

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**  
**Tauana de Sousa Tironi**

**O EFEITO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE NA ATITUDE IMPLÍCITA DE  
ALUNOS DE MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE IDOSO**

**Belo Horizonte**  
**2022**

**Tauana de Sousa Tironi**

**O EFEITO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE E NA ATITUDE IMPLÍCITA DE  
ALUNOS DE MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE IDOSO**

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

Orientador: José Maria Peixoto

Coorientador: Eliane Perlato Moura

**Belo Horizonte**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Tironi, Tauana de Sousa

O efeito do mapa da empatia em saúde e na atitude implícita de alunos de medicina em relação ao paciente idoso. [manuscrito] / Tauana de Sousa Tironi. – Belo Horizonte, 2022.

69 f.

Orientador: José Maria Peixoto.

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

1. Empatia. 2. Cirurgia. 3. Educação Médica. 3. Idosos. 4. Atitude (Psicologia) I. Tironi, Tauana de Sousa. II. Universidade José do Rosário Vellano. III. Título.

CDU: 616-089



## Certificado de Aprovação

**O EFEITO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE E NA ATITUDE IMPLÍCITA DE ALUNOS DE  
MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE IDOSO**

**AUTOR:** Tauana de Sousa Tironi

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. José Maria Peixoto

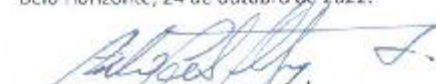
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Maria Peixoto

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte, 24 de outubro de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.**  
Coordenador do Mestrado Profissional  
Em Ensino em Saúde  
UNIFENAS

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ser fonte diária de força e proteção. Aos meus pais por sempre me apoiarem em minhas escolhas e nunca medirem esforços em torná-las possíveis. Ao meu irmão Caian, que neste momento se faz presente em meu coração e a quem dedico todo meu esforço, agradeço pelo companheirismo de toda a vida, te amo. Ao meu esposo Diogo, por ser meu apoio em todos os momentos difíceis e meu maior incentivador. Ao João Filipe, a surpresa mais gostosa durante este caminho, por ressignificar minha vida e me mostrar o quanto devo ser grata.

Agradeço ao meu Orientador Professor José Maria Peixoto e Coorientadora Professora Eliane Perlato pelo desprendimento em sempre me ajudar.

Ao UNIPTAN que disponibilizou sua estrutura e alunos para realização deste trabalho.

*“Tudo que é ruim de passar, é bom de contar!”*

(Ariano Suassuna)

## RESUMO

**Introdução:** A empatia é uma habilidade socioemocional que permite a compreensão dos efeitos comportamentais próprios em outros indivíduos e uma maior tolerância das diferentes perspectivas. Propicia um melhor desempenho durante a graduação e ao longo da carreira do profissional de saúde. A forma como um indivíduo reage e avalia um objeto constitui sua atitude, que pode ser avaliada por meio de respostas declaradas (atitude explícita) e inferida a partir de atos inconscientes e respostas automáticas (atitude implícita). O Teste de Associação Implícita (TAI) baseia-se no intervalo de tempo entre a apresentação de um estímulo e a resposta gerada como forma de entender os processos de pensamento. O atendimento de pacientes idosos é um desafio na prática clínica e a avaliação da atitude implícita frente a esses pacientes é, por isso, de fundamental importância. **Objetivos:** Avaliar o efeito do uso de Mapa da Empatia em Saúde (MES) na atitude implícita dos estudantes de medicina em relação a pacientes idosos. Comparar atitude explícita e implícita dos estudantes de medicina com relação ao paciente idoso. **Materiais e métodos:** Estudo experimental randomizado, composto por 4 fases, realizado com 39 alunos do 8º período do curso de medicina do UNIPTAN. Na 1ª fase, avaliou-se a atitude implícita do aluno em relação ao paciente idoso através do TAI. Foram aplicados questionários sociodemográficos e a Escala de Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice, para avaliação de atitude explícita. Na 2ª fase, os participantes assistiram a um vídeo do atendimento de um paciente idoso. Na 3ª fase, 50% da amostra foi convidada a preencher o MES em relação ao vídeo assistido. Por fim, na 4ª fase, todos os participantes repetiram o TAI. **Resultados:** A média dos valores obtidos na Escala de Neri tende a revelar atitudes mais positivas por parte dos alunos com relação ao idoso. A análise dos valores do TAI através da fórmula *produto: raiz quadrada da diferença* demonstraram atitude implícita negativa com relação ao idoso. O teste *t de student para amostras independentes* e o teste *t de student para amostras pareadas/dependentes* mostrou que os escores do TAI não apresentaram diferenças significativas entre a 1ª e a 4ª fase. A análise de *correlação de Pearson* revelou que não existe dependência entre os resultados do TAI e da Escala de Neri. **Conclusão:** O uso do MES não se mostrou capaz de modificar a atitude implícita dos estudantes de medicina com relação ao idoso após uma única exposição, uma vez que para modificar as associações implícitas adquiridas ao longo da vida, provavelmente é necessário o treinamento contínuo e de longo prazo. Além disso, foi observada uma discordância entre os instrumentos para avaliação de atitude: a atitude explícita mostrou-se positiva com relação ao idoso e a atitude implícita revelou-se negativa. **Palavras-chave:** Educação médica. Empatia. Atitude. Idoso. Estudante de medicina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Empathy is a socio-emotional skill that allows the understanding of our behavioral effects on other individuals and provides a greater tolerance of different perspectives. It provides better performance during graduation and throughout the health professional's career. The way an individual reacts and evaluates an object or concept constitutes his attitude, which can be assessed through stated responses (explicit attitude) and inferred from unconscious acts and automatic responses (implicit attitude). The Implicit Association Test (IAT) is based on the time interval between the presentation of a stimulus and the response generated as a way of understanding the thought processes. The care of elderly patients is a challenge in clinical practice and the evaluation of the implicit attitude towards these patients is, therefore, of fundamental importance. **Objectives:** To evaluate the effect of the use of the Health Empathy Map (HEM) on the implicit attitude of medical students towards elderly patients. To compare the explicit and implicit attitude of medical students towards the elderly patient. **Materials and methods:** Randomized experimental study, consisting of 4 phases, carried out with 39 students from the 8th period of the medical course at UNIPTAN. In the 1st phase, the student's implicit attitude towards the elderly patient was evaluated through the IAT. Sociodemographic questionnaires and the Neri Scale for the assessment of attitudes towards old age were applied to assess explicit attitudes. In the 2nd phase, the participants watched a video of the care of an elderly patient. In the 3rd phase, 50% of the sample was invited to fill out the HEM in relation to the watched video. Finally, in the 4th phase, all participants repeated the IAT. **Results:** The average of the values obtained in the Neri Scale tends to reveal more positive attitudes of the students towards the elderly. The analysis of IAT values using the formula *product: square root of the difference* showed an implicit negative attitude towards the elderly. *Student's t test for independent samples* and *student's t test for paired/dependent samples* showed that the IAT scores did not show significant differences between the 1st and 4th phases. *Pearson's correlation analysis* revealed that there is no dependence between the results of the IAT and the Neri Scale. **Conclusion:** The use of HEM was not able to change the implicit attitude of medical students towards the elderly after a single exposure, since to modify the implicit associations acquired throughout life, continuous and long-term training is probably necessary. In addition, a discrepancy was observed between the instruments for assessing attitude: the explicit attitude was positive towards the elderly and the implicit attitude was negative.

**Keywords:** Medical education. Empathy. Attitude. Elderly. Medical student.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Etapas do TAI lápis e papel .....	19
Figura 1	Desenho do estudo .....	23
Quadro 2	Etapas do TAI lápis e papel em relação ao paciente idoso .....	27

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análises descritiva e comparativa entre os grupos experimental e controle quanto aos dados sociodemográficos .....	34
Tabela 2	Análises descritiva e comparativa entre os grupos de alunos para cada um dos 4 domínios da Escala Neri .....	36
Tabela 3	Análises descritiva e comparativa dos escores do TAI obtidos pelos alunos entre os lados A e B considerando-se grupo e fase do estudo .....	37
Tabela 4	Análises descritiva e comparativa dos escores do TAI entre os grupos de alunos, por fase e entre as fases .....	38
Tabela 5	Análise descritiva dos escores do TAI obtidos pelos alunos, por grupo e fase .....	38
Tabela 6	Análise de correlação: entre os escores do TAI e os 4 domínios da Escala de Neri por fase; e entre os escores do TAI e a Escala de Neri, por grupo de estudo .....	39

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Empatia</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Atitude</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3</b>	<b>Atitudes com relação ao paciente idoso</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4</b>	<b>Teste de Associação Implícita</b> .....	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE DE PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1</b>	<b>Desenho do Estudo</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2</b>	<b>População alvo</b> .....	<b>24</b>
<b>5.3</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	<b>24</b>
<b>5.4</b>	<b>Critérios de Exclusão</b> .....	<b>24</b>
<b>5.5</b>	<b>Amostra, amostragem e recrutamento</b> .....	<b>24</b>
<b>5.6</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>25</b>
<b>5.6.1</b>	<b><i>Variáveis</i></b> .....	<b>25</b>
<b>5.6.2</b>	<b><i>Instrumentos</i></b> .....	<b>25</b>
5.6.2.1	Questionário sociodemográfico .....	25
5.6.2.2	Escala de Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice .....	25
5.6.2.3	TAI formato lápis e papel em relação ao paciente idoso .....	26
5.6.2.4	Vídeo de atendimento a um paciente idoso .....	27
5.6.2.5	Mapa da Empatia em Saúde .....	27
<b>5.6.3</b>	<b><i>Procedimentos</i></b> .....	<b>28</b>
5.6.3.1	Avaliação inicial (fase 1) .....	28
5.6.3.2	Sensibilização (fase 2) .....	28
5.6.3.3	Intervenção (fase 3) .....	28
5.6.3.4	Avaliação final (fase 4) .....	29
<b>5.7</b>	<b>Análise estatística</b> .....	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>

<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>10</b>	<b>APLICABILIDADE DO PROJETO E PRODUTO FINAL .....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Empatia

A empatia é uma habilidade socioemocional que requer a capacidade de perceber e entender a perspectiva do outro, bem como sentir seu estado emocional (PEIXOTO; MOURA, 2020). Este conceito envolve três componentes: afetivo, cognitivo e regulador de emoções. O componente afetivo fundamenta-se na partilha e na compreensão dos estados emocionais alheios pelo observador. O componente cognitivo refere-se à capacidade de deliberar sobre os estados mentais de outros indivíduos. O componente regulador de emoções apoia-se no grau de expressão da resposta empática (ERES; MOLENBERGHS, 2013). A habilidade empática, portanto, permite a compreensão dos efeitos comportamentais próprios em outros indivíduos e uma maior tolerância das diferentes perspectivas e, com isso, torna-se um fator importante nas relações interpessoais, particularmente na relação médico-paciente (BASÍLIO; VITORINO; NUNES, 2017).

Na década de 90, por meio de estudos em macacos (DI PELLEGRINO *et al.*, 1992), observou-se que as áreas cerebrais envolvidas em um determinado ato motor poderiam ser disparadas também durante a observação da mesma ação realizada por outro indivíduo. A partir dessa descoberta, criou-se o termo “neurônios-espelhos” para essa rede neural específica. Esses neurônios encontram-se localizados em duas redes principais: a primeira parte está ligada às regiões do lobo parietal, ao córtex pré-motor e a parte caudal do giro frontal inferior; e a segunda parte, às regiões da ínsula e córtex frontal medial anterior. Essa segunda parte, conhecida como sistema límbico, é responsável pelo comportamento afetivo (RIZZOLATTI; CRAICHERO, 2004). Esse circuito relaciona-se diretamente com o conceito de empatia, uma vez que a capacidade de compreensão imediata da experiência emocional do outro ocorre graças a identificação da mesma experiência em cada um.

Uma série de trabalhos foram desenvolvidos na tentativa de avaliar a tomada de perspectiva do outro como forma de induzir empatia. Whitford e Emerson (2018) conduziram um estudo com o objetivo de avaliar a atitude implícita de professoras brancas em relação a alunos negros antes e depois da estratégia de indução de empatia. Esse estudo demonstrou que a intervenção

baseada na análise e na tomada de perspectiva de relatos de racismo sofrido por estes estudantes, foi capaz de modificar a atitude implícita em relação a indivíduos negros.

Ao longo dos anos, alguns estudos buscaram avaliar a variação no grau de empatia nos estudantes de medicina. Chen *et al.* (2007); Neumann *et al.* (2011) demonstraram uma tendência ao decréscimo desta competência no decorrer do curso e, principalmente, com o início da prática clínica. Por se tratar de um conceito com componente cognitivo e, considerando a hipótese de que estas vivências podem interferir diminuindo o grau de empatia dos alunos, alguns autores defendem a possibilidade de aquisição desta habilidade (HAN; PAPPAS, 2018).

As habilidades empáticas estão relacionadas a um melhor desempenho e raciocínio clínico durante a graduação e ao longo da carreira do profissional de saúde. Batt-Rawden, *et al.* (2013) observaram, por meio de uma análise sistemática da literatura, que a empatia demonstrada pelo professor ou médico é capaz de melhorar a satisfação dos alunos e pacientes, o desempenho acadêmico e desfecho clínico, além de reduzir processos por negligência médica. Partindo deste pressuposto, alguns artigos buscaram avaliar formas de mensurar e ensinar empatia a estudantes de medicina. O aprendizado baseado na observação do professor (aprendizado por modelo), mostrou-se útil, porém com muitas variáveis a serem ponderadas. O aprimoramento da empatia durante a graduação, está fundamentado na experiência real do estudante com pacientes e, práticas baseadas no *feedback* e autoavaliação permitem maior replicabilidade (MERCER; REYNOLDS, 2002).

Com base na estratégia empresarial para desenvolvimento de empatia, Peixoto e Moura (2020) desenvolveram o Mapa da Empatia em Saúde (MES). O instrumento produzido deve ser aplicado após o atendimento do paciente e, o aluno que realizará o mapa deve avaliar o atendimento com ênfase nas perspectivas deste paciente. Inicialmente, quatro perguntas devem ser respondidas: “o que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?” (tomada de perspectiva); “qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?” (tomada de perspectiva); “como me sinto conhecendo a história desta pessoa?” (compartilhamento emocional); “como posso ajudar esta pessoa?” (preocupação empática). As perguntas realizadas abordam os componentes da empatia: afetivo, cognitivo e regulador de emoções, por meio dos processos de compartilhamento emocional, tomada de perspectiva e preocupação empática. Ao final, o aluno deverá completar uma figura com a expressão facial

que melhor expresse os sentimentos do paciente: alegria, tristeza, medo, surpresa, raiva e indiferença. O objetivo final deste instrumento é educativo, visando o desenvolvimento da empatia em estudantes.

## 1.2 Atitude

A forma como um indivíduo reage e avalia um objeto ou conceito, positiva ou negativamente, constitui sua atitude. O conceito “atitude” apresenta três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O componente cognitivo são as crenças e conhecimentos conscientes que um indivíduo apresenta em relação a um determinado objeto atitudinal. Os sentimentos direcionados a esse objeto compõem o componente afetivo. Por fim, o componente comportamental reflete a intenção de permitir-se de determinada maneira com relação a alguém, algo ou situação (EAGLY; CHAIKEN, 1993).

A atitude pode orientar a atenção e influenciar ações em relação às situações expostas. Neste sentido, tal elemento conceitual não pode ser medido diretamente, mas inferido a partir de respostas declaradas, conscientes (atitude explícita) e atos inconscientes, respostas associativas e automáticas (atitude implícita) (KROSNICK; JUDD; WITTENBRINK, 2005).

Atitudes explícitas são acessadas por meio da avaliação de uma situação, objeto, conceito etc. que pode ser mensurada por autodescrição de percepções e posicionamentos individuais (como autorrelato). Por se tratar de expressão consciente, há uma tendência na avaliação explícita, em mostrar-se favorável ao que é considerado aceitável e desejável socialmente, visando a aceitação grupal e autoaceitação (SEISDEDOS, 1996). Dessa forma, objetivando o controle dessa tendência, foram descritas formas de avaliação da atitude implícita (BASSILI; BROWN, 2005).

Em estudos com ressonância magnética funcional, foi observado que cerca de 10 segundos antes da consciência de uma decisão, ocorre ativação de regiões corticais superiores, como córtex pré-frontal e parietal. Este dado indica a participação dessas áreas de controle cortical superior no preparo para uma decisão ser tomada antes da mesma tornar-se consciente (SOON *et al.*, 2005). Portanto, avaliar uma ação implícita permite não só o acesso às atitudes que os indivíduos não estão dispostos a expor abertamente, como também àquelas que eles não estão conscientes.

### 1.3 Atitudes com relação ao paciente idoso

A velhice é um conceito historicamente construído que se inscreve na dinâmica das atitudes, das crenças e dos valores da sociedade. A marca social da velhice é estar em oposição à juventude, motivo pelo qual é recorrente a oscilação entre a idealização e a depreciação do idoso. Os estereótipos e crenças com relação aos idosos são transmitidos pela educação e associam-se a práticas sociais discriminativas (NERI; CACHIONI; RESENDE, 2002).

Segundo Schaie (1993), o preconceito com relação ao idoso é demonstrado socialmente quando consideramos os idosos como uma categoria homogênea, sem levar em conta que diferentes condições de saúde e de estilo de vida refletem-se em diferentes manifestações de competência comportamental; ao interligar a ideia de dependência física, depressão e doença aos sujeitos idosos; na utilização de instrumentos, instruções, equipamentos e ambientes inadequados para avaliação e coleta de dados dessa população; ao confundir os efeitos da velhice com os da pobreza, da doença, ou do baixo nível educacional; quando desconsideramos as circunstâncias históricas como determinantes de estilos de vida e de valores dos mais velhos; e, por fim, ao desconsiderarmos os limites que o envelhecimento normal impõe ao funcionamento dos seres humanos, em favor da falsa crença no poder irrestrito da ciência de impedi-lo ou de restaurar a juventude.

Com o crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, espera-se que o profissional de saúde, principalmente o especialista em gerontologia, responda com competência teórica e prática aos desafios do envelhecimento individual e populacional. Para isso é necessário o investimento em recursos humanos. Esses profissionais têm papel importante divulgação dos conhecimentos acerca das ações que previnem o desajustamento, a doença, a incapacidade, buscando envelhecer bem (NERI, 2004).

Para avaliar as atitudes explícitas (autodeclaradas) em relação ao idoso, Neri desenvolveu uma escala diferencial semântica, validada (CACHIONI, 2002). A estrutura da escala é descrita em termos cognitivos ou relativos à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social (dez itens); de agência, isto é, autonomia e instrumentalidade para realização (seis itens); de relacionamento interpessoal, cobrindo aspectos afetivo-motivacionais, que se refletem na interação social (sete itens); *de persona* (sete



itens), refletindo rótulos sociais comumente usados para designar ou discriminar pessoas idosas. Estes itens escolhidos para figurar na escala são correntes na literatura de pesquisa sobre atitudes em relação à velhice e na literatura sobre o desenvolvimento ao longo do curso de vida.

#### 1.4 Teste de Associação Implícita

Por volta da metade do século XIX, o pesquisador F. C. Donders discutiu a possibilidade de computar o intervalo de tempo entre a apresentação de um estímulo e a resposta gerada como forma de entender os processos de pensamento (WITTENBRINK; SCHWARZ, 2007). Essa hipótese abriu possibilidades para discussões mais recentes sobre os processos de mensuração de atitude implícita.

O Teste de Associação Implícita – TAI (GREENWALD; MCGHEE; SCHWARTZ, 1998) é uma ferramenta amplamente utilizada com este propósito, pois objetiva determinar a ativação de atitudes por meio do impacto do objeto atitudinal sobre a velocidade com que o indivíduo faz julgamentos. Dessa forma, o TAI avalia a força de associação entre pares de conceitos, rotulados como categoria-alvo (dois conceitos que se pretende avaliar: *e.g.* flores *vs.* insetos) e categoria-atributo (*e.g.* positivo *vs.* negativo ou bom *vs.* mau). Durante a realização do TAI, os participantes devem classificar rapidamente os estímulos (palavras, símbolos ou imagens) nas categorias alvo ou atributos que estão sendo avaliadas. É suposto uma associação mais fácil, portanto mais rápida e acurada, quando as categorias alvo e atributo mais fortemente associadas, são agrupadas.

Para exemplificar o que foi dito, como foi observado por Greenwald, McGhee e Schwartz (1998), os participantes deveriam classificar os estímulos entre as categorias-alvo “flores *vs.* insetos” e categorias-atributo “bom *vs.* mau”. Observou-se maior rapidez e acurácia, e, portanto, facilidade, em categorizar os estímulos quando as categorias foram agrupadas da forma “flores e bom *vs.* insetos e mau” em relação ao agrupamento contrário (flores e mau *vs.* insetos e bom). Dessa forma, evidenciou-se maior força de associação entre as flores como conceito positivo e os insetos como conceito negativo.

O TAI foi elaborado com intuito de acessar atitudes nas quais as pessoas relutam ou são incapazes de demonstrar, de eliminar a intencionalidade. A partir disso, ele pode ser avaliado de duas formas: por meio da mensuração da latência de resposta do indivíduo durante a

associação dos estímulos – medida computadorizada – ou pelo número de associações completada em um tempo determinado – medida tipo lápis e papel (LEMM *et al.*, 2008).

A forma computadorizada do TAI é a mais comumente utilizada atualmente. Porém, para sua realização são necessários equipamentos adequados e programas de análise. Também apresenta maior dificuldade em alcançar populações variadas, além do maior custo temporal, uma vez que sua aplicação é individual. Com o objetivo de contornar tais limitações, a técnica “lápis e papel” foi desenvolvida. Ela permite maior facilidade de aplicação pois não demanda equipamentos especiais, o que também possibilita acessibilidade a diversas populações e pode ser administrada em um maior número de pessoas simultaneamente (MORI; UCHIDA; IMADA, 2008; LEMM *et al.*, 2008). Em ambas as versões (lápis e papel e computadorizada), os conceitos com maior força de associação apresentarão melhor desempenho nas respostas sendo, com isso, capazes de eliminar os processos intencionais da atitude (LEMM *et al.*, 2008).

O teste, na sua forma lápis e papel, é apresentado em duas folhas ou lados (A e B): uma relacionando um dos conceitos-alvo com um dos conceitos-atributo em cada canto superior da página e outra com essa relação invertida. No centro da página há duas colunas sequenciais com os estímulos (figuras, símbolos ou palavras) a serem classificados. Os participantes têm três segundos para observá-los antes de começar a classificação e depois, cerca de vinte segundos para classificar o máximo de estímulos que conseguirem sem pular ou deixar em branco nenhuma palavra, seguindo sempre a ordem de cima para baixo e da esquerda para a direita. Para exemplificar, Lemm *et al.* (2008) conduziu um estudo cujo objetivo era avaliar a atitude implícita com relação a questões raciais. No lado A, os conceitos foram associados em cada canto superior: branco/positivo e negro/negativo e os estímulos referentes aos conceitos explorados dispostos nas colunas centrais. No lado B ocorreu a inversão dessa associação dos conceitos-alvo (*e.g.* negro/positivo e branco/negativo). Após os vinte segundos para realização de cada folha (A e B) o número de respostas foi contado e analisado. Antes de realizar cada folha, os participantes foram apresentados aos conceitos-atributo e aos conceitos-alvo separadamente, o que constituiria cada bloco do teste (*Quadro 1*). Para análise das respostas, deve-se excluir respostas excessivas (mais de 60 itens marcados em 20 segundos) ou extremamente baixas (menos de 10) e grandes flutuações entre as tarefas do lado A e lado B (por exemplo 25 itens no lado A e 5 no lado B), além de ser recomendado eliminar participantes que erram mais de 10% da tarefa (MORI; UCHIDA; IMADA, 2008).

Quadro 1 – Etapas do TAI lápis e papel.

Bloco 1	Discriminação dos conceitos-atributo: <i>e.g.</i> positivo <i>vs.</i> negativo.
Bloco 2	Discriminação dos conceitos-alvo: <i>e.g.</i> branco <i>vs.</i> negro.
Bloco 3	Treino da tarefa discriminatória combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> branco/positivo <i>vs.</i> negro/negativo.
Bloco 4	Tarefa discriminatória combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> branco/positivo <i>vs.</i> negro/negativo (lado A).
Bloco 5	Discriminação invertida dos conceitos-alvo: <i>e.g.</i> negro <i>vs.</i> branco.
Bloco 6	Treino da tarefa discriminatória invertida combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> negro/positivo <i>vs.</i> branco/negativo.
Bloco 7	Tarefa discriminatória invertida combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> negro/positivo <i>vs.</i> branco/negativo (lado B).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Existem diferentes formas de calcular a associação implícita pelo TAI lápis e papel. Lemm *et al.* (2008) descreveu e comparou sete formas de avaliar os dados obtidos: diferença de pontuações; razão simples; relação máximo e mínimo; conversão de latência; produto simples; produto: relação ao quadrado; produto: raiz quadrada da diferença. O cálculo do “produto: raiz quadrada da diferença” é feito por meio da seguinte fórmula:  $[(X/Y)*\sqrt{(X-Y)}]$ , onde X é o maior valor dos lados A ou B, e Y é o menor. A conclusão desse estudo, é que os resultados obtidos para estímulos expressados por palavras e analisados por meio do “produto: raiz quadrada da diferença” foram superiores às outras formas de análise, confirmando a utilidade desta técnica.

## 2 JUSTIFICATIVA

Formas de avaliação de atitude com ênfase nas implícitas são temas de discussão ao longo dos anos. A avaliação da atitude implícita apresenta como propósito o acesso às respostas normalmente inibidas por nem sempre serem socialmente ou individualmente aceitas. O TAI é uma ferramenta largamente utilizada com esse propósito em diferentes áreas, desde a psicologia às áreas empresariais para estudo de mercado. Este teste pode abordar, portanto, características populacionais como questões raciais, sexualidade, diferença de idade, incapacidade, diferença de gênero, entre outros.

Durante a graduação o estudante de medicina se depara com algumas dificuldades no atendimento clínico. Estas dificuldades podem ser características próprias do aluno, do ambiente ou ainda do paciente e podem modificar a atitude do aluno em relação ao paciente. O atendimento de pacientes idosos é um desafio na prática clínica e a avaliação da atitude implícita frente a esses pacientes é, por isso, de fundamental importância.

O desfecho clínico pode ser diretamente influenciado pela habilidade empática do profissional de saúde. O MES é um instrumento criado para treinamento e aprimoramento da empatia em estudantes de medicina, baseado na autorreflexão de emoções e ações e de fácil aplicabilidade em diferentes situações e locais. O uso de um instrumento de treinamento de empatia e sua relação com a atitude dos estudantes de medicina frente a pacientes em situação sensível, é desconhecido na literatura médica. Portanto, o trabalho proposto visa preencher essa lacuna de conhecimento educacional ao avaliar a influência do uso do MES na mudança de atitudes implícitas, mensuradas pelo TAI.

### **3 HIPÓTESE DE PESQUISA**

O treinamento de empatia em estudantes de medicina é capaz de modificar a atitude implícita em relação a pacientes em situação sensível.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar o efeito do uso de Mapa da Empatia em Saúde como método de treinamento da empatia na atitude implícita dos estudantes de medicina em relação a pacientes idosos.

### **4.2 Objetivos específicos**

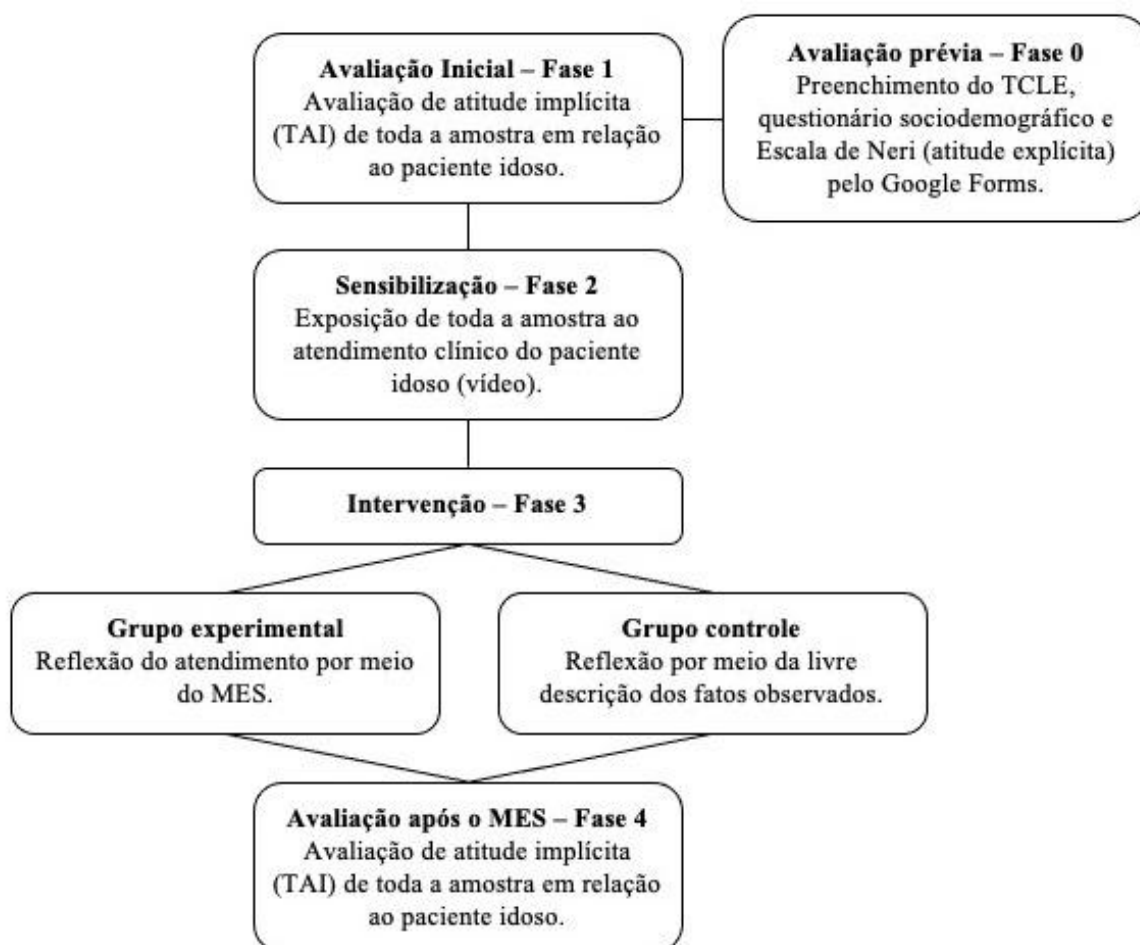
1. Aplicar o Mapa da Empatia em Saúde como estratégia de treinamento / desenvolvimento de empatia em estudantes de medicina em relação a pacientes idosos.
2. Construção de um teste de associação implícita forma lápis e papel para avaliar atitude implícita em relação ao paciente idoso.
3. Avaliar como se relaciona a atitude implícita e autorrelatada dos estudantes de medicina em relação a pacientes idosos às características sociodemográficas dos estudantes.
4. Avaliar atitude implícita e autorrelatada dos estudantes de medicina em relação a pacientes idosos antes e após o uso de Mapa de Empatia em Saúde.
5. Avaliar se há correlação entre a atitude implícita e a autorrelatada pelos estudantes de medicina.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 Desenho do Estudo

Estudo quantitativo experimental, composto por quatro fases: avaliação inicial (fase 1) avaliação da atitude implícita do aluno em relação ao paciente idoso (individualmente e para toda a amostra); sensibilização (fase 2) exposição de toda a amostra a um vídeo de atendimento ao paciente idoso; intervenção (fase 3) reflexão sobre os aspectos observados no vídeo que acabaram de assistir orientados pelo MES – grupo experimental (50% da amostra dividida por randomização), e livre descrição sobre os aspectos observados no vídeo que acabaram de assistir – grupo controle (50% da amostra dividida por randomização); avaliação após o MES (fase 4) reavaliação de atitude implícita em relação ao paciente idoso (individualmente e para toda a amostra de estudantes).

Figura 1 – Desenho do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor.

## **5.2 População**

A população deste estudo foram os alunos do 8º período (4º ano) do curso de medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN), localizado em São João del Rei – MG. A escolha desses alunos ocorreu devido ao fato de estarem em um momento do curso com maior vivência ambulatorial de clínica médica, longo antes do internato.

## **5.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os alunos voluntários adequadamente matriculados no 8º período (4º ano) do curso de medicina do UNIPTAN, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – *apêndice 1*.

## **5.4 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos participantes que erraram mais de 10% da tarefa. Além disso, alunos que já cursaram anteriormente o período atual, que já cursaram anteriormente outros cursos da área da saúde, que cursam disciplinas de outros períodos posteriores, e ainda, aqueles que não participarem de todas as etapas do estudo. O objetivo da exclusão desses alunos, consiste no fato de que estudantes já expostos a outros conteúdos a respeito do envelhecimento poderiam ser influenciados por informações que os outros ainda não obtiveram, alterando os resultados.

## **5.5 Amostra, amostragem e recrutamento**

Todos os alunos matriculados no 8º período do curso de medicina do UNIPTAN no segundo semestre de 2021 foram convidados a participar do estudo. O convite foi feito pela pesquisadora nas salas de aula e ambulatórios conforme autorização dos professores responsáveis pelas atividades. Foi informado a todos os objetivos e metodologia da pesquisa. Os alunos que se interessaram em participar receberam um e-mail com informações detalhadas sobre o local, horário e duração das etapas de aplicação do estudo, além do TCLE, questionário sociodemográfico e Escala de Neri de Atitudes com Relação a Velhice (avaliação de atitude explícita), para que preenchessem antes das fases do estudo.



Foi adotada amostragem por conveniência, baseado na disponibilidade dos alunos em participar da aplicação dos questionários e instrumentos na data e horário previamente agendados. A amostra coletada foi de 46 alunos, porém 7 alunos foram excluídos, permanecendo um total de 39 alunos que foram randomizados em 2 grupos: 19 alunos no grupo experimental e 20 alunos no grupo controle. O processo de randomização se deu por sorteio. Os alunos foram excluídos em diferentes fases e pelos seguintes motivos: 4 alunos já haviam cursado ou iniciados outros cursos na área da saúde, 1 aluno não compareceu em todas as fases do estudo e 2 alunos tiveram seu TAI anulado por excesso de erros (maior que 10%).

## **5.6 Coleta de dados**

### **5.6.1 Variáveis**

A variável dependente do estudo é a mudança da atitude implícita dos estudantes de medicina em relação ao paciente idoso. As variáveis independentes são o treinamento de empatia por meio do uso do MES, a observação do vídeo com a simulação do atendimento a um paciente idoso, idade e sexo dos participantes.

### **5.6.2 Instrumentos**

*5.6.2.1 Questionário sociodemográfico:* foi composto por 9 itens, contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, se a medicina era a primeira graduação (em caso negativo explicitar qual curso iniciou anteriormente), cor/etnia, número de filhos, com quem mora, renda familiar e ter trabalho remunerado. *Apêndice 2.*

*5.6.2.2 Escala de Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice (NERI, 1997):* a escala contempla 30 itens bipolares que compõem quatro domínios: cognição, agência, persona e relacionamento social para responder ao conceito “O idoso é:”. Cada item apresenta cinco níveis de intensidade, variando de um a cinco pontos, sendo que um ponto representa a atitude mais positiva possível, e cinco pontos a atitude mais negativa possível. A pontuação total é obtida pela soma da pontuação de cada item, dividida pelo número de itens da escala (NERI, 1991). *Anexo 1.*

5.6.2.3 *TAI formato lápis e papel em relação ao paciente idoso*: Para elaboração deste teste foram utilizadas cinco palavras para cada uma das quatro categorias: palavras que indicam atitudes positivas, atitudes negativas, relacionadas ao indivíduo idoso e ao jovem. Os estímulos relacionados às categorias-atributo (atitudes positivas e negativas) foram selecionados da escala de bem-estar no trabalho de Paschoal e Tamayo (2008) e, os estímulos relacionados às categorias-alvo (jovem e idoso) foram identificados após entrevista com grupo focal. Os estímulos selecionados foram apresentados em sete blocos (*Quadro 2*): os dois primeiros blocos servem para apresentação dos construtos já na ordem em que serão apresentados na primeira tarefa discriminatória; o terceiro bloco consiste em um treinamento da tarefa discriminatória já com os construtos agrupados na ordem *jovem/positivo vs. idoso/negativo* conforme especificado na tabela; o quarto bloco representa a tarefa discriminatória (LADO A); o quinto bloco serve para apresentação dos construtos *idoso vs. jovem* (em ordem inversa a apresentada no bloco 2) que será a forma utilizada na tarefa discriminatória invertida; o sexto bloco consiste em um treinamento da tarefa discriminatória invertida com os construtos agrupados na ordem *idoso/positivo vs. jovem/negativo* (ordem inversa à tarefa discriminatória do bloco 4); o sétimo bloco representa a tarefa discriminatória invertida (LADO B). Com isso, observamos que, para análise posterior, utilizaremos apenas os dados dos blocos 4 e 7 (LADO A e LADO B respectivamente). Na realização do teste, são dados aos participantes, 20 segundos cronometrados para categorizar o maior número de palavras possíveis em cada bloco e, posteriormente, é analisado o número de categorizações realizadas neste tempo. (LEMM *et al.*, 2008). *Anexo 2*.

O grupo focal foi realizado através de uma reunião on-line via plataforma Zoom no dia 09 de novembro de 2021, com duração de cerca de 2 horas e 30 minutos. O grupo foi composto por um médico clínico geral e reumatologista, uma médica de família e comunidade, duas estudantes de medicina do 10º período, uma advogada e uma pedagoga. Estavam também presentes na reunião, coordenando o grupo, o pesquisador e os orientadores desta tese. A reunião se iniciou com a apresentação do projeto de pesquisa aos participantes, incluindo os objetivos da pesquisa, metodologia, conceitos de atitude implícita e de elaboração do TAI. Na sequência foi separado um tempo de 20 minutos para que cada participante realizasse um *brainstorming* individual e listasse cinco palavras associadas ao idoso e outras cinco associadas ao jovem. Foi orientado de antemão que essas palavras não poderiam ser qualificatórias ou estarem relacionadas a atitudes ou valores positivos e negativos. Após o *brainstorming*, todos os participantes leram cada uma de suas palavras em voz alta e todas aquelas que fossem

consideradas inadequadas em uma primeira análise foram excluídas. Ao final desta etapa, restaram cerca de 10 palavras associadas a cada um dos conceitos (jovem e idoso). Na última etapa, cada uma dessas 10 palavras foi novamente lida em voz alta para todos os participantes e, apenas cinco de cada categoria foram selecionadas.

Na mesma semana após a elaboração do TAI, um pré-teste foi realizado com cinco estudantes do 5º período do curso de medicina do UNIPTAN, o teste correu sem nenhuma intercorrência ou maiores dúvidas por parte desses alunos.

#### Quadro 2 – Etapas do TAI lápis e papel em relação ao paciente idoso

Bloco 1	Discriminação dos conceitos-atributo: <i>e.g.</i> positivo <i>vs.</i> negativo.
Bloco 2	Discriminação dos conceitos-alvo: <i>e.g.</i> jovem <i>vs.</i> idoso.
Bloco 3	Treino da tarefa discriminatória combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> jovem/positivo <i>vs.</i> idoso/negativo.
Bloco 4	Tarefa discriminatória combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> jovem/positivo <i>vs.</i> idoso/negativo (lado A).
Bloco 5	Discriminação invertida dos conceitos-alvo: <i>e.g.</i> idoso <i>vs.</i> jovem.
Bloco 6	Treino da tarefa discriminatória invertida combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> idoso/positivo <i>vs.</i> jovem/negativo.
Bloco 7	Tarefa discriminatória invertida combinada dos conceitos: <i>e.g.</i> idoso/positivo <i>vs.</i> jovem/negativo (lado B).

Fonte: Elaborado pelo autor.

*5.6.2.4 Vídeo de atendimento a um paciente idoso:* apresentado durante a fase de sensibilização (fase 2) apresentava duração de cerca de 6 minutos e mostrava uma paciente, feminina, de 72 anos, que se encontrava internada em unidade de isolamento por COVID-19. Durante a gravação do vídeo, foi permitido que a paciente falasse livremente sobre o motivo de estar hospitalizada, qual o sentimento da mesma com relação a seu tratamento e suas perspectivas com relação ao futuro. Foi explicado para a paciente e autorizado o uso do vídeo com essa finalidade.

*5.6.2.5 Mapa da Empatia em Saúde:* este instrumento possui quatro quadrantes, cada um contendo as seguintes frases: 1. “O que o paciente pensa e sente?” (o que é importante para ele, quais suas preocupações e aspirações); 2. “O que o paciente fala ou faz?” (como o mundo

o influencia, em que ele acredita e como se expressa); 3. “O que o paciente escuta” (como o mundo o influencia e em que ele acredita); 4. “O que o paciente vê?” (como percebe o mundo, em quem acredita e onde vive). No centro do mapa há um desenho incompleto de um emoji, sem as sobrancelhas e a boca. Como os emojis, são ideogramas que representam emoções. Abaixo dos quadrantes do mapa, estão colocados seis emojis representando as seis expressões faciais de emoções universais. (PEIXOTO; MOURA, 2020). *Anexo 3*.

### **5.6.3 Procedimentos**

#### **5.6.3.1 Avaliação inicial (fase 1)**

Os alunos voluntários, inicialmente, receberam por e-mail antes das atividades da primeira fase, o TCLE, o questionário sociodemográfico e a Escala de Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice. O preenchimento foi feito através da plataforma do Google Forms.

Na sequência, marcamos uma data para a realização da primeira fase. Neste momento, todos os alunos participantes realizaram o TAI em relação ao paciente idoso, forma lápis e papel, conforme descrito anteriormente. Após a realização do teste, foram excluídas performances muito altas (*e.g.* 60 palavras ou mais marcadas em 20 segundos) ou extremamente baixas (*e.g.* menos de 10 palavras) ou ainda aquelas que continham erros excessivos (mais de 10% dos itens marcados).

#### **5.6.3.2 Sensibilização (fase 2)**

A segunda fase do estudo ocorreu com intervalo exato de 2 semanas em relação a primeira e em um mesmo momento da terceira e quarta fase. Este intervalo é necessário, pois neste segundo encontro, como procedimento da fase 3, os alunos repetirão o TAI lápis e papel utilizado na fase 1. O objetivo deste intervalo é minimizar o viés de aprendizado do teste. Nesta fase todos os participantes assistiram a um vídeo de 6 minutos com simulação do atendimento clínico de um paciente idoso.

#### **5.6.3.3 Intervenção (fase 3)**

Após assistir ao vídeo, 50% da amostra selecionada randomicamente foi convidada a preencher o MES em relação ao vídeo assistido (grupo intervenção). Os demais (grupo controle) não foram expostos ao mesmo instrumento. Durante esse tempo, o grupo controle recebeu uma folha de papel em branco para descrever livremente o vídeo assistido.

Ao preencher o MES, o aluno avaliou o atendimento simulado em vídeo com ênfase nas perspectivas deste paciente, respondendo a quatro perguntas inicialmente: “o que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?”; “qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?”; “como me sinto conhecendo a história desta pessoa?”; “como posso ajudar esta pessoa?”. Ao final, o aluno completou uma figura com a expressão facial que melhor expressava os sentimentos do paciente: alegria, tristeza, medo, surpresa, raiva e indiferença.

#### **5.6.3.4 Avaliação após o MES (fase 4):**

Nesta etapa, que foi realizada logo após o término das fases dois e três, todos os participantes realizaram novamente o TAI lápis e papel em relação ao paciente idoso utilizado na fase 1 para efeito de comparação após a intervenção. Nesta fase, após a realização do teste, também foram excluídas performances muito altas (e.g. 60 palavras ou mais marcadas em 20 segundos) ou extremamente baixas (e.g. menos de 10 palavras) ou ainda aquelas que continham erros excessivos (mais de 10% dos itens marcados).

### **5.7 Análise estatística**

As variáveis categóricas neste estudo serão apresentadas como 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 (%) como estatísticas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

A avaliação de associação/relação/dependência entre duas variáveis do tipo categórica foi realizada utilizando-se o teste *qui-quadrado de Pearson*, teste não paramétrico, que tem como objetivo comparar grupos quanto à proporção de ocorrência de um determinado evento de interesse em variáveis do tipo categóricas. Basicamente o teste avalia as possíveis divergências entre as frequências observadas e as frequências esperadas para um determinado evento. Portanto, pode-se afirmar que dois ou mais grupos são semelhantes ou não associados se as

diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas em cada combinação das categorias das variáveis envolvidas forem pequenas ou próximas de zero. Além disso, quando o teste mostra a existência de alguma diferença significativa entre os grupos de interesse, em tabelas com dimensões superiores à 2x2, utiliza-se à técnica de *particionamento* de tabela de forma a avaliar, onde, realmente, as diferenças entre os grupos (categorias da variável de interesse) ocorrem, ou seja, se entre todos os grupos ou entre alguns grupos (categorias da variável) estudados. E, no caso de ocorrer uma associação significativa entre duas variáveis de interesse, em tabelas 2x2, avalia-se também a estatística *Odds Ratio* (*Razão das Chances* → *O.R.*), medida esta que quantifica o grau de associação entre duas variáveis categóricas.

O teste *exato de Fisher* foi utilizado para comparar grupos quanto à proporção de ocorrência de um determinado evento (variável do tipo categórica), para amostras pequenas, ou quando o número de casos esperados inferiores a 5 ocorrerem em tabelas 2x2 ou um número grande desses casos em tabelas maiores. Além disso, quando o teste mostra a existência de alguma diferença significativa entre os grupos de interesse, em tabelas com dimensões superiores à 2x2, utiliza-se à técnica de *particionamento* de tabela de forma a avaliar, onde, realmente, as diferenças entre os grupos ocorrem, ou seja, se entre todos os grupos ou entre alguns grupos estudados.

Com o objetivo de comparar o grupo experimental e o grupo controle quanto às medidas da média de uma variável de interesse do tipo intervalar (por exemplo, idade dos pacientes, exames clínicos) é utilizado o teste *t de Student* para amostras independentes. Trata-se de um teste paramétrico que tem como objetivo comparar médias entre dois grupos distintos/independentes, isto é, este teste avalia se existe diferença significativa ou não entre dois grupos de indivíduos quanto às médias de uma determinada variável quantitativa de interesse. O teste de igualdade de variâncias do erro de *Levene* foi utilizado com o objetivo de averiguar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada, por grupo. O objetivo deste teste é verificar se as variâncias são diferentes ou não entre os dois ou mais grupos estudados em relação a uma variável de interesse, ou seja, verificar se a probabilidade de significância do teste é superior a 5% ( $p \geq 0,05$ ) – caso o valor de *p* seja superior a 0,05 o resultado indica que não existe diferença entre as variâncias do grupo.

Com o objetivo de comparar os 2 grupos de estudo no que tange a cada um dos 4 domínios da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice o teste *t de Student* para amostras

independentes foi aplicado. Esta análise avalia se existe diferença significativa ou não entre os grupos de estudo (experimental ou controle) quanto à média dos escores de cada domínio da Escala de Neri.

Com o objetivo de comparar os 2 grupos de estudo quanto à medida do TAI, em duas fases distintas, o teste *t de Student* para amostras independentes e o teste *t de Student* para amostras pareadas / dependentes foram aplicados aos dados. Estas análises avaliam se existe diferença significativa ou não entre os grupos de estudo (experimental ou controle) quanto à média do escore do TAI, por fase (amostras independentes) e se existe diferença significativa ou não entre as duas fases do estudo (fases 1 e 4) quanto à média do escore do TAI, por grupo (amostras dependentes).

Com o intuito de avaliar a relação entre os escores do TAI, por fase, entre os 4 domínios da Escala de Neri e entre o escore do TAI e Escala de Neri, por grupo de estudo, a análise de correlação de *Pearson* foi aplicado aos dados. Esta análise é aplicada neste tipo de situação uma vez que se trata de duas variáveis do tipo quantitativa.

Para avaliar o tamanho do efeito dos dados obtidos e as intervenções realizadas nas diversas do estudo foi utilizado o teste *d de Cohen*, que fornece uma grandeza da relação observada entre fatores/variáveis de interesse. O *d de Cohen* é calculado como sendo uma diferença padronizada entre duas medidas médias observadas em duas variáveis/fatores de interesse. Portanto, a magnitude / tamanho do efeito, tipo *d*, é uma medida da diferença entre médias em termos de uma unidade de desvio-padrão. Cohen defende que a estimativa do desvio-padrão seja a combinação da variabilidade (desvio-padrão combinado) dos dois fatores / variáveis / grupos estudados. A variabilidade combinada tem como vantagem produzir uma medida estimada não-viesada (não viciada) da verdadeira variabilidade da população. A magnitude do efeito (*d*) é a quantificação padronizada do aumento, incremento ou melhoria que se observa devido à intervenção estudada (desde que  $d \geq 0$ ). Cohen elaborou um esquema de avaliação do *d*, onde,  $d = 0,20$  significa um efeito pequeno,  $d = 0,50$  significa um efeito intermediário e  $d = 0,80$  um efeito grande.

Com o objetivo de avaliação a existência de correlação entre os dados e intervenções realizadas nas diversas fases do estudo foi utilizada a análise de correlação de *Pearson* (teste paramétrico) quando envolvem duas variáveis escalares foi utilizada como uma forma de avaliar a relação

entre duas variáveis de interesse. Esta análise expressa a relação entre duas variáveis X e Y, medindo a grandeza desta relação:

- $r > 0 \rightarrow$  Indica relação direta / positiva, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um aumento em Y.
- $r < 0 \rightarrow$  Indica relação indireta / negativa, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um decréscimo em Y.

Um alto valor de  $r$  (negativo ou positivo) – próximo de +1 ou -1 – indica uma forte relação, enquanto um valor próximo de zero mostra uma relação fraca ou nula. Ressalta-se que uma referência muito utilizada para determinar o grau de correlação entre duas variáveis é a seguinte:  $r < 0,40$  revela correlação fraca;  $0,40 \leq r \leq 0,75$  revela correlação moderada; e  $r > 0,75$  revela correlação forte.

Uma medida que quantifica a precisão e a qualidade do modelo de uma regressão (regressão linear simples:  $y = ax + b$ , por exemplo) é o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), que pode ser interpretado como a proporção da variabilidade presente nas observações da variável resposta  $y$  que é explicada pelas variáveis preditoras / regressoras / independentes no modelo de regressão ajustado aos dados. O  $R^2$  de uma regressão linear simples é igual a medida do coeficiente de correlação elevado ao quadrado. Ou de outra forma, o valor de  $R^2$  nada mais é do que a correlação ao quadrado entre os valores reais e os valores previstos pelo modelo. Ressalta-se que quanto mais próximo de 100% for a medida de  $R^2$ , melhor e mais preciso será o modelo ajustado. Esta aplicação foi utilizada nas análises de correlação entre as variáveis pesquisadas.

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.



## 6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e do Centro Universitário Presidente Tancredo Neves (UNIPTAN), sob o parecer 4.997.087. Os participantes do estudo foram expostos a riscos referentes ao cansaço na realização dos questionários e instrumentos. Para minimizar este risco, a duração da primeira fase do estudo, foi planejada em quinze minutos, sendo dez minutos reservada ao preenchimento do TCLE, questionário sociodemográfico e Escala de Neri de atitudes com relação a velhice, que pôde ser feita pelo Google Forms. A segunda fase, que ocorreu após 2 semanas, teve duração estimada de 20 minutos. Em qualquer fase do estudo foi permitido ao aluno desistir da participação, caso assim desejasse. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos. Apesar de todo o rigor dos pesquisadores, em função das limitações das tecnologias utilizadas há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Neste momento de pandemia da COVID-19, visando não expor os participantes ao risco de aglomerações, o estudo foi aplicado a grupos menores em grandes auditórios respeitando o distanciamento e seguindo os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde. Os participantes tiveram direito ao ressarcimento de qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa, que ocorreria por conta do orçamento da pesquisa. O participante poderia receber indenização no caso de ocorrência de eventuais danos decorrentes da pesquisa, cujos riscos foram descritos acima. O projeto poderá beneficiar a sociedade através da estruturação de novas técnicas de desenvolvimento de empatia nos profissionais de saúde a serem trabalhadas no currículo desses profissionais, o que, conforme discutido, influencia diretamente no desfecho clínico dos pacientes. O aluno teve benefício direto ao ser exposto à uma ferramenta de treinamento de empatia, além da oportunidade de experiência inicial com pesquisa científica. O momento de coleta de dados proporcionou troca de experiências e esclarecimentos que poderão ser úteis para a docência. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados através do uso de códigos numéricos durante a fase de análise. O participante teve garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, bem como direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos pudessem afetar sua vontade em continuar participando.

## 7 RESULTADOS

A amostra final de participantes do estudo contou com 39 estudantes do 8º período do curso de medicina da Faculdade UNIPTAN, sendo 19 alocados no grupo experimental (GE) e 20 no grupo controle (GC). A *Tabela 1* apresenta os dados referentes às características sociodemográficas dos participantes, que demonstra não haver diferenças entre as informações coletadas no questionário sociodemográfico entre os GE e o GC. Os participantes em sua maioria eram do sexo feminino, n=26 (66,7%), de cor autorrelatada como branca, n= 33 (84,6%) e com uma média de idade de  $23,7 \pm 2,4$  anos. A totalidade dos participantes informou estar solteiro(a) e não possuir filhos. Vinte e seis participantes (66,7%) relataram morar sozinhos(as), a maioria não possuía trabalho remunerado, n=37 (94,9%) e informaram renda familiar maior de 10 salários mínimos por mês (57,2%). Dos participantes, 34 se encontravam em seu primeiro curso superior (87,2%).

Tabela 1 – Análises descritiva e comparativa entre os grupos experimental e controle quanto aos dados sociodemográficos (continua)

Variáveis	Grupo Experimental		Grupo Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
<i>Masculino</i>	5	26,3	8	40,0	13	33,3
<i>Feminino</i>	14	73,7	12	60,0	26	66,7
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
	$\chi^2_{(1)} = 0,821 \rightarrow p = 0,365$					
<b>Idade (anos)</b>	<b>(n = 19)</b>		<b>(n = 20)</b>		<b>(n = 39)</b>	
<i>Média ± d.p</i>	23,4 ± 2,1		24,1 ± 2,6		23,7 ± 2,4	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(22,3; 24,4)		(22,8; 25,3)		(22,9; 24,5)	
<i>Mediana</i>	23,0		23,5		23,0	
<i>(Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</i>	(22,0 – 24,0)		(22,0 – 25,0)		(22,0 – 25,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	21,0 – 30,0		21,0 – 31,0		21,0 – 31,0	
	$t_{37} = 0,899 \rightarrow p^* = 0,374$					
<b>Medicina 1º curso?</b>						
<i>Sim</i>	17	89,5	17	85,0	34	87,2
<i>Não</i>	2	10,5	3	15,0	5	12,8
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
	<i>Exato de Fisher</i> = — $\rightarrow p^{**} = 1,000$					

Tabela 1 – Análises descritiva e comparativa entre os grupos experimental e controle quanto aos dados sociodemográficos (continuação)

<b>Estado civil</b>						
<i>Solteiro(a)</i>	19	100,0	20	100,0	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>Filhos?</b>						
<i>Não</i>	19	100,0	20	100,0	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>Mora sozinho?</b>						
<i>Sim</i>	8	42,1	5	25,0	<b>13</b>	<b>33,3</b>
<i>Não</i>	11	57,9	15	75,0	<b>26</b>	<b>66,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
$\chi^2_{(1)} = 1,283 \rightarrow p = 0,257$						
<b>Nº de pessoas na casa</b>						
<b>(se não mora sozinho)</b>	<b>(n = 11)</b>		<b>(n = 15)</b>		<b>(n = 26)</b>	
<i>Média ± d.p</i>	2,6 ± 1,1		2,8 ± 1,1		2,7 ± 1,1	
<i>Mínimo - Máximo</i>	2,0 – 5,0		2,0 – 5,0		2,0 – 5,0	
<b>Cor / etnia</b>						
<i>Branca</i>	15	78,9	18	90,0	<b>33</b>	<b>84,6</b>
<i>Parda</i>	4	21,1	2	10,0	<b>6</b>	<b>15,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<i>Exato de Fisher = — → p** = 0,407</i>						
<b>Renda familiar</b>						
<i>&lt; 1 S.M.</i>	1	7,1	0	0,0	<b>1</b>	<b>3,6</b>
<i>De 1 a 2 S.M.</i>	2	14,3	1	7,1	<b>3</b>	<b>10,7</b>
<i>De 2 a 5 S.M.</i>	5	35,7	1	7,1	<b>6</b>	<b>21,4</b>
<i>De 5 a 10 S.M.</i>	0	0,0	2	14,3	<b>2</b>	<b>7,1</b>
<i>&gt; 10 S.M.</i>	6	42,9	10	71,5	<b>16</b>	<b>57,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
<b>Trabalho remunerado?</b>						
<i>Sim</i>	2	10,5	0	0,0	<b>2</b>	<b>5,1</b>
<i>Não</i>	17	89,5	20	100,0	<b>37</b>	<b>94,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>

Base de dados: 39 alunos (experimental: 19 alunos; controle: 20 alunos).

Legenda: d.p.: desvio-padrão; I.C. da média: intervalo de confiança de 95% da média; p: teste do *Qui-quadrado de Pearson*; p\*: teste do *t de student*; p\*\*: teste *Exato de Fisher*.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 2 apresenta as médias dos escores obtidos em cada um dos 4 domínios da Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice entre o GE e o GC. Como pode ser verificado, as médias dos escores total e para cada um dos domínios da Escala Neri é semelhante em ambos os grupos do estudo. Uma vez que não existe diferença entre os grupos de estudo quanto à Escala de Neri, as médias dos escores para toda a amostra de estudantes reflete os resultados em cada um desses grupos. Outro ponto a ser observado, é que a média dos escores total da Escala Neri foi de  $2,87 \pm 0,55$ , o que revela uma tendência para atitudes autorrelatadas mais positivas por parte dos estudantes em relação ao idoso. Em relação aos domínios da Escala Neri, a médias dos escores dos estudantes apresenta também tendência para atitudes positiva em relação à velhice nos domínios *Cognição* e *Relacionamento Social*, onde a médias dos escores foram  $2,89 \pm 0,58$  e  $2,53 \pm 0,60$  respectivamente. Nos domínios *Agência* e *Persona* as médias dos escores da Escala Neri se mostraram próximo da neutralidade com tendência a atitudes mais negativas em relação ao idoso, uma vez que as médias dos escores foram  $3,06 \pm 0,76$  e  $3,01 \pm 0,65$  para estes domínios respectivamente.

Tabela 2 – Análises descritiva e comparativa entre os grupos de alunos para cada um dos 4 domínios da Escala Neri

<b>Grupo de estudo</b>			
<b>Escala de Neri</b>	<b>Experimental</b>	<b>Controle</b>	<b>GERAL</b>
<i>Cognição</i>	2,91 ± 0,58	2,87 ± 0,60	<b>2,89 ± 0,58</b>
	3,00 (2,60 – 3,40)	2,95 (2,50 – 3,38)	<b>3,00 (2,50 – 3,40)</b>
	$t_{37} = 0,214 \rightarrow p^* = 0,832$ ( <i>d de Cohen</i> = 0,07)		
<i>Agência</i>	3,06 ± 0,84	3,06 ± 0,70	<b>3,06 ± 0,76</b>
	3,17 (2,33 – 3,83)	3,00 (2,50 – 3,75)	<b>3,00 (2,50 – 3,83)</b>
	$t_{37} = 0,012 \rightarrow p^* = 0,990$ ( <i>d de Cohen</i> = 0,00)		
<i>Relacionamento social</i>	2,56 ± 0,68	2,50 ± 0,53	<b>2,53 ± 0,60</b>
	2,57 (2,00 – 3,00)	2,43 (2,00 – 2,86)	<b>2,43 (2,00 – 3,00)</b>
	$t_{37} = 0,327 \rightarrow p^* = 0,745$ ( <i>d de Cohen</i> = 0,10)		
<i>Persona</i>	3,09 ± 0,61	2,94 ± 0,69	<b>3,01 ± 0,65</b>
	3,29 (2,71 – 3,43)	3,14 (2,57 – 3,43)	<b>3,14 (2,57 – 3,43)</b>
	$t_{37} = 0,741 \rightarrow p^* = 0,463$ ( <i>d de Cohen</i> = 0,24)		
<b>Escore Total</b>	2,90 ± 0,59	2,84 ± 0,52	<b>2,87 ± 0,55</b>
	3,07 (2,43 – 3,43)	2,83 (2,35 – 3,22)	<b>2,90 (2,40 – 3,37)</b>
	$t_{37} = 0,717 \rightarrow p^* = 0,366$ ( <i>d de Cohen</i> = 0,11)		

Base de dados: 39 alunos (experimental → 19 alunos; controle → 20 alunos)

Legenda: 1ª linha: média  $\pm$  d.p.; 2ª linha: mediana ( $Q_1 - Q_3$ ); p\*: teste do *t de student* para amostras independentes; *d de Cohen*: tamanho de efeito de *Cohen*.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A *Tabela 3* apresenta as médias das pontuações obtidas pelos alunos no TAI por grupo (GE e GC), em cada uma das fases do estudo (fases 1 e 4) e em cada tarefa discriminatória (direta e invertida) – LADO A e LADO B respectivamente. Essas médias representam o número de associações que os alunos conseguiram realizar nos 20 segundos de tempo que tiveram para desempenhar cada tarefa. A análise destes valores mostra que o número médio de associações foi menor no LADO B (tarefa discriminatória invertida) quando comparada ao LADO A (tarefa discriminatória direta) em todos os grupos e fases do estudo com diferença significativa ( $p < 0,05$ ). O que permite afirmar que os alunos conseguiram fazer um maior número de associações quando o construto idoso estava agrupado do mesmo lado das atitudes negativas e o construto jovem das atitudes positivas.

Tabela 3 – Análises descritiva e comparativa dos escores do TAI obtidos pelos alunos entre os lados A e B considerando-se grupo e fase do estudo

Grupo	LADO		p***
	A	B	
<b>EXPERIMENTAL</b>	21,8 $\pm$ 4,3	14,5 $\pm$ 3,3	< <b>0,001</b> ( $t_{18} = 8,805$ )
Fase 1	22,0 (20,0 – 25,0)	14,0 (12,0 – 17,0)	<i>d de Cohen</i> = 2,08
<b>CONTROLE</b>	22,6 $\pm$ 3,3	14,3 $\pm$ 3,2	< <b>0,001</b> ( $t_{19} = 8,550$ )
Fase 1	22,5 (20,3 – 25,8)	13,5 (11,3 – 16,8)	<i>d de Cohen</i> = 1,96
<b>EXPERIMENTAL</b>	24,3 $\pm$ 3,7	16,1 $\pm$ 3,2	< <b>0,001</b> ( $t_{18} = 7,330$ )
Fase 4	24,0 (21,0 – 27,0)	15,0 (14,0 – 19,0)	<i>d de Cohen</i> = 1,73
<b>CONTROLE</b>	25,3 $\pm$ 3,9	15,6 $\pm$ 3,9	< <b>0,001</b> ( $t_{19} = 10,222$ )
Fase 4	26 (22,3 – 28)	14,5 (13,0 – 17,5)	<i>d de Cohen</i> = 2,35

Base de dados: 39 alunos (experimental: 19 alunos; controle: 20 alunos).

Legenda: 1ª linha: média  $\pm$  d.p.; 2ª linha: mediana ( $Q_1 - Q_3$ ); p\*: teste do *t de student* para amostras independentes; p\*\*\*: teste do *t de student*; *d de Cohen*: tamanho do efeito d.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A *Tabela 4* mostra que não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental e controle na fase 1 ( $t_{37} = 0,966 \rightarrow p^* = 0,340$ , portanto,  $p \geq 0,05$ ) do estudo e nem na fase 4 ( $t_{37} = 1,090 \rightarrow p^* = 0,283$ , portanto,  $p \geq 0,05$ ) quanto ao escore médio do TAI (calculado pela fórmula *produto: raiz quadrada da diferença*). Ou seja, em média, os escores

do TAI obtidos pelos alunos são semelhantes entre os grupos experimental e controle nas duas fases. Além disso, não existe diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 4 do estudo no grupo experimental ( $t_{37} = 0,974 \rightarrow p^* = 0,343$ ) e nem quando avaliado somente o grupo controle ( $t_{37} = 1,297 \rightarrow p^* = 0,210$ ) quanto ao escore do TAI (calculado pela fórmula *produto: raiz quadrada da diferença*).

Tabela 4 – Análises descritiva e comparativa dos escores do TAI entre os grupos de alunos, por fase e entre as fases

Fase do estudo			
Grupo	Fase 1	Fase 4	p***
<i>Experimental</i>	4,19 ± 1,94	4,54 ± 2,56	0,343 ( $t_{18} = 0,974$ ) <i>d de Cohen</i> = 0,23
	4,20 (3,00 – 5,50)	4,80 (2,30 – 7,00)	
<i>Controle</i>	4,85 ± 2,33	5,42 ± 2,47	0,210 ( $t_{19} = 1,297$ ) <i>d de Cohen</i> = 0,30
	5,00 (2,50 – 6,50)	5,20 (3,18 – 7,43)	
<b>p*</b>	0,340 ( $t_{37} = 0,966$ )	0,283 ( $t_{37} = 1,090$ )	
	<i>d de Cohen</i> = 0,32	<i>d de Cohen</i> = 0,36	

Base de dados: 39 alunos (experimental: 19 alunos; controle → 20 alunos).

Legenda: 1ª linha: média ± d.p.; 2ª linha: mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>); p\*: probabilidade de significância do teste do *t de student* para amostras independentes; p\*\*\*: probabilidade de significância do teste do *t de student* para amostras pareadas / dependentes; *d de Cohen*: tamanho de efeito de *Cohen*; Cálculo do TAI aplicado: produto: raiz quadrada da diferença.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 5 – Análise descritiva dos escores do TAI obtidos pelos alunos, por grupo e fase

Grupo	Fase	n	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<i>Experimental</i>	1	19	0,00	8,30	4,19	1,94
	4	19	0,00	9,10	4,54	2,56
<i>Controle</i>	1	20	1,10	9,20	4,85	2,33
	4	20	2,00	11,10	5,42	2,47

A Tabela 5 apresenta as mesmas médias já mostradas na Tabela 4, apenas acrescenta de quanto os escores do TAI variam entre os alunos pesquisados de acordo com grupo e fase do estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 6 mostra que não existe correlação estatisticamente significativa entres os escores do TAI obtidos pelos alunos na 1ª e 4ª fases do estudo com cada um dos 4 domínios da Escala de

Neri, o que significa dizer que, os escores obtidos pelos estudantes em cada um dos domínios da Escala Neri são independentes dos escores do TAI alcançados pelos estudantes.

Os resultados mostram ainda que existe correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), diretamente proporcional ( $r > 0$ ) e com grau moderado a forte ( $0,40 \leq r \leq 0,75$  e  $r > 0,75$ ) entre os escores do TAI nas fases 1 e 4 do presente estudo tanto no grupo experimental quanto no grupo controle. Isto é, o resultado mostra que quanto maior o escore do TAI obtido pelo aluno na fase 1, maior, proporcionalmente, o escore do TAI obtido pelo aluno na fase 4. Portanto, as correlações significativas encontradas não são estatisticamente nulas ( $r \neq 0$ ), ou seja, é possível utilizar umas das variáveis para “prever” a medida da outra variável com relativa precisão.

Tabela 6 – Análise de correlação: entre os escores do TAI por fase e os 4 domínios da Escala de Neri por grupo de estudo (continua)

<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>						
<b>Variáveis</b>	TAI Fase 1	TAI Fase 4	Cognição	Agência	Relac. social	Persona
TAI Fase 1	<b>1</b>	<b>0,79</b> <b>&lt; 0,001</b>	0,25 0,305	0,31 0,200	0,09 0,719	0,25 0,311
TAI Fase 4		<b>1</b>	0,34 0,160	0,28 0,250	0,01 0,983	0,22 0,366
Cognição			<b>1</b>	<b>0,81</b> <b>&lt; 0,001</b>	<b>0,64</b> <b>0,003</b>	<b>0,68</b> <b>0,002</b>
Agência				<b>1</b>	<b>0,72</b> <b>&lt; 0,001</b>	<b>0,76</b> <b>&lt; 0,001</b>
Relac. social					<b>1</b>	<b>0,63</b> <b>0,004</b>
Persona						<b>1</b>
<b>GRUPO CONTROLE</b>						
<b>Variáveis</b>	TAI Fase 1	TAI Fase 4	Cognição	Agência	Relac. social	Persona
TAI Fase 1	<b>1</b>	<b>0,67</b> <b>0,001</b>	0,13 0,581	0,00 0,997	0,04 0,856	-0,05 0,831
TAI Fase 4		<b>1</b>	0,24 0,315	0,23 0,319	0,39 0,093	0,16 0,504
Cognição			<b>1</b>	<b>0,79</b> <b>&lt; 0,001</b>	<b>0,61</b> <b>0,004</b>	0,37 0,110

Tabela 6 – Análise de correlação: entre os escores do TAI por fase e os 4 domínios da Escala de Neri por grupo de estudo (continuação)

Agência	1	<b>0,78</b> <b>&lt; 0,001</b>	<b>0,56</b> <b>0,011</b>
Relac. social		1	<b>0,59</b> <b>0,006</b>
Persona			1

Base de dados: 39 alunos (experimental: 19 alunos; controle: 20 alunos).

Legenda: 1ª linha:  $r$ : coeficiente de correlação de *Pearson*; 2ª linha:  $p$ : probabilidade de significância da análise de correlação de *Pearson*.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A *Tabela 6* demonstra ainda que existe correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), diretamente proporcional ( $r > 0$ ) e com grau de correlação variando de moderado a forte entre os escores dos 4 domínios da Escala de Neri obtidos pelos alunos avaliados considerando-se cada um dos grupos de estudo. A exceção ocorre para o grupo controle, pois, à relação entre os escores “Cognição” e “Persona” obtidos pelos alunos não foi estatisticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ).

Uma outra maneira de interpretar o grau de correlação entre duas variáveis é elevando o valor do *coeficiente de correlação* ao quadrado ( $r^2$ ). Essa medida é conhecida como “*coeficiente de determinação* ( $R^2$ )”, ela quantifica a precisão da qualidade da relação entre duas variáveis quantitativas. Desta forma, se elevássemos ao quadrado, por exemplo, um valor de *coeficiente de correlação* igual a 0,79 (TAI fase 1  $\times$  TAI fase 4 no grupo experimental) – ver *tabela 6* – teríamos um *coeficiente de determinação* igual a 0,624 (ou 62,4%). Assim, pode-se afirmar que 62,4% dos escores do TAI na fase 4 obtidos pelos alunos são explicados pelos escores do TAI obtidos pelos alunos na fase 1, o que representa, portanto, moderado a forte poder de explicação entre essas duas variáveis. O  $R^2$  refere-se ao tamanho de efeito da relação entre duas variáveis de interesse.



## 8 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs avaliar a atitude implícita e explícita (autorrelatada) dos estudantes de medicina em relação ao paciente idoso, bem como o efeito do uso do MES como método de treinamento de empatia, na atitude implícita destes estudantes.

Nossos resultados demonstram que os escores de atitude explícita dos estudantes de medicina com relação ao paciente idoso podem ser considerados positivos, enquanto os de atitude implícita (obtidos pelo TAI) mostram uma tendência discordante. Além disso, o uso do MES como estratégia de treinamento de empatia, utilizado em um único momento, não modificou a atitude implícita desses alunos em relação ao idoso.

Este trabalho utilizou uma ferramenta para avaliação da atitude implícita (TAI), diferente da maioria das escalas utilizadas para avaliação de construtos socioafetivos, que se baseiam em escalas de autorrelato (atitude explícita). Com isso, está menos sujeito a possibilidade de manipulação das respostas por parte dos participantes. Além disso, como não havia até o momento na literatura um instrumento com a finalidade de avaliar atitude implícita com relação ao idoso em português no formato lápis e papel, foi desenvolvido durante a realização deste trabalho um TAI com essa finalidade, que poderá ser utilizado em novos trabalhos subsequentes. Outro ponto que confere originalidade a este estudo, reside no fato de avaliar o impacto do uso de uma ferramenta facilitadora da reflexão empática, o MES, na atitude implícita de estudantes de medicina em relação à velhice.

Em relação às características do grupo de alunos participantes deste estudo, apesar ter sido uma amostra por conveniência composta por 39 alunos, o perfil sociodemográfico se assemelhou muito ao encontrado por Ferreira *et. al.* (2000); Fiorotti, Rossoni e Miranda (2009); Guariente, Guariente e Moraes (2017) em três estudos realizados para analisar o perfil sociodemográfico dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Espírito Santo e Universidade Estadual de Londrina respectivamente. A amostra selecionada foi composta por alunos solteiros e sem filhos, de idades similares e com a maioria cursando medicina como primeiro curso superior. Os grupos experimentais e controle selecionados por randomização foram homogêneos com relação a essas características, ao sexo dos alunos e média de idade.

Os dados desta pesquisa colocaram em evidência a tendência dos alunos em declarar atitudes positivas com relação ao idoso, quando avaliados pela Escala Neri. Essa observação é concordante com o que já foi observado por Neri e Jorge (2006), que demonstrou que alunos de cursos como medicina e enfermagem, que em geral são expostos a estudos de temas relacionados ao envelhecimento, apresentaram disposições afetivas (autorrelatadas) mais favoráveis com relação aos idosos, quando comparados a estudantes de cursos menos expostos a este tipo de conhecimento. Segundo esses autores uma das barreiras que contribui para o ageísmo é a falta de conhecimento e esclarecimento das pessoas sobre as características e potencialidades do envelhecimento.

Apesar de os estudantes demonstrarem esta tendência em declarar atitudes positivas em relação ao idoso, quando avaliada suas predisposições implícitas em relação à velhice, através do TAI lápis papel, os resultados apontam em um sentido contrário, uma vez que ficou constatado que os estudantes realizaram um maior número de associações quando o idoso se encontrava relacionado a aspectos negativos e o jovem aos positivos. Este achado não diferiu entre os grupos (experimental e controle), entre as fases do estudo e não foi modificado pela intervenção planejada, a reflexão empática através do MES.

Os dados evidenciaram ainda não haver, no presente estudo, correlação entre as respostas do TAI em qualquer uma das fases e a Escala de Neri, tanto para o escore geral como para cada um de seus domínios, sugerindo que as respostas dos estudantes ao instrumento de avaliação da atitude explícita não se relacionam às suas respostas ao instrumento de avaliação de atitudes implícitas.

Os dados deste estudo, corroboram a constatação que os processos explícitos e implícitos, apesar de coexistirem e se relacionarem, capturam elementos diferentes das experiências vividas. Enquanto as medidas explícitas avaliam as crenças, as implícitas avaliam as associações das estruturas (KLEISSNER; JAHN, 2020). Em geral, as atitudes explícitas são avaliadas por métodos diretos, como questionários e, as implícitas, necessitam de uma metodologia indireta, como os testes de associação implícita, que diminuem a influência dos processos cognitivos conscientes. Alguns autores sugerem que modelos mistos de avaliação de atitudes, que considerem os dois fatores, forneceriam melhores resultados no tratamento das informações explícitas e implícitas (KLEISSNER; JAHN, 2020).

A discordância entre as avaliações das atitudes explícitas e as implícitas já foram identificadas em outras áreas como as relacionadas ao preconceito de gênero, discriminação racial, problemas judiciais, nas relações de trabalho, em neuromarketing, nas áreas de saúde, dentre outras. (STAATS *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática realizada para avaliar estudos que investigaram atitudes implícitas em relação ao idoso nas profissões da saúde, mostrou que a atitude negativa em relação ao idoso está implicitamente presente nas profissões da saúde, bem como entre os estudantes de graduação destas áreas. Note que a maioria dos estudos foram realizados em países desenvolvidos, nenhum no Brasil, e que a associação implícita negativa em relação ao idoso era mais presente em indivíduos do sexo masculino. Diferente do presente estudo, nesta revisão sistemática, a totalidade dos trabalhos foram conduzidos com testes de associação implícita realizados pelo computador (MAXIMIANO-BARRETO; LUCHESI; CHAGAS, 2019).

Algumas possibilidades foram sugeridas para explicar este fenômeno com as profissões da saúde como, a dificuldade em lidar com situações de abandono, morte, dependência funcional, problemas de comunicação durante os atendimentos, presença de múltiplos problemas em um mesmo indivíduo, menor contato com o paciente geriátrico durante o período da graduação e mesmo a dificuldade em lidar com a possibilidade do próprio envelhecimento (MAXIMIANO-BARRETO; LUCHESI; CHAGAS, 2019).

Alguns estudos demonstraram que estratégias direcionadas para o aumento do conhecimento a respeito do envelhecimento, bem como experimentos que procuraram levar os participantes a refletirem os aspectos particulares do paciente idoso, promoveram redução das atitudes negativas em relação a este grupo etário (ALLAN; JOHNSON, 2008). No entanto, estudos demonstraram que a forma como ocorre a interação com o paciente idoso, em relação à qualidade deste encontro, é mais importante para a redução das atitudes negativas em relação à velhice do que, simplesmente, a frequência do contato, que pode até levar à persistência de atitudes negativas em relação ao idoso (SCHWARTZ; SIMMONS, 2010). Nesse sentido, é fundamental a organização de estratégias educacionais em cenários adequados para os alunos, aqueles em que os atributos positivos possam também ser trabalhado de forma adequada e realista.

O ageísmo entre estudantes de medicina representa um obstáculo para o desenvolvimento da habilidade de empatia necessária aos cuidados do idoso (AZCURRA, 2011). Frente a isso, este estudo procurou testar o efeito do uso de um instrumento de reflexão empática na atitude implícita em estudantes de medicina em relação à velhice. Semelhante ao encontrado por outros pesquisadores, que se utilizaram de outras estratégias, a reflexão empática com o MES em um único momento, não modificou a atitude implícita dos estudantes quando avaliada imediatamente após a reflexão. Resultado semelhante foi demonstrado por Azcurra (2011), que avaliou as mudanças nas atitudes explícitas e implícitas sobre o idoso em uma amostra de estudantes de psicologia, antes e após a realização de uma tarefa denominada "trabalho de observação do idoso". O procedimento consistia em colocar o aluno em contato com um idoso da comunidade e, sob orientação, aplicar alguns questionários e realizar atividades relacionadas ao entendimento dos aspectos epidemiológicos do idoso, história de vida, genograma, avaliação da marcha, avaliação neurocognitiva, saúde psicológica e física, grau de vulnerabilidade, relações sociais e familiares. As atividades foram desenvolvidas em 7 sessões semanais e tinham duração aproximada de 90 minutos cada. As atitudes explícitas e implícitas foram mensuradas uma semana, três meses, um ano e dois anos após o preenchimento. O autor encontrou após a tarefa desenvolvida, mudanças positivas no conhecimento e atitudes explícitas em relação aos idosos, mas as atitudes implícitas permaneceram negativas nas primeiras avaliações e só mudaram após um ano.

A ausência, no presente estudo, de modificações na atitude implícita negativa dos estudantes em relação ao idoso, pode estar relacionada ao fato dos estudantes terem tido a oportunidade de realizar apenas uma reflexão com o MES, além da avaliação da atitude implícita ter sido realizada imediatamente após a intervenção. Outro contribuinte para o resultado encontrado é o fato de os estudantes não terem recebido um *feedback* após a reflexão realizada, ou mesmo não terem sido convidados a comparar e discutir as reflexões realizadas. Uma vez que com esse desenho de estudo não tenhamos conseguido modificar a atitude implícita dos alunos com relação ao idoso, novos trabalhos com exposições repetidas, seguimento mais longo ou outras formas de sensibilização poderão trazer novas descobertas.

O fato de uma única exposição não proporcionar modificações nas medidas implícitas no presente estudo, não é de tudo surpreendente uma vez que as atitudes implícitas são geralmente automáticas e construídas num processo de aprendizagem social ao longo de toda vida e, portanto, para sua modificação é necessário que as estruturas conceituais adquiridas

previamente possam ser ressignificadas, dando espaço para o estabelecimento de novas associações (PERDUE; GURTMAN, 1990).

Importante recordar que o constructo da atitude é formado pelos componentes relacionados aos conhecimentos e crenças adquiridos sobre um determinado tema, suas relações afetivas oriundas destas experiências e a predisposição para ação ou o comportamento deliberado (BOER; PIJL; MINNAERT, 2010). Possivelmente, para a promoção de mudanças no tipo de atitude esperada, é necessário o desenvolvimento de estratégias instrucionais capazes de atuar nestes três componentes. Estes fatos são relevantes por demonstrar a necessidade de novos estudos que avaliem o melhor formato a ser utilizado para o treinamento das habilidades empáticas nas áreas de saúde, que possam contribuir para a redução do ageísmo.

No caso do uso do MES, é preciso encontrar em que modelo instrucional ele traria maiores contribuições, que tipo de experiência pode ser oferecida aos estudantes para este fim, e como fornecer o *feedback* sobre as reflexões apresentadas. Estudos anteriores com o uso do MES, demonstram que o instrumento estimula a reflexão empática dos estudantes, que demonstram reflexões de sentimentos ao se colocarem no lugar do paciente, mas ao tentarem identificar as necessidades do paciente e deliberarem por planos de ajuda, concentram-se, na maioria das vezes, nos aspectos biomédicos, sem considerar as questões afetivas e/ou sociofamiliares dos pacientes (SOUZA *et al.*, 2021).

Uma vez que o MES é capaz de mobilizar as questões afetivas da atividade instrucional, talvez seja necessário o fornecimento de conhecimento aos estudantes sobre os processos do envelhecimento e do próprio ageísmo, além de *feedback* sobre as reflexões apontadas no MES, com o objetivo de mobilizar atitudes comportamentais reais que busquem a valorização e reconhecimento das necessidades do paciente idoso.

Vale salientar que diversos instrumentos tem sido utilizados para avaliar habilidades relacionadas à relação médico-paciente, dentre elas a empatia. Hemmerdinger, Stoddart e Lilford (2007) relataram, após revisão sistemática da literatura, a existência de oito questionários com evidência de validade e confiabilidade utilizados para avaliação de empatia em estudantes de medicina e médicos. Desses oito, seis consistiam em escalas de autorrelato e dois eram baseados na observação do comportamento empático, por parte dos pacientes ou de um observador externo. Como já foi visto, escalas de autorrelato podem ter conclusões

limitadas pois depende do autoconhecimento e apresenta a possibilidade de viés de resposta, com o respondente tendendo a respostas positivas e socialmente aceitas.

As atitudes são disposições avaliativas de caráter afetivo com relação a um objeto, que muitas vezes estão em conflito com o comportamento real e mostram, na melhor das hipóteses, validade preditiva fraca (coeficientes de correlação raramente acima de 0,30) (MEISSNER *et al.*, 2019). As atitudes explícitas são expressadas pelo que é dito pelo avaliado, mas nem sempre o que é dito relaciona-se linearmente com o que é demonstrado. Com isso, apesar das atitudes influenciarem diretamente nossas ações, elas podem ser mascaradas para subverter um ato com intuito de assegurar o bem-estar de outra pessoa, muito embora o indivíduo possa continuar reafirmando suas avaliações positivas ou ideologicamente corretas – atitude explícita (PAVARINI; NERI, 2000).

Importante salientar algumas limitações do presente estudo. Apesar de atraente a ideia da possibilidade da avaliação de medidas implícitas ser capaz de prever comportamentos, a literatura tem demonstrado que os instrumentos utilizados para este fim apresentaram algumas limitações. Primeiro não é possível assegurar se as respostas obtidas realmente ocorrem com total automaticidade e isentas de consciência. Além disto, não é possível relacionar o quanto uma resposta implícita se relacionará a um comportamento, uma vez que este, se relaciona a outros componentes não identificados pelas medidas implícitas, como a motivação. Nem sempre as pessoas gostam do que querem ou vice-versa, e o “querer” é, em geral, mais importante para a mobilização de ações. Por isso, pesquisadores tem estudado o desenvolvimento de medidas de avaliação implícita do “querer” e do “desejo”. Outra limitação das medidas implícitas, repousa no fato de que o comportamento é contexto-dependente, difícil de ser avaliado em ambientes plenamente controlados (MEISSNER *et al.*, 2019). Apesar do TAI lápis e papel, apresentar algumas vantagens com relação ao computadorizado, pela maior facilidade de aplicação, ele é mais vulnerável às diferenças individuais na velocidade de resposta (LEMM *et al.*, 2008).

Importante ainda salientar, que o vídeo utilizado para estimular a reflexão do MES, era sobre uma paciente idosa, que se encontrava internada devido a infecção por COVID-19, mas que apresentava boa evolução clínica, relatava muita satisfação com o tratamento recebido e já estava com sua alta hospitalar programada para o dia seguinte. Talvez o vídeo não tenha sido capaz de promover reflexões a respeito de questões relevantes ao paciente geriátrico como os

os aspectos biomédicos, emocionais e sociofamiliares, que se constituem em importantes perspectivas a serem consideradas neste contexto (SOUZA *et al.*, 2021).

Além destas limitações, temos ainda que considerar que o estudo foi aplicado em uma pequena amostra de estudantes, em um único período do curso de uma única escola e seus resultados não podem ser generalizados a todas escolas e/ou estudantes de medicina.

No entanto o estudo traz importantes contribuições ao campo de estudos para o desenvolvimento das habilidades socioafetivas em educação em saúde. Apresenta uma ferramenta para avaliação das respostas implícitas em relação ao idoso em um formato lápis papel, que apesar de suas limitações, pode ser utilizado com mais facilidade em estudos futuros que procurem avaliar e identificar metodologias de ensino, que promovam a redução da ageísmo entre os estudantes de medicina e profissionais da saúde. Confirma o que estudos anteriores já identificaram, a baixa correlação existente entre os questionários de autorrelatos (medidas explícitas) e as medidas implícitas. Delineia caminhos para o entendimento da complexidade envolvida no ensino das habilidades socioafetivas, e chama a atenção da necessidade de estudos que, além de avaliar dados obtidos por questionários, avancem na discussão de desenhos metodológicos que investiguem os fatores relacionados à motivação e ao “querer” dos estudantes e profissionais da saúde, de modo a mobilizá-los para o que realmente importa na atenção à saúde dos indivíduos: um comportamento ético, afetivo e centrado na pessoa.

## 9 CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a atitude explícita dos estudantes, obtidas pela Escala de Neri, no geral, se apresenta positiva, no entanto quando comparado às suas predisposições implícitas os resultados apresentam sentido contrário, com uma tendência de os estudantes associarem o idoso aos aspectos negativos. Verificou-se ainda, não haver correlação entre os dados da escala de autorrelato às medidas implícitas, informações concordantes com a literatura científica.

A reflexão empática com o MES no presente estudo, realizada em um único momento e avaliada imediatamente após a intervenção, não demonstrou mudanças nas medidas implícitas dos estudantes de medicina. Essa observação, demonstra a dificuldade em modificar as associações implícitas provavelmente adquiridas ao longo da vida.

O estudo apresenta considerações a respeito dos fatores relacionados ao desenvolvimento de habilidades socioafetivas em estudantes de medicina, bem como delineia sugestões de caminhos para o planejamento de estudos que procurem investigar estratégias instrucionais capazes de influenciar positivamente as relações socioafetivas de estudantes e profissionais da saúde, que possam contribuir para a redução do ageísmo.



## 10 APLICABILIDADE DO PROJETO E PRODUTO FINAL

Este trabalho conta com o desenvolvimento de um questionário em português na forma de lápis e papel para avaliação de atitude implícita com relação ao paciente idoso entre os estudantes de medicina, o TAI. Este instrumento poderá ser utilizado em trabalhos futuros com finalidades similares.

Além disso, após demonstrar a discordância entre as atitudes implícitas e explícitas com relação ao idoso por parte dos estudantes de medicina, ele questiona se a avaliação de empatia por meio de escalas de autorrelato é confiável, uma vez que não está livre da manipulação dos dados pelos respondentes.

Por fim, o projeto proposto apresenta grande potencial em analisar novas formas de aprimoramento da relação médico-paciente durante a formação nas escolas médicas, uma vez que a empatia influencia positivamente esta relação. Avaliar formas já desenvolvidas de treinamento de empatia e os possíveis desfechos relacionados a elas é um importante passo.

## REFERÊNCIAS

- ALLAN, L. J.; JOHNSON, J. A. Undergraduate Attitudes Toward the Elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. **Educational Gerontology**, London, v. 35, n. 1, p. 1-14, 2008.
- AZCURRA, D. S. El trabajo de observación del adulto mayor. Una herramienta pedagógica para modificar actitudes ageístas en estudiantes de psicología. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, Baja Califórnia, v. 13, n. 1, p. 71-85, 2011.
- BASÍLIO, N.; VITORINO A. S. V.; NUNES, J. M. Caracterização da empatia em internos de medicina geral e familiar. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 33, n. 3, p. 171-175, 2017.
- BASSILI, J. N.; BROWN, R. Implicit and explicit attitudes: research, challenges and theory. In ALBARRACIN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA. M. P. **The handbook of attitudes**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. p. 543-574.
- BATT-RAWDEN, S. A. *et al.* Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. **Academic Medicine**, [S. I.], v. 88, n. 8, p. 1171-1177, 2013.
- BOER, A.; PIJL, S. J.; MINNAERT, A. Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: review of the literature. **International Journal of Inclusive Education**, [S. I.], v. 15, n. 3, p. 331-353, 2010.
- CACHIONI, M. **Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade**. Campinas, SP: Átomo Alínea, 2002.
- CHEN, D.; *et al.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of General Internal Medicine**, [S. I.], v. 22, n. 10, p. 1434-1438, 2007.
- DI PELLEGRINO, G. *et al.* Understanding motor events: a neurophysiological study. **Experimental Brain Research**, [S. I.], v. 91, n. 1, p. 176-180, 1992.
- EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College, 1993.
- ERES, R.; MOLENBERGHS, P. The influence of group membership on the neural correlates involved in empathy. **Frontiers in Human Neuroscience**, [S. I.], v. 7, n. 176, p. 1-6, 2013.
- FERREIRA, R. A. *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.
- FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 355-362, 2010.

- GREENWALD, A. G.; MCGHEE, D. E.; SCHWARTZ, J. K. L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S. I.] v. 74, n. 6, p. 1464-1480, 1998.
- GUARIENTE, S. M. M.; GUARIENTE, M. H. D. M.; MORAES, A. Perfil sociodemográfico e educacional do estudante ingressante no curso de graduação em medicina de 2004 a 2013: análise documental. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2020.
- HAN, J. L.; PAPPAS, T. N. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. **Journal of surgical Education**, [S. I.], v. 75, n. 1, p. 88-94, 2018.
- HEMMERDINGER, J. M.; STODDART, S. D. R.; LILFORD, R. J. A systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC Medical Education**, [S. I.], v. 25, p. 7-24, 2007.
- KLEISSNER, V.; JAHN, G. Implicit and explicit measurement of work-related age attitudes and age stereotypes. **Frontiers in Psychology**, [S. I.], v. 11, p. 1-16, 2020.
- KROSNICK, J. A.; JUDD, C. M.; WITTENBRINK, B. The measurement of attitudes. *In* ALBARRACIN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. **The handbook of attitudes**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. p. 21-76.
- LEMM, K. M. *et al.* Assessing implicit attitudes with a paper-format Implicit Association Test. *In* MORRISON, T. G.; MORRISON M. A. **The psychology of modern prejudice**. Hauppauge, NY: New Science Publishers, 2008. p. 123-146.
- MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; LUCHESI, B. M.; CHAGAS, M. H. N. Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review. **Trends In Psychiatry and Psychotherapy**, [S. I.], v. 41, n. 4, p. 415-421, 2019.
- MEISSNER, F. *et al.* Predicting behavior with implicit measures: disillusioning findings, reasonable explanations, and sophisticated solutions. **Frontiers in Psychology**, [S. I.], v. 10, p. 1-16, 2019.
- MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. **British Journal of General Practice**, [S. I.], v. 52(suppl), p. 9-12, 2002.
- MORI, K.; UCHIDA, A.; IMADA, R. A paper-format group performance test for measuring the implicit association of target concepts. **Behavior Research Methods**, [S. I.], v. 40, n. 2, p. 546-555, 2008.
- NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens**: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 1991.
- NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. **Gerontologia**, v.5, n.3, p.130-139, 1997.
- NERI, A. L. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje? *In.*: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. (org).

**Velhice bem sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos.** Campinas, SP: Papirus, 2004. p. 6-23.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. C. Atitudes em relação a velhice. *In.*: FREITAS, E. V. *et al.* (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. p. 972-980.

NERI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 127-137, 2006.

NEUMANN, M.; *et al.* Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. **Academic Medicine**, [S. I.], v. 86, n. 8, p. 996-1009, 2011.

PASCHOAL, T.; TAMAYO A. Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 11-22, 2008.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. *In.*: D'ELBOUX-DIOGO, M.J.; DUARTE, M.A.O. (org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49-70.

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**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.

PERDUE, C. W.; GURTMAN, M. B. Evidence for the automaticity of ageism. **Journal of Experimental Social Psychology**, [S. I.], v. 26, p. 199-216, 1990.

RIZZOLATTI, G.; CRAIGHERO, L. The mirror-neuron system. **Annual Review of Neuroscience**, v. 27, p. 169-192, 2004.

STAATS, C. *et al.* **Implicit bias review.** Columbus, OH: The Ohio State University, 2017.

SCHAIK, K. W. Ageist language in psychological research. **American Psychologist**, [S. I.], v. 48, p. 49-51, 1993.

SEISDEDOS, N. The "IM" (impression management) Scale. **European Review of Applied Psychology**, [S. I.], v. 46, n. 1, p. 45-54, 1996.

SCHWARTZ L. K.; SIMMONS J. P. Contact quality and attitudes toward the elderly. **Educational Gerontology**, [S. I.], v. 27, p. 127-137, 2001.

SOON, C. S. *et al.* Unconscious determinants of free decisions in the human brain. **Nature Neuroscience**, [S. I.], v. 11, n. 5, p. 543-545, 2008.

SOUZA, 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**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1-9, 2021.

WHITFORD, D. K.; EMERSON, A. M.; Empathy Intervention to Reduce Implicit Bias in Pre-Service Teachers. **Psychological Reports**, [S. I.], v. 0, n. 0, p. 1-19, 2018.

WITTENBRINK, B.; SCHWARZ, N. S. **Implicit measures of attitudes**. New York, NY: Guilford Press, 2007.

## APÊNDICES

### Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- **DADOS DA PESQUISA**

TÍTULO DA PESQUISA: O impacto do uso do Mapa da Empatia em Saúde e atitude implícita em relação ao paciente idoso.

PESQUISADOR: Tauana de Sousa Tironi.

ENDEREÇO: Avenida Leite de Castro, 1101 – Fábricas. São João del Rei-MG.

TELEFONE DE CONTATO:(32) 3379 2725.

E-MAIL: tauana.tironi@gmail.com

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, o(a) senhor(a) 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(a) 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. Elaborado em duas vias, uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável. 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 de ambas as vias do TCLE e sua assinatura ao seu término, assim como do pesquisador responsável.

- **Informações da pesquisa**

- **Justificativa:** O uso de um instrumento de treinamento de empatia e sua relação com a atitude dos estudantes de medicina frente a pacientes idosos é desconhecido na literatura médica. Portanto, o trabalho proposto pode preencher essa lacuna de conhecimento educacional.
- **Objetivos:** Avaliar o efeito do uso de Mapa da Empatia em Saúde como método de treinamento da empatia na atitude implícita dos estudantes de medicina em relação a pacientes idosos.
- **Metodologia:** Estudo quantitativo experimental randomizado composto por quatro fases. A primeira fase é constituída pela assinatura do TCLE, aplicação do questionário sociodemográfico, avaliação da atitude implícita e explícita do aluno em relação ao paciente idoso por meio do teste de associação implícita (TAI) e escala de autorrelato. O tempo estimado para a aplicação desses instrumentos é de cerca de 20 a 30 minutos. Na segunda fase, 2 semanas após a primeira fase, todos os participantes serão expostos a um vídeo, de cerca de 10 minutos, de um atendimento a um paciente idoso. Na terceira fase, no mesmo momento, 50% da amostra randomizada (grupo experimental) deverá refletir sobre os aspectos observados no vídeo que acabaram de assistir orientados pelo Mapa de Empatia em Saúde, enquanto os outros 50% da amostra (grupo controle) deverá refletir livremente sobre os aspectos observados no vídeo que acabaram de assistir, descrevendo os fatos observados. Ao final, na quarta fase, todos os grupos passarão por uma reavaliação da atitude implícita em relação ao paciente idoso por meio do TAI. O tempo estimado para realização das 3 últimas fases é de cerca de 20 a 30 minutos. A opção por essa abordagem surge do interesse em comparar o grupo que utilizou o Mapa da Empatia em Saúde após um vídeo de atendimento a um paciente idoso (grupo experimental), com o grupo exposto à descrição livre do mesmo vídeo (controle). Ela também permite contrastar a atitude do aluno antes e depois do treinamento de empatia. À partir dessa comparação, o Mapa da Empatia em Saúde seria avaliado como estratégia de treinamento de empatia nas escolas de medicina.
- **Riscos e Desconfortos:** Os participantes do estudo serão expostos a riscos referentes ao cansaço na realização dos questionários e instrumentos. Para minimizar este risco, a duração da primeira fase do estudo, é planejada em quinze minutos. A segunda fase, que ocorrerá após 2 semanas, tem duração estimada de 20 minutos. Em qualquer fase do estudo é permitido ao aluno

desistir da participação, caso assim deseje. Sua identidade será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos. Apesar de todo o rigor dos pesquisadores, em função das limitações das tecnologias utilizadas há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Neste momento de pandemia da COVID-19, visando não expor os participantes ao risco de aglomerações, o estudo será aplicado a grupos menores em grandes auditórios respeitando o distanciamento e seguindo os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde. O participante tem direito ao ressarcimento de qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa, que correrá por conta do orçamento da pesquisa. O participante receberá indenização no caso de ocorrência de eventuais danos decorrentes da pesquisa, cujos riscos foram descritos acima.

- **Benefícios:** O projeto poderá beneficiar a sociedade através da estruturação de novas técnicas de desenvolvimento de empatia nos profissionais de saúde a serem trabalhadas no currículo desses profissionais, o que, conforme discutido, influencia diretamente no desfecho clínico dos pacientes. O aluno terá benefício direto ao ser exposto à uma ferramenta de treinamento de empatia, além da oportunidade de experiência inicial com pesquisa científica. O momento de coleta de dados poderá proporcionar trocas de experiências e esclarecimentos que poderão ser úteis para a docência. Será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados através do uso de códigos numéricos durante a fase de análise. O participante tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, bem como direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando.
- **Privacidade e Confidencialidade:** Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum aluno sob qualquer circunstância. Sua identidade será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Solicitamos sua autorização para que os resultados 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 o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, seu médico continuará a tratá-lo(a) sem qualquer prejuízo ao tratamento ou represália.

- **Garantia de Ressarcimento**

O(A) senhor(a) não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. O(A) senhor(a) tem direito ao ressarcimento de qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa, que correrá por conta do orçamento da pesquisa.

- **Garantia de indenização**

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

- **Garantia de manutenção do sigilo e privacidade:**

Os dados obtidos serão analisados em conjunto, não sendo divulgado a identificação de nenhum aluno sob qualquer circunstância. A identidade de cada participante será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

- **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:**

Telefone: (32) 33717902

Endereço: Rua Maria Tereza, 161 (sala 07) – Centro.

São João del Rei-MG

E-mail: tauana.tironi@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 (CEP) - UNIPTAN:**

Avenida Leite de Castro, 1101, Fábricas, São João del Rei – MG

Telefone: (32) 3279-2725

E-mail: cep@uniptan.edu.br

Segunda à sexta-feira das 14:00h às 18:00h

- **Comitê de Ética (CEP) - 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 dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

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

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SEXO: • ( ) M • ( ) F ( ) • ND

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

- **Declaração do pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

São João del Rei, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Voluntário**

---

**Pesquisador**

**Apêndice 2.** Questionário sociodemográfico.

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

3. A medicina foi seu primeiro curso: ( ) sim ( ) não

4. Qual curso iniciou anteriormente? \_\_\_\_\_

5. Estado Civil:

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável

( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo

6. Filhos: ( ) sim ( ) não

7. Número: \_\_\_\_\_

8. Mora sozinho: ( ) sim ( ) não

9. Número de pessoas na mesma casa: \_\_\_\_\_

10. Cor/etnia:

( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

11. Renda familiar:

( ) Menor que 1 salário-mínimo ( ) De 1 a 2 salários-mínimos

( ) De 2 a 5 salários-mínimos ( ) De 5 a 10 salários-mínimos

( ) Maior que 10 salários-mínimos ( ) Desconhece

12. Tem trabalho remunerado: ( ) sim ( ) não

## ANEXOS

## Anexo 1. Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice

## O IDOSO É:

1.	SÁBIO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	TOLO
2.	CONSTRUTIVO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESTRUTIVO
3.	BEM-HUMORADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	MAL-HUMORADO
4.	ACEITO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	REJEITADO
5.	CONFIANTE	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESCONFIADO
6.	ENTUSIASMADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DEPRIMIDO
7.	INTEGRADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	ISOLADO
8.	ATUALIZADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	ULTRAPASSADO
9.	VALORIZADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESVALORIZADO
10.	AGRADÁVEL	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESAGRADÁVEL
11.	SAUDÁVEL	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DOENTIO
12.	CORDIAL	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	HOSTIL
13.	ATIVO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	PASSIVO
14.	SOCIÁVEL	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	INTROVERTIDO
15.	INTERESSADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESINTERESSADO
16.	ESPERANÇOSO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DESESPERADO
17.	GENEROSO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	MESQUINHO
18.	INDEPENDENTE	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DEPENDENTE
19.	PRODUTIVO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	IMPRODUTIVO
20.	PROGRESSISTA	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	RETRÓGRADO
21.	CLARO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	CONFUSO
22.	CONDESCENDENTE	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	CRÍTICO
23.	PRECISO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	IMPRECISO
24.	SEGURO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	INSEGURO
25.	CONCENTRADO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	DISTRAÍDO
26.	RÁPIDO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	LENTO
27.	FLEXÍVEL	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	RÍGIDO
28.	CRIATIVO	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	CONVENCIONAL
29.	PERSISTENTE	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	INCONSTANTE
30.	ALERTA	( ) 1	( ) 2	( ) 3	( ) 4	( ) 5	EMBOTADO

**Anexo 2.** TAI lápis e papel em relação ao paciente idoso.

**Bloco 1:** Discriminação: ATITUDES POSITIVAS X ATITUDES NEGATIVAS

ATITUDE POSITIVA	ATITUDE NEGATIVA	ATITUDE POSITIVA	ATITUDE NEGATIVA
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	EMPOLGADO
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	DISPOSTO
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	IMPACIENTE
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	ANIMADO
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	IRRITADO
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	TRANQUILO
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	NERVOSO
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	FELIZ
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	FRUSTRADO
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	IMPACIENTE
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	ANIMADO
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	FELIZ
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	FRUSTRADO
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	TRANQUILO
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	EMPOLGADO
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	IRRITADO
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	DISPOSTO
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	NERVOSO

**Bloco 2:** Discriminação: JOVEM X IDOSO

JOVEM		IDOSO	JOVEM		IDOSO
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>

**Bloco 3:** Treino da tarefa discriminatória: JOVEM/POSITIVO X IDOSO/NEGATIVO

JOVEM		IDOSO	JOVEM		IDOSO
AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA	AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>



**Bloco 4:** Tarefa discriminatória: JOVEM/POSITIVO X IDOSO/NEGATIVO

JOVEM		IDOSO	JOVEM		IDOSO
AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA	AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>

**Bloco 5:** Discriminação invertida: IDOSO X JOVEM

IDOSO		JOVEM	IDOSO		JOVEM
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>

**Bloco 6:** Treino da tarefa discriminatória invertida: IDOSO/POSITIVO X JOVEM/NEGATIVO

IDOSO		JOVEM	IDOSO		JOVEM
AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA	AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>

**Bloco 7:** Tarefa discriminatória invertida: IDOSO/POSITIVO X JOVEM/NEGATIVO

IDOSO		JOVEM	IDOSO		JOVEM
AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA	AT. POSITIVA		AT. NEGATIVA
<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IMPACIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VIDEOGAME	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GRISALHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NERVOSO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BENGALA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FRUSTRADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ACADEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVENTURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DEPRIMIDO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	TRANQUILO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FELIZ	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DENTADURA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GÍRIA	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	RUGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EMPOLGADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	ANIMADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IRRITADO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	CONECTIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	DISPOSTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	APOSENTADORIA	<input type="radio"/>

### Anexo 3. Mapa da Empatia em Saúde.

## Mapa da Empatia em Saúde

Estudante:

Período:

Pessoa atendida (iniciais):

Idade:

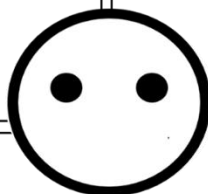
Gênero:

Data: \_\_/\_\_/\_\_

**Instruções:** Após realizar o atendimento, preencha o Mapa da Empatia em Saúde na ordem numérica apresentada. Registre suas impressões e sentimentos a respeito da situação atual desta pessoa.

**1. O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?** [Tomada de Perspectiva]

**2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?** [Tomada de Perspectiva]



**3. Como me sinto conhecendo a história desta pessoa?** [Compartilhamento emocional]

**4. Como posso ajudar esta pessoa?** [Preocupação empática]

Ao final do preenchimento, complete o desenho do “rosto” ao centro, de modo a demonstrar a imagem que melhor expresse os sentimentos predominantes dessa pessoa (veja exemplos abaixo). Fique à vontade para citar outros sentimentos:



Alegria



Tristeza



Medo



Surpresa



Raiva



Indiferença