje hacia el autocontrol**. [S.l.]: Ediciones Granica SA, 2001.

CHEN, A. K.; KUMAR, A.; HARAMATI, A. The effect of Mind Body Medicine course on medical student empathy: A pilot study. **Medical Education Online**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 1-4, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4926107/>. Acesso em: 23 mar. 2022. DOI: [doi.org/10.3402/meo.v21.31196](https://doi.org/10.3402/meo.v21.31196).

CHEN, A. *et al.* Teaching empathy: the implementation of a video game into a Psychiatry clerkship curriculum. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 42, n. 3, p. 362-365, 2018. DOI: [doi.org/10.1007/s40596-017-0862-6](https://doi.org/10.1007/s40596-017-0862-6).

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CROWTHER, J. R. **ELISA: theory and practice**. [S.l.]: Springer Science & Business Media, 1995.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 6, n. 3, p. 161-174, 2013.

DARYAZADEH, S. *et al.* Impact of narrative medicine program on improving reflective capacity and empathy of medical students in Iran. **Journal of educational evaluation for health professions**, Seoul, v. 17, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986248/>. Acesso em: 14 fev. 2022. DOI: [doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.3](https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.3).

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. DOI: [doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113](https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113).

DAVIS, M. H. Empathy. *In*: STETS, J.; TURNER, J. (ed.). **The Handbook of the Sociology of Emotions**. New York: Springer Press, 2006. p. 347-367.

DECETY, J.; COWELL, J. M. The complex relation between morality and empathy. **Trends in Cognitive Sciences**, Kidlington, v. 18, n. 7, p. 337-339, 2014. DOI: doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008.

DERKSEN, F.; BENSING, J.; LAGRO-JANSSEN, A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. **British Journal of General Practice**, London, v. 63, n. 606, p. 76-84, 2013. DOI: doi.org/10.3399/bjgp13X660814.

DUSSÁN, K. B. *et al.* Increasing medical trainees: empathy throughv and mentorship. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, Thousand Oaks, v. 4, n. 1, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29349343/>. Acesso em: 14 fev. 2022. DOI: doi.org/10.1177/2382120517737995.

EISENBERG, N.; EGGUM, N. D. Empathic responding: Sympathy and personal distress. **The social neuroscience of empathy**, v. 6, n. 2009, p. 71-830, 2009. DOI: doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0007

ESQUERDA, M. *et al.* La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. **Atencion Primaria**, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 8-14, 2016. DOI: doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012.

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

FUCHS, T. **Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind**. Oxford University Press, 2017.

GALLESE, V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis. **Psychopathology**, Basel, v. 36, n. 4, p. 171-180, 2003. DOI: doi.org/10.1159/000072786.

GREENBERG, D. M. *et al.* Testing the empathizing–systemizing theory of sex differences and the extreme male brain theory of autism in half a million people. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, v. 115, n. 48, p. 12152-12157, 2018. DOI: doi.org/10.1073/pnas.1811032115.

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

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Instrumentos de recolección de datos em Ciencias Sociales y Ciencias Biomédicas**. [S.l.]: Mérida, 2002.

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. 2, p. 349–365, 2001.

HOJAT, M. **Empathy in patient care**. Antecedents, development, measurement and outcomes. New York: Springer, 2007. 164p.

HOJAT, M.; GONNELLA, J. S. Eleven years of data on the jefferson scale of empathy-medical student version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. **Medical Principles and Practice**, New York, v. 24, n. 4, p. 344-350, 2015. DOI: doi.org/10.1159/000381954.

ICKES, W. J.; MARANGONI, C.; GARCIA, S. Studying empathic accuracy in a clinically relevant context. In: ICKES, W. J (ed.), **Empathic accuracy** [S.l.], 1997. p. 282–310.

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

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, [S.l.], v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

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

LIPPS, H. Bemerkungen zu der paradoxie des Lügners. **Kant-Studien**, [S.l.], v. 28, n. 1-2, p. 339-343, 1923.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. **Liberabit: Revista Peruana De Psicología**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 99-106, jan./jun. 2019. DOI: doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08.

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de atitude: proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 157-177, 2015. DOI: doi.org/10.1590/1982-7849rac20151559.

MCGAGHIE, W. C.; BORDAGE, G.; SHEA, J. A. Problem statement, conceptual framework, and research question. **Academic medicine**, [S.l.], v. 76, n. 9, p. 923-924, 2001.

MANN, P. H. **Métodos de investigação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

MCDONALD, P. *et al.* Clinical realism: a new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students Approaches to teaching and learning the many meanings of “Quality” in healthcare: interdisciplinary perspectives. **BMC Medical Education**, London, v. 15, n. 1, p. 1–10, 2015. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0372-8>. Acesso em: 14 fev. 2022. DOI: doi.org/10.1186/s12909-015-0372-8

MOURA, E. P. *et al.* Estratégias atuais utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. e6374-e6374, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/349086431\\_Estrategias\\_atuais\\_utilizadas\\_para\\_o\\_ensino\\_da\\_empatia\\_na\\_graduacao\\_medica\\_revisao\\_sistemica](https://www.researchgate.net/publication/349086431_Estrategias_atuais_utilizadas_para_o_ensino_da_empatia_na_graduacao_medica_revisao_sistemica). Acesso em: 14 jan. 2022. DOI:10.25248/reas.e6374.2021.

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. DOI: doi.org/10.1093/fampra/cmh621.

NASCIMENTO, H. C. F. *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, p. 152-160, 2018.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. **Psychometric Theory**. 3. ed. [S.l.] McGrawHill Humanities/Social Sciences/Languages, 1994.

NUNES, R. A. A. *et al.* **Perfil da empatia médica de residentes do 3º ano de Ortopedia e Traumatologia**. 2018. 61f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino e Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Velano, Belo Horizonte, 2018.

PAIVA, A. H. *et al.* Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 296-304, 2019. DOI: doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190052.

PARO, H. B. M. S. *et al.* Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, London, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22873730/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 2016-213, 1998.

PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Mapa da Empatia em Saúde: elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da empatia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, p. e030, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/339918035\\_Mapa\\_da\\_Empatia\\_em\\_Saude\\_Elaboracao\\_de\\_um\\_Instrumento\\_para\\_o\\_Desenvolvimento\\_da\\_Empatia](https://www.researchgate.net/publication/339918035_Mapa_da_Empatia_em_Saude_Elaboracao_de_um_Instrumento_para_o_Desenvolvimento_da_Empatia). Acesso em: 13 fev. 2022. DOI:10.1590/1981-5271v44.1-20190151.

RECKASE, M. D. The difficulty of test items that measure more than one ability. **Applied Psychological Measurement**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 401-412, 1985. DOI: doi.org/10.1177/014662168500900409.

REISS, H. Empathy in medicine: a neurological perspective. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 304, n. 14, p. 1604-1605, 2010. DOI: doi.org/10.1001/jama.2010.1455.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ROGERS, P. Melhores práticas para sua Análise Fatorial Exploratória: tutorial no Factor. **Revista de Administração Contemporânea**, p. e210085, nov. 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/356264078\\_Best\\_Practices\\_for\\_Your\\_Exploratory\\_Factor\\_Analysis\\_A\\_Factor\\_Tutorial](https://www.researchgate.net/publication/356264078_Best_Practices_for_Your_Exploratory_Factor_Analysis_A_Factor_Tutorial). DOI: doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210085.

- ROSSITER, J. R. The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing. **International Journal of Research in Marketing**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 305-335, 2002. DOI: doi.org/10.1016/S0167-8116(02)00097-6.
- SAMPAIO, A. A. S. *et al.* Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. **Interação em Psicologia**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 151-164, 2008. DOI: doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537.
- SÁNCHEZ, E. G. Beneficios de la Educación Física y el deporte en los escolares. **Revista Digital Innovación e Experiencias Educativas**, Granada, v. 39, p. 1-9, 2011. Disponível em: [https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_39/ENRIQUE\\_GONZALEZ\\_SANCHEZ\\_01.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_39/ENRIQUE_GONZALEZ_SANCHEZ_01.pdf). Acesso em: 15 fev. 2022.
- SOUSA, L. U. R. *et al.* Mapa da Empatia em Saúde como instrumento de reflexão em cenário de ensino não assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 4, p. e195, 2021. DOI: doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210224.
- THOMPSON, N. M. *et al.* Empathy and emotion regulation: an integrative account. **Progress in brain research**, Amsterdam, v. 247, p. 273–304, 2019. DOI: doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024.
- TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with Parallel Analysis. **Psychological Methods**, Washington, v. 16, n. 2, p. 209-220, 2011. DOI: doi.org/10.1037/a0023353.
- USHERWOOD, T. **Understanding the consultation**: evidence, theory and practice. [S.l.]: McGraw-Hill Education, 1999.



**APÊNDICE A – TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE EMPATIA BRASILEIRA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA.**

PESQUISADOR: ELIANE PERLATTO MOURA

PESQUISADOR E PARTICIPANTE: ALEXANDRE TADEU AZEVEDO GENEROSO

ENDEREÇO: RUA LIBANO, 66 - ITAPOA

TELEFONE DE CONTATO: (31) 982267999

E-MAIL: eliane.perlatto@unifenas.br; generoso8@yahoo.com.br

PATROCINADORES: não se aplica

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Caso seja necessário, alguém lerá e gravará a leitura para o(a) senhor(a). Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

**Informações da pesquisa**

**Justificativa:** A empatia é um construto multidimensional essencial na formação acadêmica dos estudantes de medicina, sendo uma das bases do profissionalismo. Tão importante quanto desenvolver este aspecto entre os discentes é mensurá-lo para a qualificação em ensino em saúde.

A despeito de várias escalas de empatia já desenvolvidas, carece uma escala que se adeque a nossa cultura e realidade, além disso muitas foram fomentadas em língua estrangeira. Portanto, a relevância deste estudo reside em elaborar e validar uma escala de empatia para estudantes de medicina em língua portuguesa e baseada em nossa cultura.

**Objetivos:** Elaborar e validar uma escala brasileira de empatia para estudantes de medicina.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal cujo público-alvo são estudantes de medicina. Os itens iniciais da escala foram elaborados baseados na literatura e levou-se em consideração entrevistas com a população alvo da escala, como também médicos, pacientes e especialistas no assunto. Este instrumento seguiu o protocolo proposto por (LUCIAN; DORNELAS, 2015) dividido em: (1) Definição do construto; (2) definição da escala em si; (3) elaboração dos itens da escala; (4) purificação da escala e (5) validação da escala. Foi realizado um pré-teste com o público-alvo. Foram selecionados aleatoriamente 36 alunos de medicina, que não participarão da pesquisa principal e, aplicado inicialmente, os critérios de inclusão e exclusão da amostra, para definir a amostragem do pré-teste. A estes alunos foi apresentado o questionário elaborado e solicitado que estes opinem sobre a clareza e o entendimento das perguntas contidas no questionário específico sobre empatia. Desta forma, será possível avaliar o entendimento dos itens pelo público-alvo. Segundo (CRONBACH, 1951) para análise das propriedades psicométricas são necessários de 5 a 10 estudantes por item do questionário, perfazendo um número máximo estimado de aproximadamente 350 estudantes.

Se você aceitar participar deste estudo, você irá responder o questionário de empatia e outro sobre dados sociodemográficos, e posterior encontros online.

Este estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Coep/Unifenas com o número CAAE 33498020.4.0000.5143 e parecer 4.373.013

**Riscos e Desconfortos:** Com relação ao preenchimento do questionário, existe o risco de constrangimento, cansaço e da possibilidade de reconhecer sua identidade (sigilo). Para se evitar tais desconfortos, você poderá responder o questionário em um local que lhe agrade,

com o tempo que for necessário. Haverá necessidade de identificação para posterior realização de encontros online, mas sua identidade será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa.

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

**Privacidade e Confidencialidade:** Os seus dados serão analisados em conjunto com outros estudantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum estudante sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio pelos quais os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

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

**Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo:** A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso você se recuse a participar deste estudo você receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. Você também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento.

**Garantia de Ressarcimento:** Você não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, você não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. Você tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

**Garantia de indenização:** Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

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

Pesquisador: Eliane Perlatto Moura

Telefone: (31)982267999

Endereço: Rua Líbano, 66 Itapoa - BH

E-mail: elianeperlatto@gmail.com

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

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Telefone: (35) 3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

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

### **Consentimento do participante**

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade.

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.

**APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico**

- Nome
- E-mail
- Idade
- Gênero (masculino; feminino; outros)
- Período do curso
- Estado civil
- Faculdade
- Renda familiar (até 5 mil; acima de 5 mil)
- Especialidade pretendida (Medicina de família e comunidade; Especialidade clínica; Especialidade cirúrgica; Área de gestão; Área de exames complementares; Outros);
- Já passou por experiência com doença grave na família? (sim ou não)
- Apresenta alguma doença crônica? (sim ou não)

## APENDICE C - Relatório resumido da análise semântica dos alunos em relação aos itens da Escala de Empatia - Questionário Piloto

### ✓ **Item 1: Acredito que observar as expressões não verbais é essencial na consulta médica.**

✓ A concordância entre a expressão do paciente e o que foi dito é fundamental para termos ideia do que ele sente em relação àquilo
✓ Que o corpo possui uma linguagem própria, e ler a linguagem corporal ajuda muito para compreender o paciente, e uma vantagem é que difícil para o corpo mentir ou omitir um fato.
✓ Em uma consulta médica, é necessário observar as expressões não verbais do paciente.
✓ Entendi que nem sempre nossos pacientes falarão explicitamente seus problemas e, atentos aos detalhes, poderemos fazer mais por eles.
✓ As expressões gestuais e faciais auxiliam na classificação e gravidade da doença, mas também é importante para analisar a postura do paciente frente à situação.
✓ Que observar as expressões que o paciente passa durante a consulta é importante, como por exemplo: uma expressão de assustado, inquietação etc.
✓ É importante porque as expressões também trazem informações, sentimentos...
✓ As expressões não verbais são essenciais para um bom entendimento e criação de vínculo com o paciente.
✓ O médico deve analisar o comportamento físico do paciente, não apenas a linguagem verbal/fala no atendimento
✓ Que além do que o paciente diz, é preciso analisar sua postura, feição, expressões, gestos, etc.
✓ Concordo que observar a linguagem não verbal do paciente durante a consulta é essencial.
✓ Que nem sempre o paciente vai verbalizar aquilo que está sentindo, sendo necessário ao médico reconhecer expressões não verbais

### ✓ **Item 2: Acredito que preciso conhecer as preocupações do paciente durante a consulta.**

✓ Conhecer as preocupações do paciente é essencial.
✓ As preocupações do paciente e sua compreensão pelo médico interfere na adesão ao tratamento
✓ Sanar as dúvidas do paciente, trabalhar todos os aspectos da doença com ele, como ela é tratada, o impacto dela na vida social e privada.
✓ Entendi que é necessário olhar a situação pela visão do paciente, quais seus medos, quais suas expectativas e o impacto que a sua condição pode gerar em sua vida.
✓ As preocupações dos pacientes são tão importantes quanto as queixas
✓ Eu entendi os sentimentos do paciente sobre o adoecimento são válidos
✓ Devo questionar ao paciente sobre suas preocupações

✓ Preciso conhecer as preocupações do paciente para poder orientá-lo de forma adequada.
✓ Com certeza a empatia é fundamental, colocar-se no lugar do outro e entender suas preocupações e medos, ajuda a melhorar o cuidado e atenção com essa pessoa. Você tenta fazer ao máximo por ela, assim como, gostaria que fizessem com você se estivesse na mesma situação.
✓ Durante a anamnese deve deixar o paciente falar sobre o que ele sente
✓ Que é necessário ouvir o que a doença e as suas implicações representam para ele.
✓ Que se trata não apenas a doença, mas o paciente em si, com seus anseios e angustias.

✓ **Item 3: Preciso considerar o ponto de vista do paciente, independente dos meus valores.**

✓ Que não devemos julgar um paciente em hipótese alguma
✓ Que o paciente tem escolha no tratamento.
✓ Precisamos saber respeitar as diferenças e entender qual a necessidade do paciente perante sua situação.
✓ Preciso tentar enxergar o lado do paciente, ainda que eu não concorde com o posicionamento.
✓ É necessário se abster de alguns valores pessoais pro bem da consulta
✓ Eu entendi que não posso julgar o paciente e devo mostrar empatia
✓ O ponto de vista do paciente deve ser valorizado independentemente do que eu penso
✓ Preciso compreender que eu e o paciente temos vivência e valores diferentes e que devo respeitá-los acima de tudo.
✓ A relação médico-paciente requer um pacto para que, junto, encontrem a melhor medida terapêutica.
✓ É importante perguntar ao paciente o que ele pensa que pode ser a sua doença
✓ A crença do paciente pode ser diferente da minha e eu tenho que considerar a dele na hora de tratá-lo ou conduzir a consulta.
✓ Que por mais que o estilo de vida ou a conduta do paciente seja contra seus valores de vida é necessário ter empatia e se colocar no lugar do paciente.

✓ **Item 4: Devo procurar entender os motivos da não adesão terapêutica do paciente sem críticas.**

✓ Não podemos forçar o paciente a aderir um tratamento, isso é uma escolha dele e ele tem seus motivos para tal
✓ Procurar qual a causa de o paciente não aderir ao tratamento.
✓ Não se pode julgar o paciente ou atribuir juízo de valor
✓ Deve-se entender os motivos da não adesão terapêutica do paciente sem críticas
✓ Não devemos ter um olhar de julgamento frente ao paciente.
✓ A decisão do paciente deve ser respeitada

✓ Eu entendi que devo buscar a melhor terapia para o meu paciente
✓ Entendi que tenho que entender tais motivos pois pode ser que algo dificulte a adesão do tratamento (custo por exemplo)
✓ (Essa questão ficou um pouco ambígua) mas eu entendi que devo buscar ativamente o motivo da não adesão do paciente ao tratamento sem que haja julgamentos. (Uma outra possível interpretação dessa frase poderia ser: procurar saber motivos de não adesão ao tratamento de um paciente que não apresenta queixas)
✓ O papel do médico não é julgar, mas sim compreender, acolher e buscar por alternativas terapêuticas para o paciente.

✓ **Item 5: Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.**

✓ Devemos mostrar que nem sempre o que o paciente quer é o mais eficaz, mas temos que ter empatia para não forçar um tratamento e procurar novas alternativas
✓ Se o sentimento atrapalhar a minha decisão clínica sobre o melhor para ele eu creio que não pode afetar.
✓ Acredito que os sentimentos do paciente são muito relevantes desde o momento inicial da consulta até a decisão terapêutica. Ele deve participar de cada etapa do processo e não deve ser ignorado.
✓ O que o paciente sente sobre sua situação clínica não deve interferir no tratamento escolhido.
✓ Não importa a opinião do paciente para um tratamento eficaz
✓ Eu entendi que a decisão terapêutica deve ser tomada visando o melhor resultado independente do que o paciente acha
✓ A decisão terapêutica é soberana às impressões de condição de saúde do paciente. Suas impressões não devem interferir no tratamento
✓ As objeções sentimentais do paciente são de pouca relevância quando se trata de decisão terapêutica.
✓ Independentemente do que o paciente acha, o tratamento correto deve ser adotado
✓ Pelo contrário, é essencial que o médico saiba abordar com empatia os medos do paciente, e procurar tranquilizá-lo.
✓ Entendo que o médico não pode deixar interferir os sentimentos do paciente sobre a sua condição clínica na terapêutica a ser estabelecida.
✓ Que o que o paciente sente não pode interferir no que o médico irá decidir de terapêutica;
✓ Que a decisão terapêutica nesse caso é inflexível, ela deverá ser feita independente dos anseios do paciente.

✓ **Item 6: As observações do acompanhante devem ser consideradas durante a consulta médica.**

✓ Devem ser levadas em consideração porque ela é uma pessoa que normalmente conhece a vida e rotina do paciente
✓ Devem ser consideradas, pois podem nos auxiliar a entender mais sobre a situação do paciente em questão.
✓ As observações que o acompanhante faz devem ser consideradas.



✓ O acompanhante assim como o paciente deve ser ouvido
✓ O acompanhante, por sua convivência com o paciente, possui propriedade para comentar em certos aspectos da vida diária do mesmo.
✓ Acredito que o acompanhante deva ter lugar de fala desde que não se interponha a do paciente.
✓ O acompanhante muitas vezes pode fornecer informações essenciais, que seriam omitidas pelo paciente, intencionalmente ou não.
✓ Levar em consideração as informações relatadas pelo acompanhante.
✓ Os acompanhantes são muitas vezes importantes para a realização de uma boa anamnese.

✓ **Item 7: Devo valorizar o constrangimento do paciente durante o exame físico.**

✓ Devemos sempre mostrar profissionalismo e respeitar a vergonha dos pacientes
✓ Que como o paciente se porta é importante.
✓ Devemos cuidar para não constranger o paciente de nenhuma forma e realizar o exame da forma que o deixe mais confortável possível.
✓ Devo entender o constrangimento que alguns pacientes têm durante o exame físico.
✓ Eu entendi que o paciente pode se sentir constrangido durante o exame físico
✓ Deve-se entender (e minimizar quando possível) as situações de constrangimento do paciente durante o exame físico
✓ O constrangimento do paciente durante o exame físico deve ser levando em consideração, já que seu conforto é uma das prioridades na consulta adequada.
✓ Respeitar o espaço físico do paciente.
✓ Deve-se valorizar os questionamentos e constrangimentos o paciente durante toda a consulta.
✓ Que o médico deve entender a vergonha do paciente durante o exame e considera-la.

✓ **Item 8: Devo compreender o paciente com comportamento hostil durante a consulta.**

✓ Nem sempre o paciente irá cooperar na consulta e temos que entender isso
✓ Devemos entender que algumas coisas podem estar acarretando medo e insegurança e por isso podemos esperar comportamentos hostis durante uma consulta.
✓ Devo procurar entender as razões que levam um paciente a ter comportamento hostil em uma consulta.
✓ O comportamento hostil pode nos dizer algumas coisas sobre o paciente, sempre abordando ele aos poucos, e não desistir de realizar a consulta, passar confiança, perguntar sobre seus sentimentos, preocupações...
✓ Médico grosseiro durante a consulta
✓ Eu entendi que o paciente pode se apresentar com raiva por ter medo
✓ As vezes o paciente não está passando por um bom dia, mas sempre devemos ser respeitosos com o mesmo

✓ Que aquele paciente com comportamento hostil é digno, também, de empatia.
✓ Devo entender as circunstâncias do comportamento hostil do paciente durante a consulta
✓ A hostilidade pode ter ou não uma explicação, caso eu não saiba o motivo do paciente estar sendo hostil e ele não queira me explicar, torna-se impossível que eu compreenda o motivo dele não estar sendo educado e, por isso, não vejo necessidade de aceitar que um paciente tenha um comportamento hostil comigo sem nenhuma razão para isso. Por exemplo, posso compreender uma pré-adolescente não estar sendo tão educada, porque ela foi levada à consulta pela mãe sem ter vontade de ir. Mas não é possível compreender um paciente que é hostil comigo sem eu ter feito nada e sem ter uma explicação para isso. Além disso, posso compreender o comportamento hostil, mas nem sempre aceitá-lo e concordar com ele.
✓ Acredito que há situações nas quais o paciente não tem controle sobre ele mesmo, nesses casos devo entender o comportamento hostil, mas quando se trata de um paciente lúcido e totalmente capaz de raciocinar penso que o respeito deve sempre ser mútuo.
✓ Que o médico deve ter empatia e entender o comportamento do paciente,

✓ **Item 9: Não julgo importante me colocar no lugar do paciente.**

✓ Não é importante se colocar no lugar do paciente
✓ Não acho importante empatizar com o paciente.
✓ O paciente não é mais importante do que o médico
✓ Eu entendi que a empatia não é necessária
✓ A perspectiva do paciente não deve ser considerada.
✓ Não acha importante a empatia para com o paciente, baseando-se apenas em sua condição clínica.
✓ Que a empatia não é uma ferramenta importante na consulta médica.
✓ Não sinto importância em trocar de lugar com o paciente e entender o seu lado
✓ Entendi que não é preciso que o médico tenha empatia com o paciente, mas eu discordo dessa afirmação, pois julgo importante me colocar no lugar do paciente.

✓ **Item 10: Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.**

✓ A vida pessoal do paciente não deve interferir ou ser perguntada na consulta médica.
✓ Desconsiderar o emocional do paciente
✓ Eu entendi que os problemas pessoais não tem a ver com o adoecimento
✓ Os problemas pessoais que não condizem com seus sintomas não devem ser valorizados
✓ Aspectos externos ao quadro clínico do paciente devem ser desconsiderados.
✓ Na consulta só deve abordar problemas de saúde/patologia, não importa outros tipos de problemas
✓ Deve-se considerar relevante apenas informações que auxiliem no diagnóstico/tratamento do paciente e qualquer informação além disso deve ser desconsiderada ou interrompida.
✓ Que o paciente não merece ser visto quanto a sua subjetividade.

- ✓ Que a história biopsicossocial do paciente é irrelevante, mas eu discordo, pois é uma etapa da anamnese, sendo portanto, algo importante.

✓ **Item 11: Para compreender o paciente devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.**

✓ Devo me colocar no lugar dele para ver se estaria gostando daquela situação
✓ É importante se colocar no lugar do paciente
✓ Para entender como o paciente se sente, devo empatizar com ele.
✓ Se você se coloca no lugar dele você está sendo solidário e você consegue entender melhor pelo o que ele está passando.
✓ Para compreender o paciente devo imaginar-me na mesma situação em que ele se encontra
✓ Devo me colocar na perspectiva do paciente para entender seu aspecto emocional.
✓ E preciso se colocar no lugar do paciente para compreender sua postura/reação frente a sua condição clínica.
✓ Esse é o princípio básico da empatia e é fundamental para que sejamos capazes de compreender o sofrimento do paciente enquanto buscamos soluções pertinentes.
✓ Que é importante utilizar de ferramentas para gerar empatia durante a clínica médica.
✓ Para que eu consiga entender o que o paciente sente é preciso me colocar no seu lugar
✓ Para entender o que o paciente sente/pensa, devo imaginar o que eu sentiria se estivesse na mesma situação

✓ **Item 12: Conversar com o paciente sobre o seu contexto social auxilia no entendimento de seus problemas de saúde.**

✓ Que devemos entender em qual ambiente o paciente está inserido.
✓ Saber sobre o contexto social do paciente auxilia no diagnóstico da condição atual e anteriores.
✓ Saber onde ele mora, a renda, escolaridade, o ambiente que ele vive é de extrema importância para abordá-lo.
✓ Contexto social auxilia no diagnóstico
✓ Eu entendi que conhecer mais sobre o paciente é benéfico para o atendimento
✓ Entendo que é necessário conversar com o paciente sobre alguns contextos sociais que podem estar interferindo na sua saúde
✓ Saber sobre o contexto social do paciente ajuda a entender seu quadro clínico
✓ Descobrir mais sobre o contexto social do paciente culmina na probabilidade de um diagnóstico mais correto e amplo.
✓ Que a situação social do paciente está intimamente relacionada com algumas doenças que podem surgir.

✓ **Item 13: Analisar o contexto social do paciente pode dificultar o entendimento dos seus problemas de saúde.**

✓ Que ao saber sobre a vida social do indivíduo fica mais difícil compreender os problemas de saúde dele.
✓ Saber o contexto que o paciente está inserido torna a compreensão da sua situação mais difícil.
✓ Contexto social não é importante
✓ Eu entendi que o contexto social do paciente pode atrapalhar na consulta
✓ A análise do contexto social do paciente pode prejudicar o entendimento do seu quadro clínico
✓ Que a visão socioeconômica do paciente não é importante na visão clínica do paciente.
✓ Analisar prioritariamente o contexto social, pode dificultar os problemas de saúde
✓ Esse item diz que entender mais sobre o contexto social do paciente pode não me ajudar a entender os problemas de saúde dele, mas eu discordo, pois o máximo que pode acontecer quando eu sei mais sobre o contexto social dele, é eu ter mais alguma hipótese diagnóstica, mas isso não é um problema, pois essa hipótese que eu adquiri com o contexto social pode ser justamente o problema do paciente.
✓ Que se o médico se preocupar muito com a situação social do paciente, ele pode se perder na condução do exame clínico.

✓ **Item 14: Refletir sobre os desejos e necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.**

✓ Que devemos direcionar nossa conduta tentando também atender aos desejos do paciente.
✓ Saber sobre o que o paciente espera quando se consulta ajuda a definir a conduta terapêutica.
✓ A conduta terapêutica também necessita da participação do paciente
✓ Eu entendi que os desejos e necessidades do paciente devem ser levados em conta
✓ Compreender os sentimentos do paciente ao longo da consulta ajuda na conduta terapêutica
✓ Os sentimentos e necessidades do paciente possuem suma relevância quando são abordadas suas opções de tratamento.
✓ Ver a necessidade e o que o paciente espera com a consulta ajuda a resolver a melhor forma para tratamento
✓ A autonomia do paciente é importante na conduta terapêutica.
✓ Que entender as vontades do paciente auxilia em um melhor prognóstico
✓ Exercer a empatia e pensar na condição do paciente, me ajuda na hora de estabelecer uma melhor forma de trata-lo.

✓ **Item 15: Frequentemente me envolvo emocionalmente com a história do paciente.**

✓ Há envolvimento emocional frequente com pacientes
✓ Com frequência me envolvo com o paciente, me emocionando com o que foi relatado.
✓ As vezes as pessoas podem ultrapassar essa relação médico-paciente e isso pode interferir no futuro
✓ Envolvimento pessoal na consulta

✓ A história de vida dos outros me influencia na forma como vou abordá-los e tratá-los
✓ O médico acaba transformando a história pessoal de seus pacientes em parte de sua própria história.
✓ O médico se deixa afetar pela vida/situação do paciente
✓ Ao se colocar no lugar do paciente, é comum se envolver emocionalmente com sua situação.
✓ Que o médico se sensibiliza pela história do paciente.
✓ Entendi que com frequência ouvir a história de um paciente desencadeia emoções em mim, e eu concordo com isso.
✓ Entendo que o médico muitas vezes se sensibiliza com a história do paciente e se emociona, ao ouvir sua história e se colocar no lugar dele.
✓ Que o examinador "se perde" no papel de médico e se deixa levar por sentimentos e emoções, as vezes prejudicando o tratamento de um paciente.
✓ Que o médico pode se envolver emocionalmente com o paciente se ele não direcionar a anamnese de maneira correta e efetiva.

✓ **Item 16: A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.**

✓ Saber a história de vida do paciente tem tanta importância quando saber a história da doença.
✓ O que o paciente passou pode ser o motivo da doença ou agravá-la
✓ Para um bom diagnóstico é necessário saber a história de vida
✓ Entendo que não devemos simplificar o paciente apenas à sua doença, mas como um todo
✓ Tanto a história de vida quanto o quadro clínico do paciente devem ser valorizados (possuem pesos iguais)
✓ A história pessoal do paciente possui o mesmo valor que o relato de sua queixa de enfermidade para entender seu diagnóstico.
✓ Aquilo que o paciente vive/viveu é importante para compreender seu processo de adoecimento, e que uma está ligada na outra.
✓ Entender a história de vida do paciente assim como a doença.
✓ Que a história de vida do paciente deve ser levada em consideração no tratamento de sua doença.

✓ **Item 17: Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.**

✓ Precisamos ter empatia com o paciente, como se fossem uma pessoa de nossa família
✓ É importante ter empatia.
✓ Deve-se demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente em uma consulta
✓ Sim, pois fortalece um vínculo entre o paciente e o médico, facilitando assim a comunicação e a adesão ao tratamento.
✓ Empatizar com o paciente e se preocupar com seus sentimentos é importante.

✓ Os sentimentos do paciente devem ser levados em consideração
✓ Acredito que seja muito importante mostrar compaixão
✓ Demonstrar-se preocupado com o paciente durante a consulta é importante
✓ É obrigação do médico demonstrar ao paciente que suas preocupações e sentimentos importam.
✓ Que uma visão que valorize a subjetividade do paciente sobre sua condição é importante na consulta.
✓ Devo demonstrar que entendo e me preocupo com os sentimentos do paciente
✓ A empatia é essencial para estabelecer um vínculo com paciente.
✓ Que demonstrar compaixão, interesse na história do paciente, ajuda muito na anamnese
✓ Ser empático faz parte do papel de médico/cuidador.
✓ Ter empatia e entender os sentimentos do paciente se importando são fundamentais para a consulta.
✓ Que utilizar de mecanismos que demonstrem interesse na história que o paciente conta é importante para que ele fale abertamente e não esconda nada do médico.

✓ **Item 18: Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.**

✓ Que somos humanos e nos colocamos no lugar do próximo
✓ Que ficamos preocupados com o desfecho que irá acontecer com o paciente.
✓ Me sinto angustiado quando um paciente tem uma condição clínica complicada com prognóstico não tão favorável.
✓ Que o médico fica aflito quando alguma notícia é ruim, porém estamos aqui para melhorar ao máximo essa situação e usar essa angústia para procurar tratamento ou algo assim seria muito bom
✓ Ligação emocional com alguns casos
✓ Entendi que me preocupo em ajudar o paciente que está grave
✓ Entendo que quando o paciente possui uma doença grave, mostro-me preocupada em relação a como ele vai reagir a isso e sua expectativa quanto a isso
✓ O médico frequentemente coloca-se no lugar do paciente ao descobrir a severidade de seu diagnóstico, sentindo angústia.
✓ Muitas vezes me envolvo emocionalmente com o estado de saúde do paciente e me sinto angustiado quando o estado é grave.
✓ Que o médico se sensibiliza por uma doença grave.
✓ Me sinto angustiada por não poder ajudar, e até um pouco culpada por não poder fazer mais.
✓ A gente fica preocupado e triste juntamente com aquele paciente que possui alguma doença grave
✓ Que o médico se envolve demais com o paciente, o que pode ser um ponto negativo.

✓ **Item 19: As emoções do paciente devem ser descritas no registro da anamnese.**

✓ Devem, pois, temos que abranger todas as informações
✓ Emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese
✓ Devem interferir, pois elas trazem também informações importantes a serem observadas.
✓ Que o que o paciente sente não deve mudar o caminho da anamnese
✓ As emoções do paciente são supérfluas para a anamnese
✓ As emoções do paciente não podem ser distração para registro de dados
✓ A anamnese deve ser direcionada para o motivo da consulta do paciente e não suas emoções.
✓ Os sentimentos do paciente não devem afetar o que deve ser escrito no prontuário
✓ Não se deve anotar as questões emocionais do paciente em seu prontuário.
✓ Que a subjetividade de um paciente é prejudicial na consulta médica.
✓ É importante escrever na anamnese o que o paciente sente
✓ Devo descrever as emoções do paciente na anamnese
✓ Descrever aquilo que o paciente sente sobre sua condição é importante para a compreensão atual e futura desse indivíduo.
✓ Entendi que as emoções do paciente devem ser descritas na anotação da anamnese.

✓ **Item 20: As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.**

✓ Entendi que o médico não deve parar de registrar os dados do paciente independentemente se o paciente demonstrar alguma emoção enquanto isso, mas eu discordo disso.
✓ Não devemos deixar de fazer um bom registro de anamnese, mas lógico que devemos considerar as emoções do paciente sim.
✓ Como o paciente se sente não deve estar descrito na anamnese
✓ As emoções do paciente não podem interferir no segmento e anotação da anamnese
✓ Que as emoções do paciente não podem atrapalhar a sua escrita na anamnese
✓ Não há necessidade de descrever sentimentos do paciente no registro oficial.
✓ O que o paciente sente não deve interferir na anamnese.
✓ Que na anamnese deve constar somente as características físicas da enfermidade e não situações e relatos abstratos.

✓ **Item 21: É necessário certificar que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de finalizar a consulta.**

✓ Entendi que o paciente deve sair da consulta sabendo o que ele deve fazer e a forma como cada conduta deve ser feita sem nenhuma dúvida, para que ele não faça nada de errado acidentalmente.
✓ Entendo que o plano terapêutico deve muito bem explicado ao paciente, quantas vezes forem necessárias, e de forma clara para que não haja dúvidas e que seja realizado corretamente.

✓ É importante explicar ao paciente sobre o plano terapêutico para que ele entenda
✓ É importante ter certeza que o paciente entendeu o plano terapêutico antes de terminar a consulta
✓ Sumarizar o plano terapêutico antes da consulta e verificar seu entendimento.
✓ Que não adianta nada passar o melhor tratamento para aquela doença se o paciente não entendeu como ira tomar as medicações.
✓ Deve-se verificar e reforçar se o paciente entendo a forma correta do tratamento e as condutas
✓ Deve-se certificar que a conduta a ser seguida foi completamente compreendida pelo paciente, para melhor adesão terapêutica.
✓ Que o entendimento do paciente a respeito de sua terapêutica favorece o seu sucesso.

✓ **Item 22: Devo indicar sempre o melhor tratamento, independente do seu impacto financeiro na vida do paciente.**

✓ Que devemos sempre indicar o melhor remédio, não importa o preço.
✓ Devo indicar o melhor tratamento, sem me inteirar sobre a condição do paciente de arcar com ele.
✓ Financeiro não deve atrapalhar o tratamento
✓ O melhor tratamento deve ser indicado em todos os casos
✓ Deve-se sempre indicar o melhor tratamento independente do contexto social da pessoa
✓ O medicamento adequado deve ser receitado, ignorando as condições financeiras do paciente.
✓ Deve-se dar o remédio melhor e mais caro sempre
✓ Que ao se estabelecer a conduta terapêutica, o médico não deve levar em consideração o contexto socioeconômico em que o paciente está inserido, e sim apenas a eficácia do tratamento proposto.
✓ Entendo que nesse caso o médico não está considerando se o paciente pode ou não arcar com os custos do tratamento, o que muitas vezes pode ser inviável para o paciente.

✓ **Item 23: Se o paciente apresenta uma doença grave fico preocupado mesmo após o término da consulta.**

✓ Que nos preocupamos com os pacientes até mesmo fora da área de trabalho
✓ Que a doença do paciente me incomoda até quando não estou atendendo.
✓ Quando o paciente tem uma condição complicada, me preocupo antes mesmo da consulta terminar
✓ Que se o paciente aparentar ter algo de gravidade maior ou ter, você fica angustiado com isso.
✓ Preocupação inerente com o trabalho
✓ Entendi que temo pela vida do paciente e quero que ele melhore
✓ Entendi que o médico se preocupa com o que vai acontecer com o paciente mesmo após o término da consulta
✓ Em relação aos diagnósticos graves, o médico é guiado pela empatia ao paciente, preocupando-se com seu bem estar após a consulta.



✓ O médico se sente afetado pela doença com prognóstico ruim até quando acaba o trabalho
✓ Me envolvo emocionalmente com o paciente e me preocupo com seu estado de saúde.
✓ Que o médico se sensibiliza com as consequências de uma doença grave sobre a qualidade de vida de um paciente.
✓ Continuo refletindo sobre o paciente mesmo quando a consulta acaba
✓ Que o médico estabeleceu um vínculo com o paciente e não com sua doença, fazendo-o se preocupar com o indivíduo fora do consultório.

✓ **Item 24: As crenças pessoais e julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.**

✓ Não importa a fé e os julgamentos do paciente na hora da conduta.
✓ Crenças pessoais não devem interferir na decisão do tratamento.
✓ Que religião e algumas ideologias não podem interferir no tratamento ou conduta
✓ Conduta terapêutica independe do paciente
✓ O que o paciente pensa é irrelevante para o tratamento, sendo importante apenas o pensamento do médico
✓ Entendo que essa afirmação está ignorando tudo o que o paciente pensa em relação a tudo ao seu redor, e não concordo com isso
✓ O tratamento é soberano às crenças do paciente
✓ A escolha da conduta terapêutica deve ser baseada apenas na sua eficácia, ignorando o contexto social, cultural e religioso do paciente.
✓ Não há necessidade de considerar aquilo que o paciente acredita na vida ou julga ser melhor na hora de estabelecer o seu tratamento.
✓ Que o paciente deve seguir o tratamento estipulado mesmo se for contra suas crenças.

✓ **Item 25: Acredito que na elaboração do plano terapêutico as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.**

✓ Que o que o paciente queixa sobre o seu emocional devem ser descartadas.
✓ Que os sentimentos do paciente devem ser deixados e focar mais na doença.
✓ Desconsiderar o emocional do paciente.
✓ Entendi que os sentimentos são desnecessários na hora do tratamento.
✓ Entendi que querem deixar pra lá algo que possa estar fazendo mal ao paciente, e não concordo em não considerar suas queixas emocionais.
✓ As queixas emocionais não devem ser valorizadas perante o tratamento.
✓ As queixas emocionais do paciente são irrelevantes na elaboração do plano terapêutico.
✓ Na elaboração do plano terapêutico as questões emocionais do paciente devem ser ignoradas e deve-se focar apenas no estado de saúde dele.

✓ O que o paciente sente emocionalmente não é importante para a anamnese.
✓ Que não é relevante considerar o estado psicológico do paciente para trata-lo.

✓ **Item 26: Considero que o meu comportamento durante a consulta influencia a adesão do paciente ao tratamento.**

✓ Como me comporto na consulta influencia o tratamento.
✓ A minha postura na consulta influência na adesão do paciente ao tratamento.
✓ A forma como eu me comporto, a minha postura, o contato visual ou a falta dele, podem fazer com que o paciente não crie confiança em mim, ou não volte, ou não leve a sério a consulta.
✓ Comportamento médico influência no paciente
✓ Entendi que a forma como me porto pode fazer com que o paciente se sinta acolhido e aceite o tratamento
✓ Entendo que a impressão que o médico passa ao paciente é um fator decisivo da adesão do tratamento pelo paciente
✓ Dependendo da forma que eu ajo durante a consulta influenciara o paciente a seguir ou não o tratamento
✓ A atitude adotada pelo médico durante a consulta possui suma importância na adesão do paciente ao tratamento.

✓ **Item 27: Eu devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.**

✓ Só devemos perguntar ao paciente questões sobre a sua saúde.
✓ Devo me limitar a saber apenas sobre o estado de saúde do paciente.
✓ Que outras questões não devem ser abordadas, como a família, ambiente social, trabalho, sentimentos, preocupações. Somente coisas relacionadas a queixa principal
✓ Desconsiderar emoções, contexto social e psicossocial
✓ Entendi que a consulta é estritamente focada na doença
✓ Entendo que o médico não quer saber de outros aspectos da vida do paciente, somente o que ele está sentindo na saúde
✓ Devo valorizar apenas as queixas clínicas do paciente
✓ Perguntas externas ao quadro clínico do paciente devem ser desconsideradas na anamnese.
✓ O item diz que devo centrar apenas na queixa atual e em problemas de saúde, mas eu discordo, pois acredito que a história familiar e social do paciente também é importante.
✓ Que deve-se deixar de lado o contexto social do paciente
✓ Que não é necessário/importante trazer outros assuntos para compreender o adoecimento do indivíduo.

✓ **Item 28: Eu me preocupo em explicar a doença do paciente numa linguagem que ele entenda.**

✓ Me preocupo que meu paciente entenda o que quero dizer.
✓ Adaptação de linguagem diante dos diversos pacientes

✓ É importante que o paciente saiba o que está acontecendo com ele
✓ Entendo que é importante esclarecer todas as dúvidas ao paciente e se adequar na linguagem que ele entende
✓ Eu tento explicar a doença para o paciente com termos fáceis ao seu entendimento
✓ A linguagem adequada e acessível ao paciente deve ser empregada em toda consulta.
✓ Deve-se falar com palavras mais simples para o paciente entender, sem vocabulário clínico
✓ É necessário explicar ao paciente sua doença usando termos e linguagens que permitam a ele compreender sua condição de saúde de forma íntegra.
✓ Que a linguagem acadêmica deve ser substituída pela coloquial para uma boa relação médico-paciente.
✓ Eu me preocupo em explicar ao paciente sua condição em linguagem simples
✓ É importante adequar a linguagem ao nível intelectual do paciente
✓ Eu me importo em tornar clara a explicação da doença do paciente, de forma que ele entenda
✓ A linguagem de explicação da doença para o paciente deverá ser feita com termos nos quais ele entenda. Termos técnicos devem ficar somente no prontuário, e nas conversas com outros profissionais de saúde.

✓ **Item 29: Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.**

✓ Quando escuto o paciente em todos os aspectos a consulta fica melhor.
✓ Considerar as opiniões do paciente, lhe influência a ser um bom profissional
✓ Acolher os desejos do paciente em uma consulta proporciona uma satisfação maior ao final
✓ Entendo que os desejos do paciente sempre devem ser levados em conta, mas somente quando isso for trazer benefícios ao paciente
✓ Acredito que atendo melhor quando considero os desejos do paciente
✓ Os desejos do paciente tornam o atendimento médico melhor.
✓ Acho que a consulta tem um bom resultado quando me importo com as vontades do paciente
✓ Quando escuto os desejos do paciente e os levo em consideração ao longo da consulta, a relação médico-paciente melhora de forma significativa e isso reflete no desenrolar da consulta.
✓ O item diz que considerar as vontades do paciente gera um atendimento melhor, e eu concordo com isso.
✓ Entendo que quando os desejos do paciente são levados em consideração, a consulta flui melhor, e ambos o médico e o paciente ficam mais satisfeitos e felizes com o resultado.
✓ Que quando os desejos são respeitados a tendência é que o paciente consiga realizar o tratamento sem que o abandone antes

✓ **Item 30: Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.**

✓ Não perguntar sobre sua história familiar.
--

✓ Devo fugir de questões familiares durante a consulta.
✓ Que as questões familiares não devem ser mencionadas e que a consulta deve abordar somente a doença
✓ Desvalorizar a relação familiar com os problemas apresentados
✓ A família do paciente é irrelevante para a consulta
✓ Entendo que o médico quer se desviar desse assunto, mas eu acho muito importante a abordagem de questões familiares na consulta
✓ Não devo abordar a história familiar do paciente em minha consulta.
✓ Que a família pouco influencia ao estado de saúde de um indivíduo.
✓ Devo evitar falar sobre questões familiares ao longo da consulta
✓ Entendi que o paciente não deve perguntar sobre questões familiares do paciente.
✓ Evitar a história familiar do paciente na consulta.

✓ **Item 31: As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.**

✓ Sempre atender o que os familiares pedem.
✓ A família do paciente também deve ser considerada no plano de cuidado, por também ser algo que os envolve.
✓ Que os familiares talvez não consigam auxiliar nos cuidados do paciente e que as vezes deve ser abordado algum outro tipo de propedêutica
✓ Os familiares são importantes para um melhor prognóstico
✓ A família é importante e deve fazer parte do tratamento
✓ Entendo que deve se considerar toda a esfera familiar do paciente na hora do tratamento, mas não sei o que dizer sobre
✓ As necessidades financeiras devem ser consideradas no plano de cuidados (achei um pouco confusa)
✓ Deve-se preocupar com a vontade e sentimentos dos familiares
✓ Devo abordar a história familiar do paciente e levá-las em consideração no plano terapêutico.
✓ O que a família do paciente precisa também é importante
✓ Levar em consideração aquilo que a família precisa na decisão terapêutica de um indivíduo, não somente as necessidades do paciente.
✓ Para que a família cuide corretamente do paciente é necessário que o médico conheça a realidade de todos, para que o tratamento seja efetivo.

✓ **Item 32: As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.**

✓ Forma de relação do paciente com a sua família não importa nos cuidados.
✓ A relação com a família não deve interferir no tratamento.

✓ A família não deve indeferir na consulta
✓ A família não é importante para o tratamento do paciente
✓ Entendo que independente de quem for o familiar, ele não pode interferir no tratamento do paciente quando se é para o bem dele
✓ Os desejos do paciente devem ser priorizados em relação ao de seus familiares.
✓ Não é importante abordar a história familiar e social do paciente antes de elaborar um plano terapêutico.
✓ Que a família não é importante na hora de definir uma conduta terapêutica.
✓ O plano terapêutico não deve ser alterado por relações familiares

✓ **Item 33: Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.**

✓ Considerar como uma questão de menor importância.
✓ Deve-se considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde
✓ Devo considerar o contexto do paciente como "background" dos problemas de saúde.
✓ Que o contexto social do paciente é irrelevante quando se trata dos problemas de saúde
✓ Contexto social irrelevante
✓ Entendo que muitos problemas de saúde do paciente podem ser secundários ao seu contexto social, como rede de esgoto próximo à casa do paciente etc.
✓ O contexto social do paciente é decorrente de seus problemas de saúde
✓ O contexto social do paciente não é tão relevante quando sua queixa de enfermidade.
✓ Que aspectos socioeconômicos não são importantes no estado de saúde de um paciente.
✓ Os problemas sociais fazem parte do bem estar do paciente e por tanto refletem na sua saúde.
✓ Que os problemas de saúde do indivíduo "moldam" o seu contexto de vida/social.

✓ **Item 34: Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.**

✓ Que se você refletir sobre o que está sentindo melhora o tratamento.
✓ Empatizar com o paciente aumenta meu desejo de ajudá-lo.
✓ Quando eu me coloco no lugar do paciente, sei o que ele sente, abordo suas preocupações, isso me traz mais vontade de querer ajudá-lo porque eu sei como está se sentido, sei suas aflições.
✓ Os sentimentos do paciente são importantes para uma boa consulta
✓ Os meus sentimentos podem se conectar com os do paciente e assim me proporcionar maior afinco em buscar uma cura para ele
✓ Conhecer a história do paciente e refletir os sentimentos que isso causa em mim, aumenta o meu desejo em ajudá-lo

✓ A capacidade de empatia do médico ao conhecer a história do paciente exerce relação direta sobre seu desempenho clínico.
✓ Entender o que eu sinto com o caso do paciente ajuda a ter boa vontade para realizar um bom trabalho
✓ Analisar o que eu sinto ou como me sentiria em relação a condição do paciente aumenta a minha empatia e aumenta minha vontade de dar a ele a melhor ajudar que posso.
✓ Quando me coloco no lugar do paciente, e me imagino sentindo o que ele sente, me sinto mais motivado a auxiliado, visto que numa situação contrária, gostaria que o mesmo fosse feito por mim.
✓ Que a empatia é importante numa boa conduta clínica.
✓ Refletir sobre o que estou sentindo, aumenta minha empatia em ajudar o paciente
✓ Entender como eu me sinto sobre o paciente faz com que minha vontade de ajudá-lo seja maior
✓ Que nos colocarmos no lugar do paciente, praticar a empatia, pode auxiliar no tratamento do paciente.
✓ Se colocar no lugar do paciente, e imaginar estar sentindo o que ele sente poderá contribuir para um aumento no desejo de ajudá-lo.