



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Isabela Ribeiro Simões de Castro

**Empatia de médicos avaliada por meio da *Jefferson Scale of Empathy* (JSE)
- *Physician* como marcador do cuidado centrado no paciente**

Rio de Janeiro

2019

Isabela Ribeiro Simões de Castro

**Empatia de médicos avaliada por meio da *Jefferson Scale of Empathy (JSE) - Physician*
como marcador do cuidado centrado no paciente**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor , ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna

Coorientador: Prof. Dr. Josué Laguardia

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C355 Castro, Isabela Ribeiro Simões de
Empatia de médicos avaliada por meio da *Jefferson Scale of Empathy (JSE) - Physician* como marcador do cuidado centrado no paciente / Isabela Ribeiro Simões de Castro – 2019.
109 f.

Orientador: Cid Manso de Mello Vianna
Coorientador: Josué Laguardia

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Empatia – Teses. 2. Assistência centrada no paciente – Tendências – Teses. 3. Medicina hospitalar – Teses. 4. Assistência integral à saúde – Teses. 5. Comparação transcultural – Teses. 6. Traduções – Teses. 7. Estudos de validação como assunto. I. Vianna, Cid Manso. II. Laguardia, Josué. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616-052:311.21

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Isabela Ribeiro Simões de Castro

Empatia de médicos avaliada por meio da *Jefferson Scale of Empathy (JSE) - Physician* como marcador do cuidado centrado no paciente

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2019.

Orientador : _____

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientador: _____

Prof. Dr. Josué Laguardia
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Anna Alice Amorim Mendes
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Cláudia Tartaglia Reis
Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Franklin de Miranda
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

São inúmeros os agradecimentos devidos para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador Cid Manso de Mello Vianna, pelo acolhimento, pelo apoio incondicional, pela confiança, por tantas orientações, pelo trabalho conjunto.

Ao meu segundo orientador, Josué Laguardia, pela generosidade com o conhecimento e carinho, pelo suporte necessário à realização desta pesquisa.

Aos professores do IMS, assim como colegas da pós-graduação, equipe administrativa, onde tanto aprendi e me diverti neste período. Certamente saio muito diferente do que entrei graças a vocês, com muitos caminhos novos abertos na minha vida.

Ao time de especialistas e tradutores, pelo tempo despendido e toda a atenção na colaboração inestimável: Carla Simone Duarte de Gouvêa, Suely Grosseman, Elaine da Hora dos Santos, Ronaldo Franklin Miranda, Luciana Santos de Carvalho, Daniela Khalil Ghazi, Felipe Alves dos Santos Lopes.

A Eliane Werneck, pelo que me ensinou e continua ensinando ao longo de décadas de trabalho conjunto, inclusive nas dificuldades que tive na formatação deste.

Ao INTO, representado por seus profissionais, casa que vem me acolhendo e provocando crescimento ao longo de minha caminhada profissional, inclusive no tema escolhido para esta investigação. A todos que tão gentilmente responderam esta pesquisa, minha gratidão.

Além dos já citados, os queridos e excepcionais profissionais com quem compartilho meu dia a dia na área da qualidade: Bárbara Ventura Fontes, Celia Maria de Andrade Bruno, Ivanise Arouche, Luiz Alberto Costa de Oliveira, Priscila Peter Bordini, Sandra Regina Ferreira Vasconcelos, Terezinha Maria das Graças Freitas e, no início do trabalho, Alexandre de Jesus Rodrigues. E a toda a equipe da Gerência de Risco, nossos pares na instituição, representados pela pessoa da querida Lucia de Fátima Neves da Silva.

Ainda da mesma instituição, agradeço à equipe da Divisão de Ensino e Pesquisa, que muitas vezes me socorreu em dúvidas diversas, em especial João Antonio Matheus Guimarães e Marisa Peter Silva. À revisão pela Comissão de Metodologia Científica e Comitê de Ética em Pesquisa.

Aos queridos médicos, pelos exemplos de profissionalismo e estímulo durante toda minha carreira, inclusive durante este trabalho, entre os participantes do pré-teste: Affonso Henrique Zugliani, Ana Lucia de Sousa Vilela, Cátia Salgado, Marcia Maria Borges Hage

Karam, Mauricio Diuana Saud, Monica Teixeira de Novais, Rogério dos Reis Visconti, Salo Bucksman.

À toda a equipe da terapia intensiva do Hospital do Câncer II do Instituto Nacional do Câncer, por todo tipo de apoio recebido para a realização deste trabalho. A Karla Biancha e Renata Marchon pelas inúmeras conversas sobre pesquisa, como representantes das equipes de enfermagem e de fisioterapia. Necessário é, ainda, destacar cada um dos médicos que a cada dia me dão exemplos da importância da relação médico-paciente: Bruno Azevedo da Cruz, Carlos Eduardo Santos, Marcelo Bandeira, Monica Freire, Raphael Mandarino, Rodrigo Hatum, Victor Martins.

À minha amada e muito presente família, por tanta torcida em tudo na vida, momentos maravilhosos, suporte em momentos tristes, companheirismo, exemplos, tanto do que sou. Gente que está por aqui e que já foi, horas e horas de amor. Inclui, além dos ancestrais em geral, queridos bisavó (Bibia – in memoriam - IM), avôs (Ivan e Ondina, Armando e Beatriz - IM), tios (Nina, Mario, Papi - IM, Ivan, Pingo, Zé Virgílio - IM, Carmen, Myrian e Tony - IM, Helena - IM, Lourdes e Newton, Jaci), tios-avôs (Alfredinho, Alcy - IM, Teco - IM, Paulo e Nazareth - IM, Lygia), primos de diversos graus (Monca, Du, Inho, Glaucio e Newton, Claudinha e Nona, Beazinha, Malu, Eneida e Dener, Mani – IM, Vinicius, Verônica); um agradecimento ainda mais especial a meus pais Celinha (in memoriam, faz tanta falta) e Armando (que enorme paciência teve ao discutir idéias deste trabalho, ajudar na tradução), minhas irmãs Vanessa, Liliana, Beatriz e Amanda paixões da minha vida, e à geração mais nova que tanto me ensina, meus sobrinhos Helena e Artur, meu sobrinho-neto Rafael. A meu marido Augusto, por tanta paciência e força na realização desta empreitada; diversão, suporte, companheiro querido. E ao Léo, bênção de filho, pela maior felicidade que já tive desde que apareceu na minha vida e seu apoio em tudo que sonho desde tão pequenino. Com vocês por perto a vida é muito boa. E a Deus por propiciar tanta coisa!

RESUMO

CASTRO, Isabela Ribeiro Simões de. **Empatia de médicos avaliada por meio da *Jefferson Scale of Empathy (JSE) - Physician* como marcador do cuidado centrado no paciente.** 2019. 109 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A empatia é considerada um pilar do cuidado centrado na pessoa, de qualidade e seguro, que permite a consolidação de parcerias e melhores desfechos. O objetivo deste estudo foi a adaptação transcultural da *Jefferson Scale of Empathy – Physician - JSE* (versão para médicos) para a língua portuguesa e o contexto brasileiro. É o instrumento mais pesquisado e utilizado no mundo, com validações em outras culturas, no qual a empatia é um atributo predominantemente cognitivo e divide-se em três dimensões: assumir perspectivas diferentes; cuidado com compaixão e vivenciar o lugar do paciente (calçar os sapatos do paciente). Foram realizadas as etapas de equivalências conceitual, semântica (tradução, retradução, equivalência entre retraduições e o instrumento, revisão pelo grupo de especialistas), pré-teste (20 entrevistados), operacional e de mensuração - Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Confirmatória (AFC) e, conseqüentemente, a funcional. A JSE foi aplicada de outubro de 2017 a março de 2018 no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), hospital com longo caminho voltado à qualidade. Responderam 101 médicos, 75% do sexo masculino, com idades entre 24 a 66 anos (média: 39,3). Os valores dos escores variaram de 75 a 140, com média de 117,8 (Desvio padrão - DP:13,5); escores médios dos itens variaram de 6,7 (DP:0,77) a 4,3 (DP:1,82). A estimativa de confiabilidade da escala (Alpha de Cronbach) foi 0,794 (também foram satisfatórios os Alfa de Cronbach padronizado, Alpha ordinal, Theta de Armor e Theta ordinal). Para validade do construto, foi realizada AFE com três dimensões, com rotação ortogonal varimax, oito itens carregaram na primeira dimensão; quatro na segunda e três na terceira. Três itens (1, 8 e 19) apresentaram cargas fatoriais com valores próximos ($<0,2$) nos fatores 2 e 3, e o item 2 carregou nos fatores 1 e 3. Três fatores com eigenvalues $\geq 1,5$ foram extraídos com ACP, que explicam 41,4% da variância total. A análise de Kaiser-Meyer-Olkin apresentou um índice de 0,67, o teste de esfericidade de Bartlett mostrou um valor igual a 1027,04 ($p < 0,01$), o teste Steiger igual a 1879,70 ($p < 0,01$) e o teste de Jennrich igual a 276,70 ($p < 0,01$), que indicam a adequação dos dados para a análise fatorial. As subescalas cuidado com compaixão e assumir perspectivas estavam fortemente correlacionadas ($r: 0,627$), bem como as escalas vivenciar o lugar do paciente e cuidado com compaixão ($r: 0,494$). Na análise fatorial confirmatória, o modelo com 20 variáveis dependentes e 3 variáveis latentes apresentou bons índices de ajuste: RMSEA = 0,050 (IC 90%: 0,023-0,070), CFI = 0,952, TLI = 0,945 e SRMR = 0,071. Em nenhum dos estudos que validaram a escala, com variações metodológicas, a mesma se comportou exatamente como no trabalho original. O peso do fator cultural entre os diversos povos ainda não está bem esclarecido. Este é o primeiro estudo brasileiro de validação da JSE (médicos), possui diversas limitações, com clara correlação com o construto. São necessários mais estudos com a mesma, para permitir sua utilização de forma sistemática no nosso meio e elaborar planos de melhorias em prol do cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Empatia. Assistência Centrada no Paciente. Medicina Hospitalar. Assistência integral à saúde. Comparação Transcultural. Traduções. Estudos de Validação.

ABSTRACT

CASTRO, Isabela Ribeiro Simões de. **Physician empathy evaluated by the Jefferson Scale of Empathy (JSE) - Physician as a marker of patient-centered care.** 2019. Tese. 109 f. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Empathy is considered a pillar of quality, safe, person-centered care, allowing partnerships, leading to better outcomes. The objective of this study was the cross-cultural adaptation of the *Jefferson Scale of Empathy - Physician* - JSE (version for physicians) to the Portuguese language and the Brazilian context. It is the most researched and used instrument in the world, with validations in other cultures, in which empathy is a predominantly cognitive attribute and is divided into three dimensions: assume different perspectives; care with compassion and experience the patient's place (put on the patient's shoes). The pre-test (20 interviewed), operational and measuring equivalents - Exploratory Factor Analysis (AFE) and Confirmatory (Analysis, Retranslation, Equivalence between retranslations and the instrument, review by the group of experts) were performed. AFC) and, consequently, functional. The JSE was applied from October 2017 to March 2018 at the National Institute of Traumatology and Orthopedics Jamil Haddad (INTO), a hospital with a long road to quality. A total of 101 doctors were male (75%) aged 24 to 66 years (mean: 39.3). The values of the scores ranged from 75 to 140, with a mean of 117.8 (Standard deviation - SD: 13.5); mean scores of items ranged from 6.7 (SD: 0.77) to 4.3 (SD: 1.82). The reliability estimate of the scale (Cronbach's Alpha) was 0.794 (the standard Cronbach's alpha, Alpha ordinal, Armor's Theta and Theta ordinal were also satisfactory). For the validity of the construct, three-dimensional AFE was performed, with orthogonal varimax rotation, eight items loaded in the first dimension; four in the second and three in the third. Three items (1, 8 and 19) presented factorial loads with close values (<0.2) in factors 2 and 3, and item 2 loaded on factors 1 and 3. Three factors with eigenvalues ≥ 1.5 were extracted with ACP, which explain 41.4% of the total variance. The Kaiser-Meyer-Olkin analysis presented an index of 0.67, the Bartlett sphericity test showed a value equal to 1027.04 ($p < 0.01$), the Steiger test equal to 1879.70 ($p < 0.01$), and the Jennrich test was 276.70 ($p < 0.01$), which indicates the adequacy of the data for the factorial analysis. The compassionate and compassionate subscales were strongly correlated ($r: 0.627$), as well as the scales experiencing the patient's place and compassionate care ($r: .494$). In the confirmatory factor analysis, the model with 20 dependent variables and 3 latent variables had good adjustment indexes: RMSEA = 0.050 (IC 90%: 0.023-0.070), CFI = 0.952, TLI = 0.945 and SRMR = 0.071. In none of the studies that validated the scale, with methodological variations, it behaved exactly as in the original work. The weight of the cultural factor among the various peoples is still not clear. This is the first Brazilian validation study of JSE (physicians), and it has several limitations, but a clear correlation with the construct. Further studies are needed to enable it to be used systematically in our setting and to develop improvement plans for person-centered care.

Keywords: Empathy. Patient-Centered Care. Hospital Medicine. Comprehensive Health Care. Cross-Cultural Comparison. Translations. Validation Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Análise Fatorial Confirmatória com 3 Dimensões	44
Quadro 1 – Questões do Instrumento de Jefferson Scale of Empathy (Physician)	55
Figura 2 – Scree plot e Análise paralela com permuta de dados	65
Figura 3 – Very Simple Structure.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Especialidades dos Participantes	63
Tabela 2 – Medidas descritivas das perguntas do questionário.....	64
Tabela 3 – Medidas de confiabilidade das escalas da Jefferson Scale of Empathy – versão para médicos	67
Tabela 4 – Comunalidades – Três Dimensões.....	67
Tabela 5 – Variância total com três fatores	68
Tabela 6 – Análise com 3 dimensões – rotação ortogonal (Varimax).....	69
Tabela 7 – Análise com 3 dimensões – correlação policórica (Varimax).....	69
Tabela 8 – Análise com 3 dimensões – correlação policórica (Geomin)	70
Tabela 9 – Análise com 2 dimensões – comunalidades (Varimax).....	71
Tabela 10 – Análise com 2 dimensões – correlação policórica (Varimax).....	72
Tabela 11 – Análise com 2 dimensões – correlação policórica (Geomin)	72
Tabela 12 – Variância total com quatro fatores.....	73
Tabela 13 – Matriz de componentes com rotação varimax – Quatro fatores.....	74
Tabela 14 – Variância total com cinco fatores	75
Tabela 15 – Matriz de componentes com rotação varimax – cinco fatores	75
Tabela 16 – Confiabilidade deste estudo e do original.....	77
Tabela 17 – Índices de ajuste deste estudo e do original com respectivas dimensões	78
Tabela 18 – Comparação carregamentos modelo original, deste estudo com 3 e com 2 dimensões	79
Tabela 19 – Comparação de estudos de Adaptação transcultural com o original	79
Tabela 20 – Estudos de utilização da escala.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACP	Análise de componentes principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>
ATC	Adaptação transcultural
BES	<i>Basic Empathy Scale</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CIA	<i>Central Intelligence Agency</i>
COSMIN	<i>Standards Based on the Consensus for the Selection of Health Measurement Instruments</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GFI	<i>Goodness of Fit Index</i>
INTO	<i>Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JSE	<i>Jefferson Scale of Empathy Physician</i>
KMO	<i>Kaiser Meyer Olkin</i>
MAP	<i>Minimum average partial</i>
MFA	<i>Boston Museum of Fine Arts</i>
MOMA	<i>Museum of Modern Art</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROADESS	Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SRMR	<i>Root Mean Square Residual</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLI	<i>Tucker Lewis Index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UE	União Européia
VSS	<i>Very Simple Structure</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
±	Mais ou menos
×	Multiplicação
β	Beta
H ₂ O	Molécula da água
mL	Mililitro
cm	Centímetro
cm ³	Centímetros cúbicos
rpm	Rotações por minute
α	Alfa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 OBJETIVOS	19
1.1 Geral	19
1.2 Específicos	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 A medida do Cuidado Centrado no Paciente	20
2.2 Aprofundando o Conceito de Empatia	22
2.2.1 Empatia, Política e Economia	23
2.2.2 Empatia e Cuidado	29
2.2.3 Treinamento de Profissionais de Saúde para um Cuidado Melhor	37
3 METODOLOGIA - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (PHYSICIAN)	41
3.1 Instrumento e Conceito	41
3.2 Local e Infraestrutura	44
3.3 Adaptação Transcultural (ATC)	45
3.4 Equivalência Conceitual	46
3.5 Equivalência Semântica	46
3.6 Pré-teste	47
3.7 Equivalência Operacional	47
3.8 Equivalência de Mensuração	48
3.9 População	48
3.10 Análise dos Dados	49
3.11 Procedimentos	52
3.12 Questões Éticas	52
4 RESULTADOS	54

5	DISCUSSÃO	76
	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXO A – Escala Jefferson de Empatia Médica Versão Original para Médicos	98
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
	ANEXO C – Autorização do Autor	101
	ANEXO D – Parecer do CEP.....	104
	ANEXO E – Instrumento da Pesquisa	105
	ANEXO F – Equivalência de Mensuração - dados complementares	107

INTRODUÇÃO

A realização de cuidados de saúde com qualidade e segurança é uma diretriz da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2015), centrado nas pessoas: com engajamento das mesmas, reorientando o modelo de cuidado, coordenando serviços. Também o é em diversos países, inclusive o Brasil, onde em abril de 2013 foi lançada a Política Nacional de Segurança do Paciente. Embora essa política seja focada na dimensão segurança, e qualidade, também põe em pauta questões fundamentais ao tratamento do paciente, como a integração dos processos de cuidado articulados com os modelos de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). O cuidado centrado no paciente/ na pessoa desponta como um instrumento importante na qualidade da atenção prestada, sendo a empatia um dos seus aspectos.

Os conceitos de compaixão, dignidade e respeito com o ser humano vêm se consolidando como componentes importantes no cuidado centrado na pessoa (WHO, 1946; STEPIEN, 2006; HOJAT, 2007; BAYNE, 2013; BIRHANU, 2012; LATIMER, 2011).

Um sistema de saúde centrado no paciente é de grande importância para o cuidado seguro e de qualidade, dando suporte para que as pessoas tomem decisões sobre a sua saúde e, desse modo, assumam a sua gestão. Isso implica serviços que trabalhem em parcerias com os pacientes, que considerem as suas preferências, estilo de vida e os objetivos de cada usuário. Concomitantemente, deve promover o controle, a independência e a autonomia do paciente e sua família, construindo relações em uma coprodução junto aos profissionais de saúde e não apenas um consumo do serviço. Essa abordagem coloca em evidência uma distinção entre a interação e o foco no indivíduo em contraposição ao paternalismo e o foco na doença e contribui para melhorar a capacidade de resposta do sistema de saúde. Desde 2000, o termo *responsiveness*, ou capacidade de resposta, foi incluído junto com saúde e justiça financeira, como um de três objetivos para sistemas de saúde. Seu significado - como as pessoas são tratadas e como é seu entorno quando procuram por cuidado em saúde - pressupõe monitoramento a partir de instrumentos a serem respondidos pelos próprios usuários (WHO/OMS, 2000).

O cuidado centrado no paciente está associado a diversos benefícios: melhoria de desfechos (diminuição de erros de medicação, maior conformidade com plano de cuidado, etc.); redução na utilização de uso de serviços de saúde (admissões, readmissões,

permanência, custos); seguimentos dos cuidados, satisfação de pacientes e profissionais, percepção de qualidade do cuidado, níveis de empatia dos profissionais. A existência de uma legislação que dá mais voz aos pacientes e melhoria na educação em saúde também são benefícios associados ao cuidado centrado no paciente (HealthUK, 2014).

Instituições de diversos países têm incorporado esse conceito aos seus marcos teóricos. O Institute of Medicine (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), inclui nas dimensões referentes ao cuidado centrado no paciente o respeito aos valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes; a coordenação e integração de cuidados; a oferta de informação, comunicação e educação; a garantia de conforto físico; a promoção de suporte emocional e diminuição do medo e ansiedade; o envolvimento da família e dos amigos; a aspiração a colocar os usuários no coração de tudo o que faz; o suporte aos indivíduos para promoção e manejo do cuidado com sua saúde; a coordenação de necessidades e preferências; o envolvimento e a consulta a pacientes e familiares nas decisões sobre seu cuidado e tratamento; o encorajamento ao feedback; a criação de agenda de personificação da saúde (IOM, 2001).

No Brasil, a matriz conceitual da Proposta de Avaliação de Desempenho de Sistemas e Serviços de Saúde (PROADESS), destaca, na dimensão aceitabilidade, a importância de que os serviços oferecidos estejam alinhados com valores e expectativas do usuário; e, na dimensão respeito aos direitos das pessoas, que os serviços respeitem os direitos e estejam orientados às pessoas (FIOCRUZ, 2003).

A justificativa deste trabalho se baseia na necessidade do cuidado ser centrado no paciente como um pilar da assistência com qualidade, e a empatia é uma dimensão desse tipo de cuidado. Pouco se conhece sobre a empatia de profissionais, embora haja possibilidade de medi-la, e dessa forma compreender o processo e buscar estratégias para sua melhoria. Dentre os diversos instrumentos possíveis de serem utilizados, foi escolhida a Jefferson Scale of Empathy – versão para médicos, por ser a mais pesquisada e utilizada, com algumas adaptações transculturais para tal versão, após uma sólida construção.

1. OBJETIVOS

1.1 Geral

Descrever um instrumento de medida de empatia de médicos que trabalham nos hospitais frente aos pacientes.

1.2 Específicos

Realizar a adaptação transcultural da escala Jefferson Scale of Empathy - Physician; determinar a validade e a confiabilidade para o contexto brasileiro; e descrever a medida de empatia de médicos que trabalham no hospital frente aos pacientes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A medida do Cuidado Centrado no Paciente

A medida desse tipo de cuidado vem sendo realizada através de diversos tipos de instrumentos, que buscam avaliar a qualidade do serviço prestado, medir benefícios para os pacientes e avaliar se as necessidades dos pacientes, bem como se suas preferências são atendidas. Os aspectos mensurados podem ser as definições (como profissionais e pacientes definem o conceito do cuidado); as preferências (tipo de cuidado que pacientes querem ou atitudes e valores dos profissionais); as experiências (quanto o cuidado é centrado nas pessoas) e os desfechos (o que ocorre nesse tipo de cuidado). De Silva (2014) propõe ainda conceitos quanto à abordagem centrada no paciente: o holístico (todo o cuidado prestado), de alguns componentes do cuidado, por exemplo, a experiência do cuidado (incluindo satisfação), do engajamento do paciente, da empatia/compaixão e dignidade na relação entre o médico e o paciente, bem como componentes relacionados ao comportamento - comunicação centrada no paciente, suporte ao autocuidado e suporte às decisões compartilhadas.

Várias dificuldades são apontadas ao utilizar o conceito de cuidado de saúde centrado no paciente, tais como: a falta de uma definição estrita; construção multifacetada; excesso de medidas; medidas cuja profundidade de informação é variável; ausência de recomendações sobre qual a ferramenta é mais adequada nas diversas situações; o potencial para ocorrência de viés decorrente da maneira como se faz a entrevista (DE SILVA, 2014).

O conceito de empatia, um dos pilares do cuidado centrado no paciente, por sua vez, é também bastante amplo e têm diversas definições. O autor da Jefferson Scale of Empathy – Physician, Hojat (2016), se debruça nessa questão: pode ser considerada um atributo principalmente cognitivo, que busca entender a experiência do outro, quando a informação é processada para melhor entendimento, ou seja, uma função intelectual. Pode-se considerar que seja um atributo principalmente emocional, ao compartilhar sentimentos. Ou, ainda, uma combinação desses conceitos, que inclui ter a perspectiva do outro, usar seus sapatos, tolerância, não julgamento e aceitação incondicional do outro. Esse autor considera que o conceito cognitivo de empatia possa ajudar a ter uma melhor compreensão do que ocorre com um paciente, diferenciando-o de simpatia ou empatia emocional - essas podem alterar o julgamento necessário ao profissional de saúde na sua prática, ao não manter alguma distância desses sentimentos (HOJAT, 2016).

Fora do contexto restrito aos profissionais de saúde, essas idéias vêm sendo discutidos há décadas, com especial atenção à diferença entre manter distância e um processo completo de identificação, separando esse componente afetivo do cognitivo. Para isso, é necessário que a pessoa também leve em conta as próprias emoções (para saber o que é seu e o que é do outro). Além disso, há grandes críticas a instrumentos de medição desse construto (poucos, na realidade), em relação a que muitas vezes testam o próprio sentimento da pessoa, verificando a simpatia ao invés da empatia (JOLLIFFE e FARRINGTON, 2006).

A partir dessas críticas, em especial à Interpersonal Reactivity Index (IRI), de Davis (1983), foi criada para adolescentes a Basic Empathy Scale (BES), por Jolliffe e Farrington (2006) Este instrumento considera os fatores afetivo e cognitivo da empatia e as quatro emoções básicas: raiva, medo, tristeza e felicidade, de acordo com os conceitos de empatia afetiva e o de empatia cognitiva. Esses autores contemplaram inicialmente uma escala com 40 itens, dos quais 20 foram validados. Entretanto, um terceiro componente começou a ser identificado nessa escala, fazendo com que trabalhos começassem a descrevê-lo como desconexão emocional, um fator de autoproteção. Carré e cols. (2013) adaptaram a BES para adultos franceses, avaliando o construto com dois e três fatores. Embora ambos tenham sido bem avaliados, esses autores ressaltaram que a inclusão de um terceiro fator aos afetivos e cognitivos, previamente estudados, poderia propiciar uma ampliação do construto empatia. Um trabalho espanhol, validou também a estrutura de dois e de três componentes (HERRERA-LÓPEZ e cols., 2017). Vale apontar que, apesar de todas as críticas, essa escala também se refere a sentimentos muito próprios do respondedor, por exemplo, como se assusta ao ver personagens de filmes de terror.

Estudos com imagens colocaram novas questões nessa discussão, ao identificar locais anatômicos para os diversos estímulos: o contágio emocional, automático, em estruturas subcorticais (emoções automáticas), a empatia cognitiva no insular e prefrontal (entendimento de emoções), e a regulação dessas emoções em regiões distintas do córtex, como orbitofrontal e medial (DECETY, 2010).

A importância da relação médico-paciente vem sendo reconhecida há décadas.

Balint (1988) referiu que “a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico”, e completa: “não existe nenhum tipo de farmacologia a respeito de tão importante substância” (pag. 1 e 197). Trata-se de publicação deliberadamente construída sem referências, na qual clínicos e psicanalistas se debruçam sobre casos clínicos. O autor frisa a importância dada por profissional e paciente de um diagnóstico real, um problema físico, que

é mais importante que os problemas referentes à personalidade, em uma hierarquia comum na prática médica (pag. 39). E propõe: "...a ferramenta psicoterápica é o próprio médico...deve aprender a usar-se", através de treinamento em psicoterapia, métodos de grupo, entre outros (pag. 245 e 259-261).

A terapia centrada no paciente, de Rogers (1976) tem como um de seus pilares a qualidade da relação terapêutica, incluindo a empatia e que o conhecimento sobre tal relação pode ser de benefício para o paciente e para o terapeuta – afirma: "captar o mundo particular do paciente como se fosse o seu próprio mundo, mas sem nunca esquecer esse caráter de como se" (pag. 256). Esse autor considera que a escuta com atenção, gerando o completo entendimento do posicionamento do outro, é uma das maiores forças para a mudança que conhece (ROGERS, 1975).

No Brasil, Perestrello (1989) estudou o tema, desde a abordagem mecanicista que coisifica o paciente, a sua perda de personalidade (muitas vezes virando um número de leito, por exemplo), a frustração gerada por consultas curtas e menos eficazes (pag.99). Se refere à relação transpessoal, no caso do ato médico, um ato vivo e não de teor puramente técnico. Esse autor tem importantes colocações com relação ao construto da empatia. Ao abordar a importância da intuição, refere: "a fonte dessa intuição é o interesse pelo próximo, a simpatia humana" (pag. 134). E continua, mais adiante: "...a capacidade do médico de se identificar com o doente, sentindo-o um semelhante seu, a capacidade de se colocar no lugar, na situação do outro, de sim-patizar e estabelecer uma convivência" (pag. 145).

2.2 Aprofundando o Conceito de Empatia

O conceito de empatia é multifacetado, e existem várias visões do mesmo de acordo com diferentes autores. A sua discussão vem sendo realizada há muito, em contextos diversos e as reflexões a seguir que mostram o quão difícil é, para qualquer que seja o instrumento concebido para medir a empatia, incluir tantas referências.

Serão percorridos pensamentos em áreas distintas que se relacionam ao tema da empatia. Longe da pretensão de ser uma revisão na área, optou-se por selecionar um conjunto de publicações de diferentes autores que mostrassem vertentes diversas e, desse modo, suscitar uma reflexão sobre tal conceito.

2.2.1 Empatia, Politica e Economia

O conceito central da empatia, do interesse e da habilidade para colocar-se no lugar do outro, está presente desde as culturas mais antigas, é pilar de religiões e de teorias filosóficas. A história da humanidade, está recheada de fatos que não levaram em consideração esse outro, sua existência, seus sentimentos.

Na religião e na filosofia são inúmeros os pensadores que dão importância vital à empatia. Já em 55 d.C., Epicteto (2006) advertia que para buscar o nosso bem necessariamente precisamos promover o do outro (pag. 71). Dalai Lama (2001), sustenta que quanto maior a importância da felicidade do outro (e nossa responsabilidade para com seu sofrimento), maior será a nossa (pag. 41). Gandhi (2014) enfatizava a escolha entre servir os outros ou a nós mesmos, que era impossível separar a economia da ética e que deveria ser combatida a injustiça e perversidade (pag. 17-19).

A questão é essencial na educação, exemplificado quando Paulo Freire (1994) compara a falsa caridade à verdadeira generosidade, esta última contínua, com esforço consciente para trabalhar com o oprimido ações para diminuir a sua dependência e transformar suas condições sociais (pag. 36).

Entre os pensadores ligados à saúde mental, Fromm (1958) tem a convicção de que o amor individual não ocorre sem o amor ao próximo, incluindo nesse contexto a humildade, coragem, fé e disciplina (pag. 48). Esse autor reflete sobre as questões econômicas e suas consequências: o ser humano produz e consome, tem rotina (em especial de trabalho) - que se apodera de seu tempo e pensamento, foca na diversão, no ter, e o amor entre as pessoas que se juntam por interesses comuns. Uma sociedade igual e justa, baseada no amor, depende da fé nos homens (pag. 161).

Luz (2013), pensadora da área da saúde, nos remete aos valores de coesão social, através do sentido de pertencimento a um grupo, a virtude como única forma possível de construção de verdades, contrapondo-se a um sistema focado no mercado (competição, vitória, individualismo, lucro, vantagem, consumo, produção; com conseqüente instabilidade, isolamento e desamparo).

As guerras trazem reflexões de como a empatia se dá em conflitos. Conforme afirma Eco (1997), a guerra já foi considerada boa para a sociedade (pag. 19). Na atualidade, o homicídio pode ocorrer na maior parte do mundo desde que em legítima defesa, e a pena de morte ocorre de forma legal em certas sociedades (pag. 33). O autor chama de paleo-guerra a

que é um segredo, quando se usa violência para combater um mal maior, matando o máximo de inimigos, em favor de claros interesses econômicos. Nas neo-guerras, ao contrário (inaugurada na guerra do golfo), há grande comunicação dos passos, deve-se matar o mínimo e, embora indústrias como a do turismo fiquem comprometidas, houve um avanço na forma de ver o conflito (pag. 37-42).

A separação entre igreja e política foi proposta por Maquiavel (1996), que propõe um rei valoroso que faça bem a todo o povo e as virtudes do Príncipe (Virtú): firmeza de caráter, coragem militar, habilidade no cálculo, capacidade de sedução, inflexibilidade, inimigo de adversários e do acaso. Nesse caso, se baseia no exemplo tão caro ao autor do Império Romano, tão guerreador, de respeitar conquistados, conseguindo novos aliados, colocando-se no lugar desses povos (pag. 23-4).

A intolerância, a acumulação desenfreada de capital, os interesses de classes dominantes na sua manutenção a qualquer custo, a desigualdade, a troca do sistema feudal para o industrial com perda de garantia da subsistência, se fazem presentes na discussão sobre a empatia. Adam Smith (1999, pags. 22-23) escrevera, uma década antes de seu mais famoso “Riqueza das Nações”, uma teoria sobre os sentimentos morais, na qual destaca como a preocupação com o bem estar de outros é comum e isso impede a intolerância, porém contrapõe “nossos pares” e os “outros”.

O valor de tradições e intolerância ao diferente, que é o pilar de regimes fascistas, assim como a ação acrítica sem aceitar as suas consequências, que pode nascer de frustrações individuais ou sociais, com vida para a luta e não a luta pela vida, dá origem a preconceitos diversos, base da intolerância. O olhar do outro, com a aceitação pelos pares, é necessário, pois em várias ocasiões que ocorreram massacres na história da humanidade faltou a empatia, sendo que algumas delas, em especial no holocausto, houve uma roupagem científica na sua construção (ECO, 1997, pag. 122).

A importância da riqueza aumenta entre o feudalismo e o capitalismo. A acumulação de capital (desnecessário) se deu comprando barato e vendendo caro (inclusive a força de trabalho), para trocar por outras coisas; inclusive através de trapaças jurídicas, influências políticas; em especial no comércio do além mar, com força e pilhagem (DOBB, 1963, pag. 182-188).

O vencedor do Nobel de economia Piketty (2014), já na introdução de seu livro, insiste em que a empatia pode ser um importante mecanismo de alerta sobre o significado da

desigualdade no mundo, assim como a distribuição de riqueza foi o estopim da maioria dos conflitos, com as classes dominantes objetivando preservar seus interesses (pag. 26-27). Hoje é inconcebível que se trabalhe com 8 anos, porém na década de 1840 era ainda comum. Defende que uma das causas que mais aprofunda a desigualdade é a riqueza acumulada no passado, transmitida por heranças (muito maior riqueza que poderia conseguir com o próprio trabalho) (pag. 28-29).

Arrighi (2013) se refere às reflexões de Adam Smith (1999, pag. 115), que ressaltou a enorme superioridade de força européia, permitindo as injustiças sem punição, fator crucial para que os custos tenham sido pagos pelos conquistados. Efeito similar ocorreu após a segunda guerra mundial, por exemplo, com a rede enorme de bases militares americanas em outros países (pag. 19-21).

Ao discorrer sobre igualdade, Arendt (2012), logo após a segunda guerra mundial, se refere a campanhas de terror contra pessoas com características comuns aleatórias (ex: judeus, ciganos, homossexuais), sem que sua conduta individual fosse considerada; gerando nos assassinos a sensação de obediência e eficiência, como se as pessoas não estivessem em questão, considerando toda uma roupagem teórica para que parecesse respeitável (pag. 29-33). É mais uma autora que se remete à forma com que Roma integrava povos heterogêneos (pag. 192).

A escravidão é um exemplo de como a tolerância à barbárie pode durar séculos. Joaquim Nabuco (1883) referiu que para arrancar a “maldição da cor” do país, seria de forma lenta através da educação, após três séculos de prática dos quais 70 anos de postergação, quando a espoliação e o desrespeito eram normais, evitando prejudicar as classes dominantes. A nação ficou marcada pelo desrespeito, pela visão pejorativa do trabalho, dificuldade no cumprimento de regras, machismo (abuso sexual com escravas e desrespeito às esposas), uso de castigos nos quais a morte poderia ser um desfecho; justificados por uma dita inferioridade racial, cativo dito civilizador, prosperidade nacional e direito à propriedade (DA COSTA, 1966, pags. 208, 273).

A compra do trabalho sem a segurança da subsistência que existia na era feudal e transformação da terra (natureza) e do trabalho (ser humano) em mercadorias (incluindo butim de guerra, gado, escravos, bens preciosos), fez com que o a sociedade utilize uma perspectiva utilitarista e trabalhe pelo medo da fome e pela atração pelo lucro, ao invés de por outras motivações (religiosas, estética, costumes e tradições, honra, poder e glória) (pags. 19-20; 54-55; 188). Isso tenta explicar o modelo econômico atual, no qual nada existe em

quantidade suficiente para todos e necessidades e desejos são ilimitados, fundindo os conceitos de satisfazer necessidades e escassez, sem considerar a disponibilidade do ar e da água, ou do amor (POLANYI, 2012, pag. 247).

Um conceito importante de empatia é marcado pelos conflitos existentes entre os povos. Apesar da violência de um país contra o outro, as grandes potências que já fizeram diversas violências ficam perplexas quando são atacadas. Isso ocorreu no 11 de setembro de 2001 (desde 1812 os EUA não tinham ameaças dentro de seu próprio território, já que na segunda guerra mundial o Havaí era uma colônia), independente dos genocídios praticados contra indígenas, mexicanos ou filipinos, por exemplo. O mesmo se deu com potências européias, seja a Inglaterra com a Índia, Bélgica com o Congo, França com a Argélia. E a chamada ajuda humanitária também se dá através de violência (julgados como diplomacia coercitiva, conforme nomeia Michael Stohl, e não crimes contra a humanidade): no bombardeio americano à Sérvia, na invasão japonesa na Manchúria, na da Etiópia pela Itália de Mussolini, ou na dos sudetos pela Alemanha de Hitler (CHOMSKY, 2001).

Ainda com foco na empatia entre nações, não é comum a reparação de males causados entre países. E as memórias são curtas. O jornal francês *Le Parisien* (2015), se remete à necessidade atual da Grécia de ajuda financeira, e há grande pressão de diversas nações para que tal não ocorra. Entretanto, apesar desse país ter sido um dos credores da Alemanha, por exemplo, tendo concordado na redução de dívidas no pós-guerra, tal fato é completamente ignorado na atualidade.

Há lugares no mundo em que uma sociedade mais justa vem sendo aspirada e construída. Há exemplos de soluções adotadas por algumas nações nas reflexões dos autores a seguir.

Na lógica keynesiana do modelo de países onde foram implantados estados de bem-estar, como uma aposta no futuro e independente de grupos políticos, a distribuição de renda para a maior parte da população de forma a ter uma sociedade mais homogênea tanto em saúde, mas também em educação e seguridade social, é mais importante que o benefício para os pobres, ou distribuição vertical. O conceito de equidade (justiça redistributiva) aceito é o de maximizar as chances, garantir a linha acima da pobreza e a não exclusão social, com alguns grupos que dependem da redistribuição, e a maioria que produz a renda necessária, priorizando investimentos em crianças, o futuro da mesma sociedade (ESPINGEN-ANDERSEN, 1995).

Esses países, entre os quais os nórdicos são os maiores exemplos, com modelo universalista, nos quais a coesão social dá sentido à sociedade, pré-requisito do “Estado de Bem Estar”, possuem características que possibilitaram a sua implantação: população pequena, processo de industrialização mais tardio, homogeneidade étnica e religiosa, grande participação social, pacíficos. Tem custo alto financiado por impostos para serviços muito bons, igualitários, inclusive quanto ao gêneros no mercado de trabalho (SOJO e UTHOFF, 2007).

O reforço da coesão social, segundo Rösner (2007), é importante para a União Européia (UE) e para a América Latina (AL). Na UE, para reduzir a pobreza permitindo a seus membros a participação no progresso (econômico e social). Na AL, muito mais desigual, uma ameaça contínua à estabilidade política e democrática, para lidar com a globalização. São necessários a democracia, os direitos humanos, a liberalização dos negócios e os processos de integração regional e social, para compensar a industrialização incompleta, em mercados com barreiras de entrada já intransponíveis para os pequenos, o pouco investimento em pesquisa e formação profissional, a infra-estrutura pública obsoleta e os sistemas de justiça e de administração pública que afugentam investidores.

As propostas de coesão se baseiam em inclusão e acesso com conseqüente bem-estar social. Possuem, ainda, outras características importantes para a construção de vínculos e ligadas à empatia, muitas vezes não medidas, como pertencimento, confiança nas pessoas e instituições, participação, expectativa de bem-estar, convivência, respeito à diversidade e não-discriminação (FERES e VERGARA, 2007).

A Comissão Européia determinou pesos sociais - baseados na riqueza de cada país (levando em consideração o produto interno bruto, taxa de desemprego, população total e número de refugiados já abrigados em cada país) para definir com que cota poderia arcar em relação à imigração não controlada para a Europa. Parecia um avanço e uma responsabilização da forma com que muitos países se encontram após terem sido saqueados, tido ingerências políticas e econômicas e até mesmo o apoio a guerras e a ditadores, para benefício econômico de países ricos. O acordo foi fechado em 2018, criando centros - fora da Europa - para decidir se as pessoas podem ou não serem devolvidas a seus países de origem. A solução tem sido alvo de muitas críticas pelo bloqueio à entrada desses migrantes, mas foi muito comemorada por diversos países, que consideram essa gente como “os outros” (Estado de São Paulo, 2015 e France Presse, 2018).

Há idéias sobre o aumento da habilidade em ter empatia descritos por alguns autores, de forma a possibilitar transformações sociais. É prioritária no chamado neuromarketing, e um exemplo recente de ferramenta para a construção de uma sociedade mais justa, é o uso de Smurfs, ligados à infância feliz de grande parte da população europeia, sofrendo e sendo ligados ao sofrimento real de crianças pelo mundo. As imagens também se mostraram muito impactantes em criar empatia (“transcendem linguagem para ir direto ao coração”): de navios negreiros na campanha contra a escravidão, de campos de concentração e campos de guerra; esses movimentos provocaram importantes reações morais (OLSON, 2013, pag. 65-68).

Adam Smith (1999, pags. 33-34) vislumbrara que o teatro grego, grande representante de sofrimentos, seria uma importante possibilidade de sensibilização, posto que quanto maior a humanidade do herói, maior a raiva dos espectadores contra quem o maltrata. E continua, ao afirmar que a admiração por ricos e negligência pelos pobres (como se fosse uma fraqueza), com a distinção profunda de classes sociais, é causa importante para a corrupção dos sentimentos morais. tratando erradamente a pobreza e fraqueza como coisa de louco.

Um movimento criado por alguns filósofos chamado School of Life, que tem a empatia como premissa básica para uma vida melhor para todos no mundo, frisa que notícias que sensibilizem muito as pessoas podem ser muito educadoras para a nossa sociedade (atuando como alertas para não cometer barbaridades similares) (DE BOTTON, 2014, pag. 133).

Da mesma escola, Krznic (2015, pags. 201-2), se contrapõe às reflexões de Adam Smith (1999, pag. 127) no século XVIII: através de nossa sensibilidade moral e a capacidade mental de trocar de lugar com o sofredor na imaginação, e de que aumento de ganhos pessoais faria com que os interesses da sociedade seriam automaticamente supridos (pag. 13). Também compara os ciclos históricos que chama de colapso empático (cruzadas, holocausto) e os de florescimento (revolução humanitária no século XVIII, abolição da escravatura, direitos de trabalhadores, cessação de tortura).

A dualidade entre nós versus eles, ponto central da empatia, é aprofundada por Rorty (2007). Considerando que há pessoas que anseiam por menos sofrimento e humilhações, para quem a crueldade é algo muito ruim, para quem um estranho, assim como sua dor, podem ser vistos como um semelhante, onde se dá a solidariedade, porém não a totalidade das pessoas, propõe que se possa aumentar a empatia por meio de histórias, seja em reportagens, em filmes, em especial em romances, destacando a importância de prestar atenção às nossas semelhanças e pensar como nós para grupos marginalizados que, em geral, vemos como eles (pag. 18-20).

Através dos tempos isso vem ocorrendo: ver pessoas dilaceradas por animais foi uma diversão, em outro contexto histórico, aliás como outras atrocidades como a escravidão, o holocausto. Isso também vem ocorrendo ao longo da história na solidariedade encontrada, na proteção de judeus durante a segunda guerra, ou os escravos vistos como outros americanos na cultura abolicionista, mostrando a possibilidade de mudança da sociedade (pag. 305 e 312).

No mundo vêm sendo criadas soluções que ligam o aumento da empatia na população mundial a um mundo melhor. Ser um Ashoka Fellow, por exemplo, membro de uma associação, representa um símbolo de grande reconhecimento de empreendedores que agem por melhorias em problemas sociais, através de cooperação, sendo que um de seus membros, Kailash Satyarthi, recebeu o Nobel da Paz em 2014 (ASHOKA, 2018). Outro membro, Henry de Sio (2016) publicou, na página dessa instituição, artigo em que iguala a importância da empatia com a do estudo de matemática ou a leitura. Propõe mudanças na educação, por exemplo: de repetição para inovação; e um líder por vez para todos liderando; baseado em empatia, trabalho em equipe, transformação; premiação pelo conhecimento específico para a premiação para a fibra ética; comunicação de voz autoritária para a feita pelas experiências, contando histórias.

Para Nietzsche (2005), o homem se vê no centro do universo e tem pouca empatia com sofrimentos ditos universais, assim como se colocar no lugar do outro (pag. 16). Esse filósofo também acreditava que se pode aprender a ter a sensação de sofrimento do outro, e se for aumentada a cultura de justiça e diminuída a violência em cada um, será possível a transformação das injustiças de distribuição (pag. 221).

A empatia, a facilidade em sentir o outro, colocar-se no seu lugar, pode ser determinante para a concepção e prática em busca de um mundo melhor. Assim como tendemos a proteger nossa família, amigos e conhecidos, considerar a beleza do diferente de cada um dos povos e de cada um de seus indivíduos, nos fará proteger também quem é diferente ou desconhecido de nós, possibilitando que os modelos políticos existentes no mundo sejam mudados, voltados para diminuir a desigualdade entre os indivíduos. É uma habilidade que pode ser intensificada através de experiências que provoquem sensibilização das pessoas que passam pelas mesmas.

2.2.2 Empatia e Cuidado

Na saúde, o conceito da falta de empatia se reflete, por exemplo, na desigualdade de acesso entre povos de diferentes nações e mesmo dentro da mesma nação, nas diferentes

classes sociais, levando à desigualdade de morbi-mortalidade sistemática quando são avaliadas condições sociais, provocada pela falta de políticas públicas que se focassem em diminuí-la. Toda discussão sobre desigualdade se remete à forma de ver a vida entre nós e eles, caso toda a sociedade se visse como nós, não existiriam as situações que ninguém quer para si, mas não se mobiliza tanto já que são eles que pagam o ônus.

Vale ressaltar que esses conceitos estão todos presentes na diretriz de integralidade do SUS, presente na carta magna nacional, artigo 198, caracterizando o tipo de serviço de saúde que é desejado pela sociedade brasileira (BRASIL, 1988).

A desigualdade na saúde, conforme Mattos (2011), foi incluída como uma das preocupações da sociologia com Durkheim e Villermé no fim do século 19, mas apenas em 2005 é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a “Comissão de Determinantes Sociais”, de forma a avaliar políticas de saúde para a desigualdade existente no mundo. Independente de qual indicador seja utilizado (índice de Gini - chamado de “Robin-Hood” - transferências dos mais ricos para os mais pobres; mortalidade, esperança de vida ao nascer, taxa de homicídios), os piores resultados são dos socialmente menos privilegiados.

O mesmo autor resalta que tal fato ocorre dentro do mesmo país. No Brasil, por exemplo, há pobreza independente do indicador escolhido (linha de pobreza pelo Censo, linha abaixo de cesta básica pelo Banco Mundial, menos de 2 dólares por dia pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD). Isto se reflete na saúde, onde o país gasta muito menos que países desenvolvidos (também tanto per capita quanto pelo percentual do Produto Interno Bruto), de forma a que as pessoas com um mínimo de condição financeira tendem a migrar para o sistema de saúde privado. O autor coloca a importância de que indicadores sejam incorporados para o estudo dos determinantes sociais na saúde: condições de acessibilidade, visibilidade, participação nos itinerários terapêuticos, ou seja, descentralização, integralidade, resolutividade, redes de mediadores e cuidadores, reconhecimento afetivo, organizativo e político dos usuários, canais de denúncia e resolução de conflitos (MATTOS, 2011).

Apesar de a constituição cidadã brasileira estabelecer que a saúde é um direito de todos, como um reflexo da sociedade que está disponível em arcar com a necessidade do menos privilegiado, Rodrigues (2014) considera entre os grandes problemas na consolidação do Sistema único de Saúde (SUS), justamente a grande participação do setor privado (aliás, com grandes subsídios públicos: seja através do imposto de renda, de pagamento de planos a funcionários públicos, ou financiamentos com juros baixíssimos), além da extrema

descentralização e do desinteresse de classes mais privilegiadas – e até, paradoxalmente, a dos trabalhadores - em exercer o direito à saúde pública, tendo como expectativa possuir o acesso ao sistema privado, sendo o SUS reconhecido como um sistema criado para os pobres. Esse ponto é especialmente nevrálgico em relação à empatia, não considerando a perspectiva dos que são dependentes desse sistema, e mesmo que, quando na velhice e mais precisarão dos serviços, estarão fora da lógica do sistema privado comprado pelas empresas. Nos países que possuem um sistema de saúde público que abrange toda a sociedade, na maior parte o apoio de trabalhadores e sindicatos foi um pilar para a construção de tal sistema (RODRIGUES, 2014).

Sobre a prática profissional, como ela se dá, quais as dificuldades de se colocar no lugar do outro e oferecer um cuidado que essa pessoa deseja, também vêm sendo objeto de reflexões importantes. Boff (1989) explica sobre a importância do outro para mim, participando de seus sofrimentos e sucessos, com cura (coera, amor e amizade) e cogitare (coidar, cuidar - colocar atenção, desvelo e preocupação). Esses laços se referem à empatia e essa capacidade de envolvimento e envolver-se, afetar-se (pag. 243).

Vem sendo colocada por Boaventura de Souza Santos (2010), preocupação sobre a necessidade de avaliar se a razão do conhecimento científico gerado é contribuinte para a felicidade (que ele denomina “conhecimento prudente para uma vida decente”), visto que é construído socialmente, tem limites imprecisos e apresenta grandes riscos como, por exemplo, catástrofes nuclear ou ecológica (pag. 14). Ao retornar ao tema, na coletânea “Conhecimento prudente para uma vida decente”, o mesmo autor (2004) focaliza o desperdício social que ocorre na visão do mundo apenas na perspectiva do ocidente (monocultura científica) (pag. 778). Coloca em pauta a ecologia de saberes como forma de diálogo e de reconhecimento das diferenças sem a desigualdade com que estamos habituados a tratá-las (pag. 790 e 792).

Claramente inspirado por essa obra, Mattos (2013) replica: “o cuidado das necessidades de cada um, como um pilar de um sistema justo essencial para uma vida decente”. Camargo Jr (2013), por sua vez, alerta sobre a falta de autocrítica de pesquisadores (muito críticos com obras alheias) e da assimetria de poder entre o cuidador, possuidor de conhecimento, e quem é cuidado, muitas vezes excluído apesar de ser o ator mais interessado.

A construção do projeto de felicidade de cada um é o objetivo da ciência, nos lembra Ayres (2013), quando revisita o tipo de cuidado desejado em conversas com Dona Violeta.

No intuito de esclarecer que tipo de cuidado realmente queremos, Pinheiro (2008) questiona a prática científica que “fragmenta o objeto e, conseqüentemente, o homem...a razão (pensamento) hierarquicamente superior à ação (prática), separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos...” (pag. 11).

Esse modelo de sociedade medicalizada, com indivíduos despersonalizados sendo encarados como doentes em potencial, vem se exaurindo. Formas de cuidado nas quais o sujeito seja o centro e objetivo das atividades, que tenha como base valores centrados na solidariedade e que permita escolhas, tentando eliminar os desencontros do usuário e profissionais, são prementes. A demanda por práticas nas quais as necessidades sejam sentidas, inovadoras, é cada vez mais intensa em todo o mundo, e as instituições de saúde são locais que podem tornar possíveis essas construções conjuntas com o usuário (PINHEIRO e LUZ, 2003).

Capra (1996) contrapõe a visão do universo e do corpo humano como máquinas gerando luta competitiva, progresso material ilimitado, crescimento econômico e tecnológico, que privilegia o racional, reducionismo, a competição, dominação e antropocentrismo - modelo auto-afirmativo, à visão mais holística ou modelo integrativo: intuitivo, holístico, parceiro, cooperante, ecocêntricos. Devendo se atentar quando a ciência não atua para promover e preservar a vida, assim como projetar armas, ampliar contaminantes, advento de microrganismos desconhecidos, uso de animais de forma torturante (pag. 25-28).

Foucault (2006), considerando a existência de relações de poder em toda relação humana, se detém ao fato de que essa diferença de poder é ainda maior quando se cuida de outro, devendo-se ater à que não ocorra dominação e até mesmo cessação de liberdade (pags. 282, 267 e 271).

O conhecimento médico ocorre a partir de uma pessoa que já passou por algumas questões, com a perda do que Canguilhem (1978) chama de inocência orgânica (pag. 76). Embora tal ciência pareça objetiva, pelo fato de que verdades atuais serão grandes erros no futuro, são subjetivas na realidade (pag. 173). A importância que a sociedade dá ao prolongamento da vida, segundo esse autor, se refere ao conceito da mortalidade que convém à mesma, considerando que a expectativa média de vida da população é um reflexo da ação do homem sobre si mesmo, como um fenômeno social (pag. 182).

Em uma publicação de grande relevância no meio científico, Annas e Crosby (2015) comunicaram sobre a participação de profissionais junto à Central Intelligence Agency (CIA),

a agência de inteligência americana, em episódios de tortura (desde que não resultasse em morte), em 12 prisões secretas em torno do mundo. Esses profissionais cuidavam apenas para que não houvesse mortes devidas a tais atos, com a segurança de que não seriam delatados para seus pares ou a outra parte da sociedade, acreditando que o método seria válido para salvar outras vidas.

A cultura vigente é da clínica como saber e prática central na medicina, médicos não formados para lidar com o sofrimento, mas com atenção na doença e valorizando a tecnologia, com baixa percepção das necessidades. Graças à dicotomia entre doença e doente, a centralidade nas alterações patológicas, com baixa escuta do paciente (ou, pelo menos, seletiva nos dados que se enquadrem na doença), que dificulta um olhar que avance além das alterações da biomedicina, vem sendo proposta uma visão mais integrativa, fazendo com que um processo de trabalho diferente seja necessário, que evidencie a rede de significados que esse usuário traz, como expectativas, preocupações, experiências prévias, reações de familiares, podendo ser chamada de competência narrativa do médico que ouve histórias e procura o sentido do adoecimento para aquele indivíduo (FAVORETO, 2006). A troca da visão do corpo para a da vida das pessoas, ampliando a perspectiva biomédica, atentar a aspectos subjetivos da doença, como o medo de um procedimento ou a vergonha de estar doente, permite perceber o sentido desse adoecimento (FAVORETO e FERREIRA, 2011).

Esse tipo de cultura não estimula a criação de redes que se tecem a partir da sociedade civil organizada com vínculos de solidariedade, troca e reciprocidade, na qual as pessoas assumem que necessitam umas das outras (LACERDA e cols, 2006 e 2007). E tais redes configuram os sentidos amplos da integralidade, de princípios abertos, com articulação para construção de um sistema pactuado na justiça social, que não reduz o outro às questões puramente biológicas, mas que olha para o indivíduo e suas necessidades, são pontuados. Serviços organizados para dar conta dessas necessidades (e não apenas para tratar as doenças) e políticas públicas com visão integral e não de recortes das populações relacionadas, sem transformar as pessoas em coisas (MATOS, 2005).

Embora classicamente estudados como construtos diferentes na saúde pública, a interdisciplinaridade e a empatia têm muito em comum, já que para exercer a desejável transformação na forma de prestar cuidado com harmonia de saberes, é de suma importância que a empatia se dê entre a equipe e com a pessoa que está sendo cuidada. E nessas oportunidades de reflexão conjunta, um aprofundamento da empatia por essa pessoa que está sendo cuidada também ocorre (CASTRO, 2018).

Em revisão realizada por Souza e Fazenda (2015), mostram como vem aumentando a complexidade da transformação da sociedade moderna a cada dia, devido aos diversos saberes que a fizeram fragmentar-se em feudos de cada área, quanto a políticas públicas e pesquisas, e a essa pulverização chamam de pensamentos em partículas. Em especial áreas que mais pressupõem diálogo, ligadas à terapêutica e à educação, são as que mais precisam proporcionar espaço para que o mesmo ocorra: espaços de convivência, onde a troca pode se dar pela narrativa, facilitando a reflexão e transformação da realidade e harmonização das diferenças. A interdisciplinaridade, ao integrar saberes, se contrapõe a essa lógica centrada no poder da razão, da ciência, que cria polarização entre objetivo e subjetivo, da ciência com a religião.

Os mesmos autores referem as intervenções que possibilitam esse tipo de prática em três dimensões: individual (cuidado de si), coletiva (cuidado ao outro) e planetária (cuidado do planeta). Listam, ainda, cinco atitudes para uma educação com autonomia e crítica: a espera; a humildade; a coerência; o desapego; o respeito.

Há a libertação do imediatismo e da superficialidade, já que a interdisciplinaridade permanece no espaço entre as disciplinas. A escuta dos processos de regulação que se propicia, interfere no conceito de cura, qualquer que seja o desequilíbrio, permitindo seguir vivendo, sem que a morte ocorra precocemente, vivendo tal oportunidade para a transformação, avaliando a utilização de saberes, inclusive milenares. Promove, assim, as conexões biológicas, psicológicas e socioecológicas do normal e do patológico (SOUZA e FAZENDA, 2015).

A interdisciplinaridade se junta às áreas complementares da saúde pública, como as ciências sociais, de forma a que a complexidade dos problemas possa ser abordada por olhares múltiplos, de forma não reducionista, valorizando o comum, de forma a que uma pesquisa produza conhecimento a partir da intervenção, que modifica a realidade (ALLA e KIVITS, 2015).

A caracterização do conceito de transdisciplinaridade por Van Brewer (2017), é o cuidado em saúde que transcende os limites entre disciplinas, compartilha conhecimento, habilidade e tomada de decisão, que foca em problemas reais e inclui múltiplos atores (também pacientes, familiares e comunidade).

Ao analisar o construto interdisciplinaridade, na Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Ianni e cols. (2014), mostram a sua importância, em especial na

constituição de comissões, assim que houve a reforma sanitária brasileira (que até então era o foco de atuação proeminente da instituição).

Algumas atuações da interdisciplinaridade na prática se depreendem de alguns estudos. Em conversas entre antropólogos e psiquiatras sobre a possibilidade de novas intervenções nos programas de saúde mental, os profissionais selecionaram como de maior importância o respeito ao conhecimento local, às crenças e práticas, além do foco na interdisciplinaridade (ROSSO, 2015).

A interdisciplinaridade não ocorre em situações corriqueiras, mas tende a ocorrer quando há alguma dificuldade. Dependendo do tipo de funcionamento do grupo, pode ocorrer em menor escala, por exemplo, se há pouco tempo, as decisões não têm muitas críticas; se não é comum fazer questionamentos às normas, ou se não há confiança na capacidade de ajustes do grupo. Mas pode utilizar de forma harmônica diversos saberes para resolver problemas de grande complexidade, através de colaboração de práticas e de decisões, transformando a dinâmica de trabalho na unidade (MOUTET e cols., 2014).

Autores canadenses, Bédard e cols. (2013), criaram um instrumento sobre o construto da interdisciplinaridade, após uma importante revisão bibliográfica; incluindo uma das principais recomendações do clássico relatório de 1999 sobre qualidade e segurança nas instituições de saúde, “To Err is Human: Building a Safer Health System”; identificando elementos importantes. Esse grupo de Quebec vem se preocupando com programas centrados no indivíduo e suas necessidades, que usam a informação compartilhada, práticas comuns, colaboração entre os membros da equipe, em um contexto interdisciplinar, de forma a atuar melhor diante de problemas de grande complexidade. O instrumento tem 65 questões, alpha de Cronbach 0,97; com as seguintes dimensões: integração normativa (visão, interesse pelo trabalho interdisciplinar, liderança); integração funcional (apoio administrativo, recursos disponíveis); integração clínica (formalização explícita de funções, gestão de reuniões, regras de trabalho e modos de funcionamento, funcionamento interno do trabalho e de resolução de conflitos); integração dos cuidados (resultados relativos à estrutura, resultados relativos à equipe e resultados relativos aos pacientes).

A necessidade de pensar uma trajetória assistencial amistosa à integralidade, com amplo direito de participação e de julgar a atenção e o cuidado prestados, avaliando o sistema na dimensão do direito, é premente. Dessa forma, os saberes produzidos pela prática, pela forma de ver o mundo do usuário, poderão permitir novas construções no sistema de saúde, baseadas no diálogo e na centralidade no usuário (PINHEIRO E SILVA JR, 2008).

Quanto à avaliação centrada no usuário, em especial do seu direito à saúde, muito além de um simples cumprimento de regras, é uma ferramenta de exercício de democracia. Além da técnica propriamente dita, são importantes outros fatores de um cuidado integral (ex: escuta, acolhimento, vínculos), como marcadores de suas necessidades e seus projetos de vida. A democratização de informações, um processo colaborativo de avaliação, com participação do usuário, são caminhos para a avaliação centrada neste (PINHEIRO E SILVA JR, 2011).

As práticas de integralidade, que consideram o usuário na sua plenitude e singularidade, nos farão construir um sistema de saúde com menor desigualdade, justo e solidário, no qual o mesmo esteja no centro do cuidado.

Há importante interação entre os conceitos da empatia e da bioética, considerando que para a tomada de decisões para a proteção do ser humano há a necessidade de se prospectar nele.

A bioética, que se foca nesse diálogo interdisciplinar para a proteção do ser humano, tem quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência (mais imperativo que os outros) e justiça, com preocupação ampla com a vida (SOARES, 2005, pag. 7), aponta para a construção de uma sociedade mais justa, ainda que com enormes desigualdades, onde vulneráveis e excluídos socialmente sejam considerados (BOCCATTO e TITTANEGRO, 2005, pag. 25).

Com um caminho trilhado em publicações com ênfase na empatia, Cohen (2011, pags. 4-5) discorre sobre as muitas pesquisas antiéticas com seres humanos, que a seu ver ocorreram pela erosão da empatia. E frisa que experiências como, por exemplo, a reversão de dedos e de mãos, ou a imersão em frio intenso, ocorridos contra judeus na segunda guerra, foram realizadas em nome de aprofundamento do conhecimento para que esse seja utilizado em benefício de outros, considerando ser um bem maior para a sociedade.

O código de Nuremberg, em 1948, colocou os interesses individuais acima dos da ciência. No congresso americano, entre 1974 a 1978, foi elaborado o Relatório de Belmont, sendo relatados experimentos como injeções de células oncológicas em idosos (Hospital de Doenças Crônicas de Nova Iorque), de hepatite viral em crianças com retardo mental (Hospital de Willow-Brook de Nova Iorque) e o não tratamento de negros com sífilis (Tuskegee Study), que, apesar do tratamento conhecido desde 1945, continuou até 1972. O relatório se baseia na declaração de Helsinque de 1964 (revisão do código de Nuremberg), e

sua revisão em 1970. Essa declaração foi revista em 1980, e em 1996 (BOCCATTO e TITTANEGRO, 2005, pag. 18-19).

Entre as habilidades necessárias à sabedoria nos relacionamentos humanos, segundo Goleman (2006), considerado a inteligência social, configura-se a empatia, ou prestar atenção no outro, o que é difícil já que pelo excesso de estímulos da vida moderna, nos fechamos para proteger-nos (pag. 13). Esse autor se refere à experiência de Giacomo Rizzolatti, sobre os neurônios-espelho, evidenciados por acaso, que permitem criar a simulação direta da experiência do outro (pag. 49). Também exemplifica a ajuda de ratos a companheiros de gaiola, impulso darwiniano que parece primário e de suma importância para a espécie (pag. 64).

2.2.3 Treinamento de Profissionais de Saúde para um Cuidado Melhor

Assim como há propostas de treinamento focado em empatia objetivando um mundo melhor, há algumas experiências desenvolvidas sobre o treinamento de habilidades necessárias à construção de um cuidado mais humanizado, centrado na pessoa.

É importante que os profissionais de saúde utilizem uma prática em que o outro é visto como um amigo, de acordo com Agamben (2009), percebendo-o em sua própria existência. Pode ser que a utilização da arte como sensibilizadora do profissional com relação às pessoas que cuida seja um instrumento com grande perspectiva, já que há inúmeros relatos de algumas dessas experiências.

Tree e cols. (2017) focados em médicos que lidam com pacientes com questões oncológicas, já no início de seu treinamento incluíram a harmonização com as áreas de radioterapia, clínica, cirúrgica, entre outras; até por causa do encaminhamento para uma abordagem muito individualizada.

A partir do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “Um mundo, uma saúde”, uma escola francesa tentou integrar os alunos de seus cursos de mestrado de microbiologia e de doenças infecciosas, sendo considerado que se conseguiu uma nova abordagem, mas que também existem problemas de comunicação (EVEILLARD e cols., 2016).

Ao adaptar uma ferramenta da aviação considerando dez tipos de comunicação em atos mais autoritários e os de diálogo e participação em uma equipe de ortopedia, no trabalho rotineiro, a comunicação se deu de forma hierárquica e autoritária (que inibe e pode

comprometer a segurança do paciente), mas em casos mais complexos o diálogo aumenta (BEAKLEY e cols., 2013).

Na saúde, também vem sendo tentado o ensino da empatia para modificar o cuidado que vem sendo prestado.

Na Cleveland Clinic vem ocorrendo o treinamento de empatia com seus trabalhadores, de forma a resgatar as dimensões humanas do cuidado, prestando atenção na experiência do paciente (exatamente como o conceito é abordado pelo neuromarketing), na sua capacidade de julgamento: a integração do cuidado, a comunicação com os pacientes, a postura dos profissionais, medindo sua satisfação, organizando o ambiente (luzes, horários de visitas, acomodações para familiares, obras de arte, música) (COSGROVE, 2014, pag. 113-115).

Houve aumento considerável da empatia medida por uma escala através da perspectiva dos pacientes (escala Consultation and Relational Empathy - CARE), após uma simples intervenção, com três períodos de 60 minutos cada, para aproximadamente 100 residentes. Dessa forma, sugeriu-se que a qualidade do cuidado pode ser melhorada ao se ensinar empatia (RIESS e cols, 2012).

Entre profissionais de um Curso de Residência multiprofissional em Saúde da Família na Região Sul do Brasil (11 residentes e 5 supervisores de diferentes profissões), Scherer e cols. (2013), com entrevistas, observação e grupo focal, verificaram a dificuldade de compartilhar saberes, assim como deixar suas fronteiras pouco delimitadas, objetivando a mudança dessa prática fragmentada. Um dos objetivos do Ministério da Saúde na criação desse tipo de residência é que a interdisciplinaridade ocorra, de forma a facilitar o cuidado centrado no indivíduo e não na doença. Esses autores propõem a mudança dessa prática através de: amadurecimento do trabalhar em conjunto, espaços institucionais como as interconsultas, complexidade do cuidado prestado com engajamento, escuta, compromisso ético e visão integral do sujeito, quebra de preconceitos, mudança de atitude, criação de vínculos. Entre as dificuldades foram achados: não valorização do trabalho, características das pessoas e suas relações, medo de errar, disputas de poder (centrado no médico), inexistência da abordagem durante a formação, a organização dos serviços, a cultura da instituição.

Há uma pequena revisão sistemática de estudos sobre treinamento cultural realizada por Lie (2011), tendo selecionado sete com critérios como desfecho medido, ou método reproduzível, todos os selecionados foram considerados de baixo ou médio impacto. Os estudos que foram incluídos são os seguintes: o de Wade (1991) com treinamento de 4 horas

com oito psicólogas e informe de resultados melhores pelos pacientes; o de Mazor (2002) após treinamento da língua espanhola a médicos; o de Way (2002) que fez treinamento em milhares de profissionais mas avaliou poucos pacientes; o de Majumdar (2004), no qual houve 36 horas de treinamento e utilização de seis instrumentos validados (sobre satisfação do paciente, o acesso, a estrutura, a saúde física e a saúde mental com 3 e 18 meses), obteve resultados positivos mas enorme desgaste na relação; o de Thom (2006) que incluiu treinamento em praticamente metade de médicos, mas sem desfecho diferente; o de Mc Elmurry (2009), com treinamentos em língua espanhola e oficinas culturais, com desfecho melhor em relação ao controle do diabetes mellitus e de comparecimento, o de Sequist (2010), que treinou metade dos médicos mas com desfechos similares.

Em outra revisão, sobre ações para estimular a empatia entre profissionais de saúde, Kelm e cols. (2014) revisaram 1628 artigos, tendo ficado com 50, dividiram as intervenções em: treinamento em comunicação, em papéis, em humanidades (escrita, literatura, teatro), no método Balint, controle de estresse com mindfulness, foco em problemas, e alguns como fisiologia da empatia e reavaliação de encontros. A JSE foi utilizada em 15 de 31 estudos, e outras diferentes escalas foram utilizadas: Empathic Tendency Scale, Empathic Skill Scale, Balanced Emocional Empathy Scale, Empathy Construct Rating Scale e a IRI. Em 66% dos estudos houve aumento da empatia quando medida através das escalas antes e após a intervenção.

Há estudos mais focados nos treinamentos relacionados às artes. Naghshineh e cols. (2008) treinaram em literacia visual metade dos estudantes durante nove semanas no Boston Museum of Fine Arts (MFA), durante duas horas, e mais 1 focando em semiologia, que aumentaram acertos em pré-testes dessa disciplina. Na McGill, Mengxiao (2013), exemplifica com pinturas que retratam condições patológicas.

O “The Art of Examination Art Museum and Medical School Partnerships Forum “, que ocorreu em 2016 em Nova Iorque (EUA) no Museum of Modern Art (MOMA), recrutou mais de uma centena de profissionais para formar rede colaborativa na área, com relação ao uso de obras de arte e crítica, decisões, tolerância, olhar cuidadoso, equipe, empatia, burnout, final de vida, autocuidado, más notícias, gerenciamento de estresse, interdisciplinaridade (UTDALLAS, 2018). Foi compilado o que os programas realizam e como, quais as escolas e museus parceiros. Incluem, além das visitas às instituições de arte, as reflexões a partir das mesmas de formas as mais variadas, e até mesmo a realização de encontros. Embora a maioria dos cursos sejam oferecidos aos alunos, também há diversos cursos para profissionais e para

líderes. A conclusão desse evento é que a utilização das artes na educação médica é uma ferramenta de educação com muitas vantagens (CASTRO, 2017).

São inúmeras as opções de ações que podem ser realizadas em serviços de saúde, de forma a ampliar a reflexão sobre o cuidado que estamos prestando, qual o desejado pelo paciente e seus familiares, sem estamos aptos a fornecê-lo, se estamos sendo treinados para nos colocar em seu lugar. As opções ligadas às artes, seja através de grupos de estudo, teatralização, visitas a instituições, conversas com artistas, vem sendo cada vez mais utilizadas. Os grupos de discussão de práticas, como por exemplo grupos Balint, pressupõem o estímulo a pensar a prática e seus resultados, ampliando a discussão com os pares; assim como espaços criados pelas instituições para a ocorrência da interdisciplinaridade e de discussão sobre a bioética.

3. METODOLOGIA - APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (PHYSICIAN)

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, com a utilização da versão adaptada do instrumento Jefferson Scale of Empathy (Physician) para coleta de dados. O instrumento foi preenchido pelos participantes, a fim de captar a percepção dos médicos que trabalham em hospital de grande porte e com importante caminho relacionado à qualidade, com relação às dimensões da empatia no cuidado do paciente.

3.1 Instrumento e Conceito

Existem diversos instrumentos para medir a empatia, sendo os mais frequentes: Individualised Care Scale, Measure of Processes of Care e Person-centred Care Assessment Tool. Alguns desses instrumentos referem-se ao conceito holístico a partir da visão dos pacientes – Ex: Client Centred Questionnaire, Consumer Quality Index, Individualised Care Scales, e da visão dos profissionais – Artefact of Culture Change Tool, Benchmarking Person-centred Care, CARES Observational Tool, etc. (DE SILVA, 2014).

Uma revisão sistemática com 36 instrumentos avaliou as escalas no contexto de médicos e estudantes de medicina, mas apenas 8 apresentaram maior consistência e validação (6 autoaplicáveis, uma medida por pacientes e outra por observador), entre elas a Jefferson Scale of Empathy (Physician) (JSE), sendo esta última a mais pesquisada e utilizada na área do cuidado em saúde (HEMMERDINGER, 2007).

A Jefferson Scale of Empathy (Physician) (JSE) foi o instrumento escolhido por ter vantagens em relação aos demais: é o mais pesquisado e o mais utilizado, com inúmeras validações em países diversos. Segundo seu desenvolvedor, a empatia é "um atributo predominantemente cognitivo (ao invés de emocional) de experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de comunicar este entendimento, com intenção de ajudar" (HOJAT, 2016, pag 7). Sua elaboração foi realizada de maneira bastante criteriosa, possui uma avaliação psicométrica favorável na sua versão original, tem um tempo de resposta viável para sua ampla utilização e é o instrumento mais utilizado internacionalmente.

O estudo original de Hojat com médicos (2002), após uma investigação anterior com estudantes de medicina feita pelo mesmo autor (2001), apresenta vários pontos positivos: está baseada na literatura científica e considera outros instrumentos existentes; contempla os elementos relevantes do construto; descreve o número de médicos para os quais foi enviado o instrumento e o percentual de resposta; foram avaliadas diversas questões, incluindo a consistência interna para cada dimensão e da escala como um todo. A replicação do teste foi realizada, após três meses, na mesma população.

O autor se baseou em escalas existentes na época (todas para o contexto da população em geral, não para a especificidade da relação com o paciente), para a construção da escala para estudantes de medicina: a Interpersonal Reactivity Index (IRI) de 1983, publicada por Davis, The Empathy Scale de Hogan de 1969, e a Emotional Empathy desenvolvida em 1972 por Mehrabian and Epstein (HOJAT, 2001). A primeira versão se constituía de 90 itens, com 16 dimensões (preocupação empática, assumir perspectivas, fantasia, acolhedor, obediência, fé nas pessoas, vivenciar o lugar do paciente, simpatia, compaixão, confiança, tolerância, crescimento profissional através da interação com o paciente, comunicação, autoproteção, humor e neutralidade clínica), que foi enviada para médicos, sendo convertida em outra de 45 itens. Essa escala foi aplicada a estudantes, e acabou sendo reduzida para 20 itens.

No ano seguinte, o autor desenvolveu a partir da escala para estudantes a escala JSE, versão para médicos. Consiste em um questionário auto-aplicável de 20 itens (ANEXO A), distribuídos em três dimensões (conforme modelo da Figura 1 abaixo): os itens 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 e 20 correspondem à dimensão de assumir perspectivas diferentes do respondente (10 itens); os 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19 referem-se à dimensão sobre cuidado com compaixão (8 itens) e apenas dois itens, o 3 e o 6 são relativos a vivenciar o lugar do paciente (que traduzido para uma expressão coloquial seria calçar os sapatos do paciente). O autor se critica ao se basear em Velicer e Fava (1998), que demandam um mínimo de três itens em cada dimensão (HOJAT, 2002).

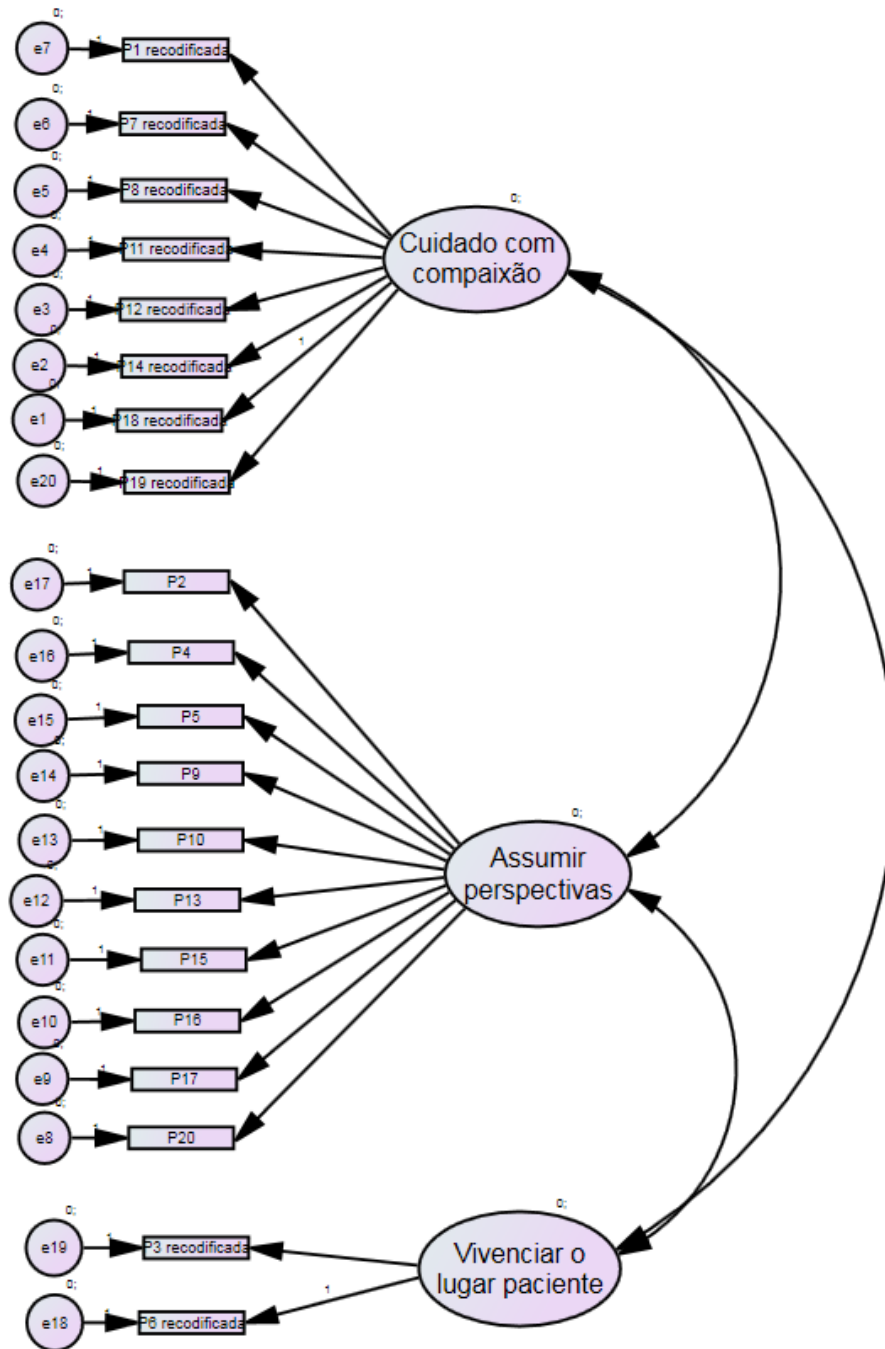
Os itens são respondidos em uma escala Likert de sete pontos. Todos os itens positivos variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Entre os 20 itens da escala, 10 são negativos e devem ser revertidos para a análise. Os escores da JSE variam de 20 a 140, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior a empatia (HOJAT, 2002).

A versão para médicos foi enviada a 704 profissionais (e obteve uma taxa de resposta de 70% dos mesmos), e após 3 a 4 meses, foram selecionados, por randomização, 100 dos respondentes iniciais para retestá-la (taxa de resposta de 70%). Os resultados foram bons: a

consistência interna pelo alpha de Cronbach foi de 0,81 e o coeficiente de confiabilidade do reteste foi de 0,65 (HOJAT, 2002). O primeiro fator foi responsável por 21% de variância, o segundo por 8% e o terceiro por 7%. Foi considerado o valor de 0,35 para carregamentos dos itens. A média da escala nesse estudo foi 120 pontos. A média foi menor ou igual a que 75 nos resultados de três participantes (menor nota foi 50), e teve praticamente nota máxima (de 136 a 140) em 38 participantes ou 5% da população, o intervalo entre 126 e 130 foi o que teve a maior parte de participantes, 126 (HOJAT, 2002).

A ferramenta já foi validada em diversos idiomas, na maioria das vezes a versão para estudantes, que tem algumas diferenças: apenas três questões a serem recodificadas e o foco em percepções e não em comportamento. A versão para estudantes para a língua portuguesa foi utilizada em estudantes de Portugal (MAGALHÃES, 2010). No Brasil, o instrumento foi validado e aplicado em estudantes de medicina por pesquisadores da Universidade de São Paulo (PARO, 2012) e a seguir da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PROVENZANO, 2014). Um outro instrumento do mesmo autor, sobre colaboração interprofissional, também foi adaptado para um contexto de unidade básica de saúde (ABED, 2015).

Figura 1 – Modelo Análise Fatorial Confirmatória com 3 Dimensões



P=pergunta

3.2 Local e Infraestrutura

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) é uma instituição pública com um caminho longo em prol da qualidade da assistência. Possui equipes interdisciplinares de assistência que se reúnem sistematicamente e seguem protocolos

elaborados e validados em conjunto, de forma a ter uma atuação interdisciplinar no cuidado do paciente e vê-lo de forma mais holística, considerando os diversos saberes e a singularidade do paciente.

O INTO é um hospital com 255 leitos que é referência nacional na especialidade. A partir de 2000 investe na qualidade do cuidado, com foco inicial na acreditação hospitalar internacional pela Joint Commission International (JCI), a mais antiga empresa de acreditação do mundo e com reconhecimento internacional como a mais importante em diversas publicações, obtida em 2006 e recertificado em 2009, 2012 e 2016; bem como outros métodos de gestão da qualidade, dentre os quais, prêmios baseados no Prêmio Nacional da Qualidade, seguimento de protocolos, políticas nacionais e internacionais.

Houve o convite a um grande hospital com longa trajetória na área de qualidade a participar do estudo, sendo aceito por diversas lideranças médicas, mas por mudanças administrativas que causaram mudança do interlocutor, não foi possível realizar todos os passos necessários para a realização concomitante do estudo.

3.3 Adaptação Transcultural (ATC)

Embora não haja na literatura consenso sobre o melhor método de adaptação transcultural (ATC) de instrumentos, não há dúvida que a tradução simples do mesmo não é um meio adequado para sua utilização em diferentes contextos. Na ATC foi adotada a perspectiva universalista proposta por Herdman e cols. (1998) que considera que o construto é o mesmo em diferentes culturas, desde que se utilize um método para se certificar dessa equivalência cultural.

Foi seguido o método de operacionalização proposto por Reichenheim e Moraes (2007), que é um marco conceitual e organiza orientações sobre as etapas a serem realizadas para avaliação de instrumentos padronizados. Também foram considerados os padrões de qualidade do Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments initiative (COSMIN) conforme Mokkink e cols. (2019), de forma a qualificar o método do trabalho. Essa versão revisada do método propõe a validade do construto, sua consistência interna (para cada dimensão inclusive, preferencialmente através do alpha de Cronbach), a validação transcultural, assim como os critérios utilizados, as medidas de erros. Foram retirados itens em relação à publicação do mesmo grupo de 2010, como uma análise ruim quando não é explicitado o que foi feito com os dados faltantes (já que não necessariamente

modificam o resultado do estudo), assim como estudos com pequenas amostras eram sistematicamente considerados ruins, mas a consistência de seus dados pode demonstrar boa evidência das propriedades do instrumento. Se a estrutura interna (através de análise fatorial, entre outros métodos) for validada, considerando que os itens efetivamente refletem o construto, aí se procede à análise da consistência interna pelo alpha de Cronbach. E nas adaptações transculturais, avaliar se as medidas desse grupo de participantes diferente, onde está sendo testado, responde de forma similar ao grupo original.

3.4 Equivalência Conceitual

Para a identificação do construto em ambas as culturas, foi realizada a revisão bibliográfica dos estudos de validação psicométrica do instrumento original e das versões existentes cujas publicações dos resultados estivessem disponíveis em português.

Um grupo de especialistas composto por 6 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) envolvidos com qualidade e saúde pública, com especial trânsito com o conceito de cuidado centrado no paciente e/ou relação médico-paciente, bilíngues em português e inglês e dois com experiência na adaptação de instrumento de medida foi formado, com o objetivo de avaliar o construto da empatia. Um dos membros já havia participado da elaboração de uma tradução livre para o português do Brasil e de Portugal junto ao próprio autor, e participou dos encontros via teleconferência por situar-se em outra cidade. Foi realizada apresentação para o grupo, com a seleção de estudos disponíveis.

Avaliou-se inicialmente a equivalência conceitual utilizando o instrumento original, a tradução livre existente realizada por um dos membros do grupo junto ao autor, a tradução portuguesa e brasileira para estudantes.

3.5 Equivalência Semântica

Foram seguidas cinco etapas nessa fase, de cada um dos itens: a tradução, a retradução, a equivalência entre as retraduições e o instrumento, revisão pelo grupo de especialistas para prosseguir para a realização de pré-teste. O instrumento foi traduzido por dois tradutores independentes brasileiros, com ótimo domínio de inglês, sendo que um deles possui também experiência no cuidado hospitalar. Posteriormente, as duas traduções foram retraduzidas por tradutor independente, que tem o idioma inglês como língua materna. Foi dada maior ênfase no senso geral e conotativo, ou seja, a reação afetiva evocada para o

contexto cultural brasileiro, com especial atenção à não utilização de jargões ou termos que possam ser ofensivos, além da preocupação da linguagem ser adequada à população em questão.

A avaliação da equivalência semântica entre a retradução e o original foi realizada por um terceiro tradutor, que não possuía conhecimento sobre quais as versões original e a traduzida, que elaborou uma versão a ser avaliada em conjunto com o grupo de especialistas, tendo participado da versão final em conjunto com o grupo de especialistas.

A versão a ser testada durante o pré-teste foi validada pelos especialistas que se reuniram, que tinham em mãos a versão original, as traduções 1 e 2, a retradução, a tradução portuguesa e a tradução de equivalência. Após o pré-teste não foram necessárias novas modificações no instrumento.

3.6 Pré-teste

O pré-teste da versão (pós-avaliação semântica) foi aplicado a 20 entrevistados, para averiguar se houve entendimento das questões do questionário e se as categorias de resposta atenderam ao que era esperado. O método utilizado foi a entrevista cognitiva na qual os entrevistados foram inquiridos sobre o que estava sendo solicitado na pergunta e a responderem em voz alta como era o processo de elaboração das respostas, assim como se os termos da pergunta apresentavam palavras confusas ou ofensivas. Nos casos em que houvesse menos de 90% de entendimento, seria realizada nova reunião de grupo de especialistas para propor ajustes semânticos. Esses resultados das respostas do instrumento do pré-teste foram incluídos no banco de dados.

3.7 Equivalência Operacional

Foi avaliada pelo grupo de pesquisa a adequação das seguintes decisões, além de validar a versão final a ser testada do instrumento: 1) o meio de administração do instrumento impresso, já que não haveria disponibilidade de computadores para todos; 2) o modo de aplicação por autopreenchimento, como já definido pelo autor do instrumento; 3) o modo de categorização dos profissionais quanto às suas características (sexo, idade, especialidade).

3.8 Equivalência de Mensuração

As propriedades psicométricas da versão adaptada foram avaliadas através de Análise Fatorial Exploratória (AFE) e de tipo Confirmatória (AFC). A Análise Fatorial Exploratória foi utilizada para verificar padrão das correlações entre as variáveis, agrupando-as em fatores para identificar grupos de variáveis que se inter-relacionassem, de forma a representar um fator comum. Cada fator apresenta um autovalor ou eigenvalue, que é um índice de qualidade, e apenas os altos representam efetivamente um fator considerado forte. A medida da variância de cada um é chamada de comunalidade (valores quadrados), consideraram-se as maiores que 0,4. De forma teórica, cada variável deveria medir um fator, mas isso pode não ocorrer, e se correlacionar com mais de um desses componentes, apresentando uma carga cruzada. Ao realizar a rotação, se utilizam regras para redistribuir as cargas dos fatores, na tentativa de que cada variável meça apenas um fator. A análise fatorial foi realizada pela extração com método de componentes principais e rotação ortogonal varimax (utilizada na maioria dos trabalhos para possibilitar comparações) e geomin (considerada melhor para números ordinais como os da escala Likert), extraindo autovalores (ou raiz-latente) maiores que 1 (HAIR, 2010).

A análise fatorial de tipo confirmatória (AFC), mede a consistência interna medida pelo método estimador α de Cronbach, conforme Streimer e Norman (2007). Utiliza a modelagem de equações estruturais para variáveis observadas e fatores, através de uma matriz de covariância. A confiabilidade composta é considerado um indicador de validade convergente, para analisar a qualidade do modelo do instrumento psicométrico. Utiliza a soma de cargas fatoriais (medida entre o item e a variável latente) e a soma dos erros de medida. A confiabilidade composta é mais robusta que o coeficiente alpha porque esse último não considera as variações existentes das cargas dos itens. Considerou-se α de Cronbach maior que 0,6 adequado (HAIR, 2010).

A medida da equivalência funcional se deu pelo atendimento às etapas anteriores.

3.9 População

A amostra do estudo foi constituída por 101 médicos da população de aproximadamente 300 que atuam no INTO, todos possuem carga horária de pelo menos 20 horas na instituição, independente do tempo de trabalho na mesma. Na instituição as especialidades incluem a ortopedia, cirurgia geral, de tórax, vascular, urologia, anestesia, clínica médica, medicina intensiva, reumatologia, psiquiatria, clínica da dor, infectologista e

fisiatria. Foram excluídos da pesquisa os médicos que não tiveram termo de consentimento assinado. Não se tratou de uma amostragem aleatória, uma vez que todos os médicos foram convidados a participar.

Para se avaliar a população respondedora era suficiente, foi seguida a orientação do COSMIN de analisar os resultados e verificação da estrutura da escala. Ao se utilizar o cálculo habitual de amostragem, considerando orientações da OMS/WHO (2018) sobre tamanho mínimo de amostras, ou calculadoras disponíveis como da Raosoft (2004), com margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 95%, população de 300 e distribuição de 84% de respostas positivas (conforme explicitado abaixo de acordo com a média obtida do instrumento), o número necessário seria de 119 profissionais; com 101 participantes, a margem de erro sobe para 5,68%. Segundo Hair (2007), a amostra preferencialmente deveria ser de no mínimo 50 e desejável maior que 100, ou pelo menos 5 respondedores para cada questão.

3.10 Análise dos Dados

Uma vez que os itens do questionário são redigidos em ambas as direções, positiva e negativa, os itens inicialmente redigidos negativamente foram codificados de modo inverso, para que uma maior pontuação indique uma resposta mais positiva para empatia em todos os itens. Não seriam incluídos para avaliação da percepção dos profissionais os questionários incompletos, ou seja, aqueles no qual o respondente não tivesse preenchido a maior parte dos itens de pelo menos uma seção. Questionários que apresentassem a mesma resposta em todos os itens também seriam excluídos dessa análise, pois denotam que o respondente não dispensou a atenção exigida no preenchimento do instrumento. Em um caso que ocorreu o não preenchimento de um item dos vinte, foi colocado a média dos outros dezenove, conforme recomendado pelo método descrito pelo autor do instrumento. Não foram excluídos questionários por essas regras.

A Teoria de Resposta ao Item (TRI), baseada no modelo de traço latente, consiste em avaliar como o indivíduo responde aos itens, e partir de hipóteses das respostas com o seu traço latente, se verifica quais são tais relações, caso a escala se comportasse de forma unidimensional (PASQUALI, 2013).

Nas análises do estudo transversal, a caracterização da população do estudo foi feita por meio da estatística descritiva. Foram calculadas as médias e desvio padrão e os

percentuais médios de respostas positivas sobre empatia, definidas como a média percentual de respostas positivas de cada nível (item) dentro da dimensão da escala. A percentagem de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à empatia. Calculou-se a média final do instrumento no grupo avaliado, método empregado pela maioria dos estudos de validação do instrumento em culturas diversas. Coeficientes de correlação de Pearson foram utilizados para examinar as correlações entre o escore de cada item e o escore total da escala, assim como também a análise policórica, mais adequada a números ordinais, como no caso dessa escala.

A medida da confiabilidade ou consistência interna para cada uma das dimensões da escala foi estimada através do coeficiente alfa de Cronbach, que varia de 0 a 1, considerando preferencialmente valores maiores que 0,7 como satisfatórios, embora os acima de 0,6 possam ser considerados (STREIMER e NORMAN, 2007).

Coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach, alfa e theta ordinais e theta de Armor foram estimados para as três dimensões (GADERMANN e cols., 2012). Estudos de simulação tem demonstrado que o uso do alfa de Cronbach como coeficiente de consistência interna sobre escalas de resposta Likert com menos de 5 categorias de respostas produz uma diminuição em sua magnitude, que se estabiliza a partir de escalas com 6 categorias, que é o caso da JSE. A diferença crítica entre o coeficientes alfa de Cronbach e o coeficientes ordinais é que esses últimos são estimados a partir da matriz de correlação policórica, que estima a relação linear entre duas variáveis latentes contínuas que subjazem a duas variáveis observadas ordinais que são indicadores manifestos daquelas. Por seu turno, a matriz de covariância de Pearson não leva em conta o caráter ordinal dos dados. Desse modo, o alfa ordinal provê estimativas mais acuradas das confiabilidades teóricas na presença de dados com assimetria, situação comum quando são analisados variáveis ordinais do tipo Likert. Nesses casos o coeficiente alfa de Cronbach é afetado, gerando estimativas de confiabilidade enviesadas negativamente. Normalmente, o coeficiente alfa ordinal é maior que o coeficiente alfa de Cronbach correspondente (ZUMBO e cols., 2007; OLIDEN e ZUMBO, 2008).

A validade de construto foi avaliada por meio de análise fatorial exploratória. O propósito da análise fatorial é revelar a estrutura latente de um conjunto de variáveis - dimensões, que explique as correlações entre essas variáveis. A análise fatorial é baseada no pressuposto de que todas as variáveis são correlacionadas em algum grau e, aquelas variáveis que compartilham dimensões subjacentes comuns deveriam ser fortemente correlacionadas.

Tendo em vista que as variáveis do estudo são ordinais (Likert), foram estimadas matrizes de dados brutos de correlações policóricas pelo método two-steps (HAIR, 2010).

A adequação da matriz de correlação para emprego em uma análise fatorial foi avaliada por meio dos testes χ^2 de esfericidade de Bartlett, de Jennrich e de Steiger, bem como a medida de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) – proporção da variância dos dados comuns a todas as variáveis. Sugere-se usar o KMO quando a relação casos para variáveis é menor que 1:5, varia de 0 a 1 e é considerado adequado se apresenta valores acima de 0,50 (HAIR, 2010).

Utilizou-se a rotação ortogonal varimax, a fim de obter uma solução que pudesse ser comparada aos achados de estudos internacionais que empregaram a mesma escala de empatia. O uso de rotações ortogonais produz fatores que não são correlacionados, utilizando a análise de componentes principais (ACP) e rotação varimax. O teste de esfericidade de Bartlett provê uma medida de qui-quadrado que deve ser significativa, indicando que a matriz não é uma matriz-identidade e, portanto, deve apresentar um valor de $p < 0,05$. Eigenvalues maiores que 1,5 foram definidos para retenção dos fatores componentes e as cargas fatoriais iguais ou maiores que 0,40 foram consideradas satisfatórias para a interpretação da estrutura fatorial (STREIMER e NORMAN, 2007; HAIR, 2010).

Os procedimentos de análise paralela, método da média mínima parcial (minimum average partial - MAP) proposto por Velicer e VSS (Very Simple Structure) foram empregados para definir o número de fatores a serem retidos. A análise paralela identificou o número de componentes que explicariam mais a variância do que os componentes derivados de dados gerados aleatoriamente, que nesse estudo foram obtidos por permutação. No critério MAP de Velicer os componentes são retidos na medida em que a variância na matriz de correlação representa variância sistemática. O número de componentes é determinado pelo número k , que varia de zero até o número de variáveis menos 1. O critério do VSS compara a matriz de correlação reproduzida pela versão mais simples das cargas fatoriais com a matriz de correlação original (VELICER, 1976; REVELLE e ROCKLIN, 1979; HAIR, 2010).

A Análise Fatorial Confirmatória foi utilizada para analisar as relações entre um conjunto de variáveis observadas (itens) e de variáveis latentes da escala de Jefferson. Desse modo, os 20 itens da escala foram modelados como resultantes de três variáveis latentes da seguinte maneira: V1 - Assumir perspectivas (10 itens), V2 - Cuidado com compaixão (8 itens) e V3 - Vivenciar o lugar do paciente (2 itens).

Para o teste de ajuste do modelo proposto (de forma a avaliar quanto o modelo hipotético se ajusta com os dados em questão), foram analisados os seguintes índices (HU e BENTLER, 1999; HAIR, 2010):

- Entre os absolutos, que não comparam com outro modelo, mas derivados das matrizes de covariância: χ^2 (relativamente bom, considerando que a mostra é menor que 200, é sensível ao tamanho da amostra, testa a hipótese nula sendo verdadeira), CFI (Comparative Fit Index); GFI (Goodness of Fit Index) e AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index); SRMR (Root Mean Square Residual);
- Entre os relativos (que comparam com um modelo nulo – se todas as variáveis não fossem correlacionadas): TLI (Tucker Lewis Index, ou NNFI);
- Entre os não centrais (considerando o modelo perfeito, e não o χ^2 igual a zero): RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation).

Adotaram-se, como critérios de ajuste satisfatório de modelo aos dados, os seguintes valores dos índices: CFI superior a 0,90; RMSEA próximo ou inferior a 0,08; GFI superior a 0,9; TLI superior a 0,90; e SRMR próximo ou inferior a 0,80 (HAIR, 2010).

O plug-in do R desenvolvido por Basto e Pereira (2012) e o software Mplus (Múthen e Múthen, 2017) versão 8.1 foram utilizados para as análises fatoriais exploratória e confirmatória, respectivamente. A planilha inicial de digitação dos dados foi construída no Microsoft Office Excel, versão 15.0 (Office 2013).

3.11 Procedimentos

Foram recrutados os médicos do INTO através de apresentação do trabalho seguida de convite para participar. A participação foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). Foram entregues duas cópias de cada, uma para o participante e outra para a pesquisadora.

O questionário original da Thomas Jefferson University foi cedido à autora de forma gratuita para realização da pesquisa (ANEXO C).

3.12 Questões Éticas

A pesquisa respeitou a Resolução n° 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) quanto à submissão ao comitê de ética em pesquisa e garantia dos preceitos

éticos referidos nesta legislação. Para tanto, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do INTO, sob o número 47223415.0.0000.5273 (ANEXO D). A utilização das informações será exclusivamente para fins científicos, estando assegurado o sigilo de identidade dos participantes.

4. RESULTADOS

O processo de tradução e adaptação foi realizado pelo grupo de tradutores e especialistas. Foram revistos pelo grupo de especialistas todos os tópicos, conforme se verifica abaixo para cada uma das perguntas. O problema mais importante encontrado foi a forma da última tradução, que não é em primeira pessoa como no original e nas outras traduções, erro que foi revertido pelo grupo de especialistas na versão final validada, sendo modificado de forma mais explicitada a resposta na pessoa do médico e com algumas outras variações.

Algumas palavras foram traduzidas por cada um dos tradutores de forma distinta, e o grupo a partir de todas as versões selecionou para a versão final a que considerou mais adequada. Entre essas situações, estão: meu entendimento e minha compreensão; resultado clínico e desfecho clínico; visto, devido, uma vez e como; fator terapêutico, conduta terapêutica; laços emocionais e vínculo; sinais e pistas; tratamento médico e tratamento de doenças e tratamento do paciente; talento, competência e habilidade terapêutica; relação médico-paciente e relacionamento com os pacientes; estado emocional e status emocional; atendimento, cuidado e assistência.

As sugestões de mudanças nas questões, apontadas pelo grupo, foram, principalmente, os seguintes exemplos:

- Item 1 - “conduta médica e/ou cirúrgica” por “tratamento clínico ou cirúrgico”;
- Item 2 - “se preocupam...” por “...eu compreendo ...”;
- Item 4 - “Compreender que a linguagem corporal é tão importante quanto a linguagem verbal é de vital importância na relação médico-paciente” por “Na relação profissional de saúde-paciente, eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes tão importante quanto a comunicação verbal”;
- Item 5 - “...Uma atitude positiva ante à vida...” para “...”Eu tenho um bom senso de humor”;
- Item 15 - “Empatia é uma habilidade que, caso o médico não possua, pode limitar seu sucesso.”, para “A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado”.

A seguir, no Quadro 1, são as apresentadas as questões do instrumento original e as diferentes traduções obtidas para cada pergunta.

Quadro 1 – Questões do Instrumento de Jefferson Scale of Empathy (Physician)

PERGUNTA 1	
HP-R	My understanding of how my patients and their families feel does not influence medical or surgical treatment.
T1	O meu entendimento dos sentimentos dos meus pacientes e respectivas famílias não influencia o tratamento médico ou cirúrgico.
T2	Minha compreensão de como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento médico e cirúrgico.
RETRADUÇÃO	Understanding my patients' feelings and the feelings of their patients' families does not play any part in medical or surgical treatment.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	A minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia os resultados do tratamento médico ou cirúrgico.
TRADUÇÃO FINAL	A compreensão, por parte do médico, do emocional do paciente e de seus familiares, não interfere na conduta médica e/ou cirúrgica
TRADUÇÃO VALIDADA	Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico.
PERGUNTA 2	
HP-R	My patients feel better when I understand their feelings.
T1	Meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo seus sentimentos.
T2	Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo seus sentimentos.
RETRADUÇÃO	Patients feel better when I am mindful of their feelings.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.
TRADUÇÃO FINAL	Pacientes sentem-se melhores quando seus médicos se preocupam com seus sentimentos
TRADUÇÃO VALIDADA	Meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.
PERGUNTA 3	
HP-R	It is difficult for me to view things from my patients' perspectives.
T1	É difícil para mim ver as coisas sob a perspectiva dos meus pacientes.

T2	É difícil, para mim, ver as coisas sob a perspectiva dos meus pacientes.
RETRADUÇÃO	It is difficult to view things from patients' perspectives.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	É difícil, para mim, ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
TRADUÇÃO FINAL	É difícil para um médico entender as perspectivas dos pacientes.
TRADUÇÃO VALIDADA	É difícil, para mim, ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
PERGUNTA 4	
HP-R	I consider understanding my patients' body language as important as verbal communication in caregiver-patient relationships.
T1	Eu considero que entender a linguagem corporal dos meus pacientes é tão importante quanto a comunicação verbal, na relação entre médico e paciente.
T2	Eu entendo que a linguagem corporal dos meus pacientes é tão importante quando a linguagem verbal entre profissional de saúde-paciente.
RETRADUÇÃO	Understanding body language is as important as verbal communication in the physician-patient relationships.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Na relação profissional de saúde-paciente, eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes tão importante quanto a comunicação verbal.
TRADUÇÃO FINAL	Compreender que a linguagem corporal é tão importante quanto a linguagem verbal é de vital importância na relação médico-paciente.
TRADUÇÃO VALIDADA	Na relação profissional de saúde-paciente, eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes tão importante quanto a comunicação verbal.
PERGUNTA 5	
HP-R	I have a good sense of humor that I think contributes to a better clinical outcome.
T1	Eu tenho um bom senso de humor e acho que isso contribui para um melhor resultado clínico.
T2	Eu tenho um bom senso de humor e penso que contribui para um melhor desfecho clínico.
RETRADUÇÃO	A positive outlook on life contributes to a better clinical outcome.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu tenho um bom senso/sentido de humor, que considero contribuir para um melhor resultado clínico.
TRADUÇÃO FINAL	Uma atitude positiva ante à vida por parte do médico contribui para um melhor resultado clínico.
TRADUÇÃO VALIDADA	Eu tenho um bom senso de humor, que considero contribuir para um melhor resultado clínico

PERGUNTA 6	
HP-R	Because people are different, it is difficult for me to see things from my patients' perspectives.
T1	Visto como as pessoas são diferentes, resulta difícil para mim ver as coisas sob a perspectiva dos meus pacientes.
T2	Devido as pessoas serem diferentes, é difícil, para mim, ver as coisas sob as perspectivas dos meus pacientes.
RETRADUÇÃO	Because people are different, it is difficult to see things from my patient's perspective.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Como as pessoas são diferentes, é difícil, para mim, ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
TRADUÇÃO FINAL	Uma vez que pessoas são diferentes, torna-se difícil analisar cenários do ponto de vista do paciente.
TRADUÇÃO VALIDADA	Como as pessoas são diferentes, é difícil, para mim, ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.
PERGUNTA 7	
HP-R	I try not to pay attention to my patients' emotions in history taking or in asking about their physical health.
T1	Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao colher sua história ou perguntar sobre sua saúde física.
T2	Eu tento não prestar atenção nas emoções dos meus pacientes ao obter o histórico ou ao perguntá-los sobre sua saúde física.
RETRADUÇÃO	Patient's emotions are unimportant in history taking or asking about physical health.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.
TRADUÇÃO FINAL	O emocional do paciente não é levado em consideração no diagnóstico inicial.
TRADUÇÃO VALIDADA	Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.
PERGUNTA 8	
HP-R	Attentiveness to my patients' personal experiences does not influence treatment outcomes.
T1	Atenção cuidadosa às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia resultados do tratamento.
T2	Atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os desfechos dos tratamentos.
RETRADUÇÃO	Attentiveness to patients' personal experiences does not compromise the outcome of the treatment.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.

TRADUÇÃO FINAL	Estar atento às experiências pessoais dos meus pacientes não compromete o resultado do tratamento.
TRADUÇÃO VALIDADA	A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.
PERGUNTA 9	
HP-R	I try to imagine myself in my patients' shoes when providing care to them.
T1	Eu tento me imaginar lugar de meus pacientes quando os cuido.
T2	Eu tento me colocar no lugar dos meus pacientes quando ofereço cuidado a eles.
RETRADUÇÃO	I should put myself in my patients' shoes when treating them.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando lhes presto cuidados.
TRADUÇÃO FINAL	Médicos devem se colocar no lugar do paciente durante todo o tratamento.
TRADUÇÃO VALIDADA	Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando estou cuidando deles.
PERGUNTA 10	
HP-R	My patients value my understanding of their feelings which is therapeutic in its own right.
T1	Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos sentimentos deles, o que é um fator terapêutico em si.
T2	Meus pacientes apreciam minha compreensão dos seus sentimentos, a qual é terapêutica.
RETRADUÇÃO	Understanding my patients' feelings is therapeutic in its own right.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, a qual, por si só, é terapêutica.
TRADUÇÃO FINAL	Faz parte da conduta terapêutica o médico entender o emocional do paciente.
TRADUÇÃO VALIDADA	Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica.
PERGUNTA 11	
HP-R	Patients' illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, emotional ties to my patients do not have a significant influence on medical or surgical outcomes.
T1	As doenças dos pacientes só podem ser curadas por tratamento médico ou cirúrgico; assim, os laços emocionais com meus pacientes não têm influência significativa no resultado do tratamento médico ou cirúrgico.

T2	As doenças dos pacientes podem ser curadas com tratamento medico ou cirúrgico, entretanto, o vínculo com os meus pacientes não tem influência significativa para os desfechos médico ou cirúrgico.
RETRADUÇÃO	Patients' illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, the emotional ties with my patients do not play any part in the medical or surgical treatment.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	As doenças só podem ser curadas com tratamento específico (targeted/specific); portanto, os laços emocionais com meus pacientes não têm uma influência significativa no tratamento médico ou cirúrgico
TRADUÇÃO FINAL	Doenças só podem ser curadas através de tratamento médico e/ou cirúrgico. Desta forma, eventuais laços emocionais com o paciente não tem relação com a conduta médica ou cirúrgica.
TRADUÇÃO VALIDADA	As doenças dos pacientes só podem ser curadas por tratamento clínico ou cirúrgico; portanto, os laços emocionais com meus pacientes não têm influência significativa no resultado do tratamento clínico ou cirúrgico.
PERGUNTA 12	
HP-R	Asking patients about what is happening in their personal lives is not helpful in understanding their physical complaints.
T1	Perguntar aos pacientes sobre como vai sua vida pessoal não ajuda no entendimento de suas queixas físicas.
T2	Perguntar aos pacientes sobre o que está acontecendo em sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.
RETRADUÇÃO	Inquiring about a patient's personal life does not help to better understand what is troubling them.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Fazer perguntas aos pacientes sobre o que está acontecendo na sua vida pessoal não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.
TRADUÇÃO FINAL	Questionar o paciente acerca de sua vida pessoal não colabora em um melhor entendimento do que está acometendo-o.
TRADUÇÃO VALIDADA	Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.
PERGUNTA 13	
HP-R	I try to understand what is going on in my patients' minds by paying attention to their non-verbal cues and body language.
T1	Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a sinais não verbais e linguagem corporal.
T2	Eu tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes prestando atenção nas pistas de sua linguagem não verbal e corporal.
RETRADUÇÃO	I should try to understand what is going on my patients' minds by paying attention to their non-verbal cues and body language.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção a suas pistas não-verbais e sua linguagem corporal.
TRADUÇÃO FINAL	Médicos devem esforçar-se a fim de compreender o que se passa com o paciente por meio da análise de sinais não verbais, bem como linguagem corporal.

TRADUÇÃO VALIDADA	Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a seus sinais não verbais e sua linguagem corporal.
PERGUNTA 14	
HP-R	I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.
T1	Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento médico de doenças
T2	Eu acredito que emoção não tem lugar no tratamento médico da doença.
RETRADUÇÃO	I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento das doenças.
TRADUÇÃO FINAL	Acredito que não há espaço para o emocional durante o tratamento médico.
TRADUÇÃO VALIDADA	Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças.
PERGUNTA 15	
HP-R	Empathy is a therapeutic skill without which success in treatment is limited.
T1	A empatia é um talento terapêutico sem o qual o sucesso do médico fica limitado.
T2	Empatia é uma habilidade terapeutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
RETRADUÇÃO	Empathy is a therapeutic skill without which the success of a physician's treatment is limited.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do tratamento é limitado.
TRADUÇÃO FINAL	Empatia é uma habilidade que, caso o médico não possua, pode limitar seu sucesso.
TRADUÇÃO VALIDADA	A empatia é uma habilidade terapeutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
PERGUNTA 16	
HP-R	An important component of the relationship with my patients is my understanding of their emotional status, as well as that of their families.
T1	Um componente importante da relação médico-paciente é o meu entendimento da sua situação emocional, assim como da de seus familiares.
T2	Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é compreender o estado emocional deles bem como de suas famílias.

RETRADUÇÃO	Understanding the emotional status of my patients, as well as that of their families is one important component of the physician-patient relationship.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	A compreensão do médico do status emocional do seu paciente bem como do seu familiar é um componente importante da relação médico-paciente.
TRADUÇÃO FINAL	Compreender o estado emocional do paciente e do familiar é, para o médico, um fator importante na relação médico-paciente.
TRADUÇÃO VALIDADA	Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional bem como o de suas famílias.
PERGUNTA 17	
HP-R	I try to think like my patients in order to render better care.
T1	Eu tento pensar como meus pacientes para proporcionar melhor atendimento.
T2	Eu tento pensar como meus pacientes para prestar melhor cuidado.
RETRADUÇÃO	I should try to think like my patients in order to render better care.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhores cuidados.
TRADUÇÃO FINAL	Médicos devem pensar como seus pacientes a fim de prestar uma melhor assistência.
TRADUÇÃO VALIDADA	Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado.
PERGUNTA 18	
HP-R	I do not allow myself to be influenced by strong personal bonds between my patients and their family members.
T1	Eu não permito me influenciar pelos fortes laços pessoais entre seus pacientes e os membros das respectivas famílias.
T2	Eu não me permito influenciar por laços pessoais fortes entre meus pacientes e seus familiares.
RETRADUÇÃO	I should not let any strong personal bonds between my patients and their family members cloud my professional judgment.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e respectivos familiares.
TRADUÇÃO FINAL	Médicos não devem permitir que quaisquer laços pessoais com o paciente e/ou familiares interfiram na conduta profissional
TRADUÇÃO VALIDADA	Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares.
PERGUNTA 19	
HP-R	I do not enjoy reading non-medical literature or the arts.

T1	Não aprecio ler literatura que não seja médica nem sobre as artes.
T2	Eu não gosto de ler literatura não médica ou artes.
RETRADUÇÃO	I do not enjoy reading non-medical literature or the arts.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Não gosto de ler literatura não médica? Or que não seja da área da saúde nem aprecio outras formas de arte.
TRADUÇÃO FINAL	Não me interessa por literatura não médica ou de qualquer outra área.
TRADUÇÃO VALIDADA	Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte.
PERGUNTA 20	
HP-R	I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical or surgical treatment.
T1	Acredito que a empatia seja um importante fator terapêutico no tratamento médico.
T2	Eu acredito que empatia é um fator terapeutico importante no tratamento médico ou cirúrgico.
RETRADUÇÃO	I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical treatment.
LIVRE BRASIL/ PORTUGAL	Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico ou cirúrgico? do paciente
TRADUÇÃO FINAL	Acredito que empatia é um fator terapêutico importante durante o tratamento.
TRADUÇÃO VALIDADA	Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.

O pré-teste foi realizado pela pesquisadora junto a 20 médicos de especialidades variadas, após leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, com solicitação de explicitar o entendimento da questão apresentada. Embora tenham ocorrido críticas, em especial ao excesso de questões negativas, não houve falha no entendimento em nenhuma das perguntas do instrumento por esse grupo. A seguir, o profissional respondia através de preenchimento o instrumento, para posterior entrega à pesquisadora. Os dados desses profissionais que participaram do pré-teste estão incluídos no banco de dados final.

Após a realização do pré-teste, foram convidados todos os médicos do INTO a participar da pesquisa, através de convites via chefia, que informava a seu grupo sobre a pesquisa, com idas posteriores a reuniões ou locais de trabalho para convidar o profissional,

explicação sobre a pesquisa, leitura de termo e assinatura junto com a pesquisadora, e posterior entrega do instrumento preenchido.

Responderam médicos sem identificação da especialidade (entre eles os residentes, que ainda não possuem especialidade), ortopedistas, clínicos, intensivistas, infectologista, fisiatra, pediatra, radiologista, cirurgião geral. A aplicação do instrumento se deu entre outubro de 2017 e março de 2018.

Entre os aproximadamente 300 médicos ligados diretamente à assistência convidados a participar, 101 responderam ao instrumento. Na validação psicométrica do questionário participaram do estudo 101 profissionais, sendo que assinalaram o sexo 76 participantes do sexo masculino (75%) e 21 do sexo feminino, com idades que variaram de 24 a 66 anos (média: 39,3; DP: 11,3). A distribuição dos profissionais segundo a especialidade mostrou que na amostra predominaram os médicos ortopedistas e clínicos gerais, além daqueles que não informaram a especialidade, aí incluídos os residentes (ainda sem especialidade) (Tabela 1). Houve apenas um dado faltante, sendo colocado a média das outras respostas conforme manual de orientação à aplicação da escala elaborado pelo autor, não havendo, portanto, exclusão de questionário por esse motivo.

Tabela 1 – Especialidades dos Participantes

Especialidade	Frequência	Percentual
Craniomaxilofacial	5	5,0
Cirurgia Geral	1	1,0
Clínica Médica	12	11,9
Fisiatria	1	1,0
Infectologia	1	1,0
Intensivista	9	8,9
Ortopedia	34	33,7
Pediatria	1	1,0
Radiologia	1	1,0
Não informado	36	35,6
Total	101	100,0

Inicialmente, a AFE foi realizada, considerando as três dimensões do instrumento referidas pelo autor: Assumir perspectivas, Cuidado com compaixão e Vivenciar o lugar do paciente, conforme já descrito na metodologia.

Os valores dos escores dos participantes variaram de 75 a 140, com média de 117,8 (DP:13,5). No tocante às perguntas do questionário, escores médios dos itens variaram de 6,7 (DP:0,77) a 4,3 (DP:1,82), ou seja, todos com respostas positivas com relação à empatia

(Tabela 2). O escore médio mais alto foi observado para o item 20 (“Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente”) – 6,68; e a menor média observada foi para o item 18 (“Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares”) – 4,3. A média dos itens não recodificados foi 6,05; dos recodificados foi 5,75.

Apenas no resultado de um participante o escore da escala foi 75 ou menor (75). Entre 76 e 100, foram 11 participantes; entre 101 e 120, 40; entre 121 e 130, 34; entre 131 e 135, 9 e entre 136 e 140, 6 (dos quais dois com 140 pontos).

Tabela 2 – Medidas descritivas das perguntas do questionário

	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
P2	6,52	1,16	-3,128	10,618
P4	5,66	1,48	-1,160	,847
P5	5,72	1,28	-,838	,503
P9	6,21	1,36	-2,282	5,547
P10	5,65	1,66	-1,297	1,114
P13	6,12	1,20	-1,395	1,309
P15	5,93	1,55	-1,485	1,423
P16	6,35	1,07	-2,474	7,969
P17	5,69	1,61	-1,275	1,038
P20	6,68	0,77	-2,949	9,568
P1r	5,80	1,79	-1,458	1,042
P3r	5,54	1,47	-1,159	,730
P6r	4,70	1,89	-,418	-1,069
P7r	5,69	1,94	-1,360	,522
P8r	6,15	1,49	-2,062	3,746
P11r	6,34	1,34	-2,538	6,626
P12r	6,51	1,18	-3,110	10,103
P18r	4,30	1,83	-,121	-,992
P19r	5,97	1,89	-1,687	1,463
P14r	6,51	1,06	-3,144	12,090

Obs: itens com a letra r foram recodificados

A análise de Kaiser-Meyer-Olkin apresentou um índice de 0,67, considerado adequado, entre mediano a bom; o teste de esfericidade de Bartlett mostrou um valor igual a 1027,04 ($p < 0,01$), o teste Steiger igual a 1879,70 ($p < 0,01$) e o teste de Jennrich igual a 276,70 ($p < 0,01$), que indicam a adequação dos dados para a análise fatorial.

Pelo critério da Mínima Média Parcial (Minimum Average Partial) de Velicer, foi minimizado em dois componentes, são correspondentes à menor média elevada ao quadrado e à quarta potência das matrizes de correlações parciais da análise de componentes principais

dos dados do estudo, e sugerem que o modelo com o melhor ajuste ocorre com dois fatores. Na figura 2, ao considerar o critério de Kaiser-Guttman (fatores com eigenvalue > 1), se pode perceber que cinco fatores deveriam ser retidos. O método das análises paralelas, por sua vez, mostra que o terceiro eigenvalue obtido por meio das APs (linha contínua vermelha) é igual ao terceiro eigenvalue obtido por meio da matriz de dados reais (linha pontilhada negra), demonstrando que o terceiro fator não é adequado.

Pelo critério do Very Simple Structure (VSS) também se identifica melhor duas complexidades (figura 3), mostra que os valores máximos variam segundo os níveis de complexidade, quando um número crescente de fatores é considerado. O nível de complexidade 1 sugere que um fator seria o mais adequado, entretanto o nível de complexidade 2 aponta que dois fatores seriam mais adequados para a escala sob estudo. Ao analisar o gráfico correspondente aos valores do VSS, nota-se que os modelos com 2 e 3 fatores são os que possuem as linhas mais altas, embora haja uma pequena diferença entre os dois que favoreceria o modelo com 3 fatores. Ao adotar o critério da parcimônia, a escolha recairia sobre o modelo mais simples, ou seja, com dois fatores.

Figura 2 – Scree plot e Análise paralela com permuta de dados

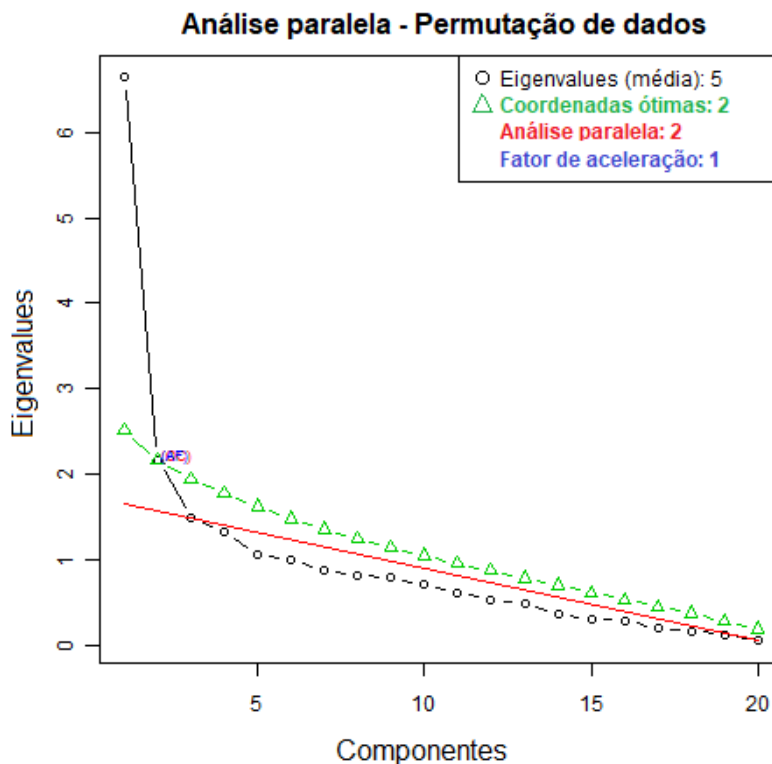
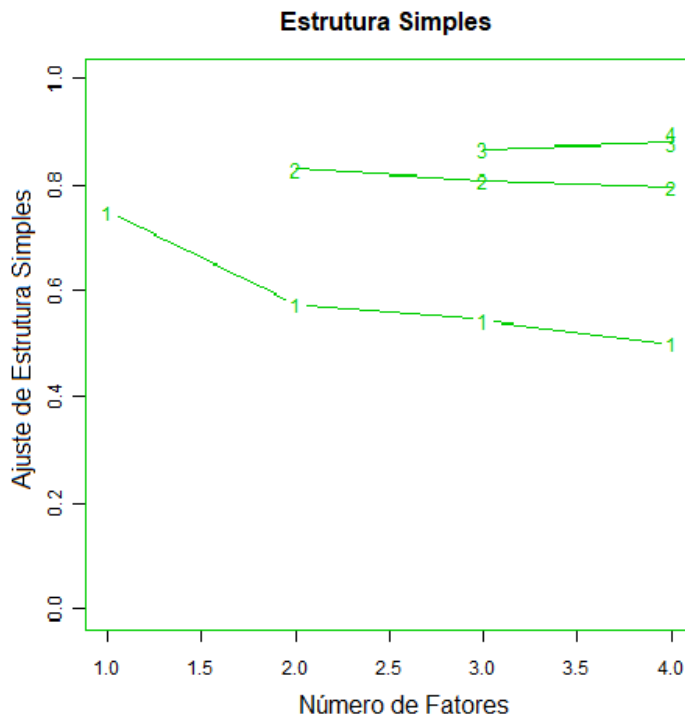


Figura 3 – Very Simple Structure



CONFIABILIDADE

De acordo com a Tabela 3 abaixo, as medidas de confiabilidade da escala foram satisfatórias independentemente do método de estimativa utilizado, menor para a escala da terceira dimensão.

A estimativa de confiabilidade total da escala (Alpha de Cronbach) foi 0,794 e para as sub-escalas mostraram os valores variaram de 0,749 (cuidado com compaixão); 0,698 (assumir perspectivas) a 0,639 (vivenciar o lugar do paciente).

Todos os itens estavam correlacionados positivamente com seus fatores e sub-escalas correspondentes. As subescalas cuidado com compaixão e assumir perspectivas estavam fortemente correlacionadas ($r: 0,627$), bem como as escalas vivenciar o lugar do paciente e cuidado com compaixão ($r: 0,494$). As escalas vivenciar o lugar do paciente e assumir perspectivas, por seu turno, apresentaram correlação baixa ($r: 0,191$).

Na análise fatorial confirmatória, o modelo com 20 variáveis dependentes e 3 variáveis latentes apresentou os seguintes índices de ajuste: RMSEA = 0,050 (IC 90%: 0,023-0,070), CFI = 0,952, TLI = 0,945 e SRMR = 0,071.

Tabela 3 – Medidas de confiabilidade das escalas da Jefferson Scale of Empathy – versão para médicos

Estimativas de confiabilidade	Assumir perspectivas	Cuidado com compaixão	Vivenciar o lugar do paciente
Alfa de Cronbach bruto	0,718	0,698	0,639
Alfa de Cronbach padronizado	0,741	0,731	0,651
Alfa ordinal	0,851	0,825	0,706
Theta de Armor	0,746	0,737	0,651
Theta ordinal	0,854	0,829	0,706

A confiabilidade composta das subescalas, para avaliar a validade convergente, foram satisfatórias: assumir perspectivas diferentes 0,76; cuidado com compaixão 0,74 e vivenciar o lugar do paciente 0,66.

ANÁLISE FATORIAL COM TRÊS DIMENSÕES

A análise das comunalidades considerando três fatores, assim como a correlação total de cada um, se encontram descritos na tabela 4 abaixo:

Tabela 4 – Comunalidades – Três Dimensões

Item	Fator			Media	Desvio Padrão	comunalidades (h ²)	Correlação total
	F1	F2	F3				
P2	,386	-,018	,492	6,52	1,159	,392	,387
P4	,408	-,087	,536	5,66	1,485	,461	,395
P5	,574	-,007	-,086	5,72	1,280	,337	,244
P9	,498	,071	,168	6,21	1,358	,281	,357
P10	,569	,068	-,066	5,65	1,660	,333	,268
P13	,624	,002	,278	6,12	1,200	,467	,434
P15	,571	,129	,121	5,93	1,552	,357	,389
P16	,604	,117	,098	6,35	1,067	,388	,403
P17	,573	,219	-,178	5,69	1,606	,408	,297
P20	,533	,461	,190	6,68	,777	,532	,576
P1r	,021	,398	,433	5,8000	1,79224	,347	,395
P7r	-,022	,686	-,041	5,6900	1,94206	,472	,273
P8r	,123	,390	,529	6,1500	1,48647	,448	,510
P11r	,262	,660	,256	6,3400	1,33500	,569	,555
P12r	,006	,598	,273	6,5100	1,18488	,432	,393
P18r	,055	,055	,385	4,3000	1,82851	,154	,201
P19r	,222	,380	,392	5,9700	1,89872	,348	,437
P14r	,221	,755	-,001	6,5100	1,05883	,619	,466
P3r	-,030	,196	,603	5,5400	1,46625	,403	,351
P6r	-,205	,061	,694	4,7000	1,89896	,527	,239

Três fatores com eigenvalues $\geq 1,5$ foram extraídos com ACP, que explicam 41,4% da variância total (Tabela 5).

Tabela 5 – Variância total com três fatores

Componente	Explicação de variância total								
	Eigenvalues Iniciais			Extração de somas de cargas			Rotação de somas de cargas		
	Total	% de Variância	Cumulativa %	Total	% de Variância	Cumulativa %	Total	% de Variância	Cumulativa %
1	4,673	23,366	23,366	4,673	23,366	23,366	3,138	15,691	15,691
2	2,090	10,449	33,815	2,090	10,449	33,815	2,643	13,214	28,904
3	1,513	7,565	41,381	1,513	7,565	41,381	2,495	12,476	41,381
4	1,370	6,850	48,231						
5	1,178	5,890	54,120						
6	1,115	5,575	59,695						
7	1,044	5,218	64,913						
8	,931	4,655	69,568						
9	,825	4,125	73,693						
10	,749	3,743	77,436						
11	,659	3,294	80,731						
12	,605	3,027	83,758						
13	,595	2,977	86,735						
14	,515	2,575	89,310						
15	,470	2,350	91,660						
16	,429	2,143	93,803						
17	,395	1,975	95,779						
18	,327	1,635	97,413						
19	,284	1,422	98,836						
20	,233	1,164	100,000						

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Na análise fatorial exploratória com três fatores/dimensões, com rotação ortogonal varimax, observa-se que oito itens: 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16 e 17, carregaram na primeira dimensão (F1); quatro itens na segunda dimensão (F2), 7r, 11, 12 e 14; e três na terceira (F3): 1, 3 e 18 (Tabela 6). Os itens 1, 8 e 19 apresentaram cargas fatoriais com valores muito próximos nos fatores 2 e 3, o item 2 carregou nos fatores 1 e 3. A diferença entre as cargas quando os itens carregaram em dois fatores foi menor que 0,20. Valores das comunalidades foram menores que 0,40 nos itens 1, 2, 5, 9, 10, 15, 16, 18 e 19.

Tabela 6 – Análise com 3 dimensões – rotação ortogonal (Varimax)

	F1	F2	F3
P2	.386	-.018	.492
P4	.408	-.087	.536
P5	.574	-.007	-.086
P9	.498	.071	.168
P10	.569	.068	-.066
P13	.624	.002	.278
P15	.571	.129	.121
P16	.604	.117	.098
P17	.573	.219	-.178
P20	.533	.461	.190
P1r	.021	.398	.433
P3r	-.030	.196	.603
P6r	-.205	.061	.694
P7r	-.022	.686	-.041
P8r	.123	.390	.529
P11r	.262	.660	.256
P12r	.006	.598	.273
P18r	.055	.055	.385
P19r	.222	.380	.392
P14r	.221	.755	-.001

Considerando a correlação policórica com rotação varimax, com carregamentos acima de 0,5; o item 20 carregou nas dimensões 1 e 2, os itens 1, 7, 8 (valor próximo à terceira), 11, 12, 14 e 19 na primeira dimensão (com 33,2% da variância); os itens 2 (valor próximo à terceira), 5, 9, 10, 13, 15, 16 e 17 na segunda dimensão (com 10,86% da variância); 3, 4 (valor próximo à segunda), 6 e 18 na terceira (que explica 7,43% da variância); conforme Tabela 7 abaixo. Os índices de ajuste também forma satisfatórios - GFI: 0,869 (embora abaixo de 0,9); RMSR: 0,086 e RMSP: 0,182.

Tabela 7 – Análise com 3 dimensões – correlação policórica (Varimax)

	F1	F2	F3
P2	,287	-,564	,417
P4	,144	-,412	,509
P5	-,146	-,671	,060
P9	,127	-,577	,211
P10	,109	-,603	-,037
P13	,212	-,653	,266
P15	,258	-,627	-,002
P16	,258	-,723	,107

	F1	F2	F3
P17	,226	-,651	-,221
P20	,548	-,606	,158
P1r	,529	-,121	,319
P7r	,768	-,017	-,197
P8r	,540	-,164	,449
P11r	,736	-,315	,238
P12r	,675	-,133	,284
P18r	-,007	-,122	,550
P19r	,582	-,158	,295
P14r	,709	-,305	,031
P3r	,247	-,046	,607
P6r	,168	,196	,742

Com a rotação geomin não há melhora dos resultados, com diversos carregamentos duplos (Tabela 8):

Tabela 8 – Análise com 3 dimensões – correlação policórica (Geomin)

	F1	F2	F3
P2	0,613	0.442	0.598
P4	0.457	0.330	0.439
P5	0.527	0.179	0.076
P9	0.554	0.302	0.260
P10	0.530	0.303	0.067
P13	0.670	0.429	0.376
P15	0.636	0.419	0.153
P16	0.756	0.502	0.193
P17	0.605	0.390	0.190
P20	0.734	0.727	0.326
P3R	0.164	0.284	0.610
P6R	0.184	0.163	0.746
P1R	0.277	0.490	0.401
P7R	0.179	0.601	0.105
P8R	0.333	0.564	0.556
P11R	0.483	0.841	0.418
P12R	0.327	0.631	0.489
P18R	0.156	0.154	0.357
P19R	0.317	0.568	0.444
P14R	0.431	0.772	0.277

ANÁLISE FATORIAL COM DUAS DIMENSÕES:

Na análise fatorial exploratória com duas dimensões, com rotação ortogonal varimax, com correlação de Pearson (tabela 9), observa-se que item 20 carrega em ambas, os 2 e 4 não carregam bem em nenhuma, dez itens (1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19) carregaram na primeira dimensão e sete (5, 9, 10, 13, 15, 16 e 17) na segunda. A diferença entre as cargas do item que carregou em dois fatores foi menor que 0,20.

Tabela 9 – Análise com 2 dimensões – comunalidades (Varimax)

Matriz rotacionada - Varimax (Pearson)

	Componente	
	1	2
P2	,326	,364
P4	,309	,377
P5	-,102	,572
P9	,142	,498
P10	-,036	,575
P13	,168	,611
P15	,143	,578
P16	,115	,610
P17	-,015	,601
P20	,420	,578
P1r	,586	,056
P3r	,577	-,025
P6r	,562	-,218
P7r	,436	,063
P8r	,645	,152
P11r	,619	,331
P12r	,605	,070
P18r	,316	,049
P19r	,532	,254
P14r	,498	,311

Ao se adotar a correlação policórica, com rotação ortogonal varimax, observa-se que os itens 2, 4 e 20 continuam carregando em ambas, assim como os outros mesmos dez itens (1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19) que carregaram na primeira dimensão e continuam os mesmos sete (5, 9, 10, 13, 15, 16 e 17) carregando na segunda, conforme Tabela 10 a seguir.

Tabela 10 – Análise com 2 dimensões – correlação policórica (Varimax)

Matriz rotacionada - Varimax (Policórica)

Item	Componente	
	1	2
P2	0,475	-0,540
P4	0,431	-0,356
P5	-0,088	-0,628
P9	0,219	-0,556
P10	0,043	-0,612
P13	0,318	-0,636
P15	0,178	-0,653
P16	0,247	-0,732
P17	0,011	-0,701
P20	0,504	-0,653
P1r	0,606	-0,154
P3r	0,582	0,000
P6r	0,616	0,267
P7r	0,453	-0,157
P8r	0,698	-0,180
P11r	0,705	-0,385
P12r	0,693	-0,192
P18r	0,350	-0,045
P19r	0,629	-0,202
P14r	0,550	-0,400

Também com correlação policórica, com rotação Geomin, observa-se que item 20, assim como o 2 e 6, carregam em ambas, o 4 carrega na primeira, assim como os outros nove itens (1, 3, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19) que carregaram na primeira dimensão e continuam os mesmos sete (5, 9, 10, 13, 15, 16 e 17) carregando na segunda, conforme Tabela 11 a seguir. Os índices de ajuste também são satisfatórios – GFI: 0,831 (também abaixo de 0,9); RMSR: 0,94 e RMSP: 0,172.

Tabela 11 – Análise com 2 dimensões – correlação policórica (Geomin)

Matriz rotacionada - Geomin (Policórica)

Item	Componente	
	1	2
P2	,441	-,436
P4	,416	-,258
P5	-,165	-,671
P9	,169	-,519
P10	-,024	-,621

Item	Componente	
	1	2
P13	,264	-,576
P15	,114	-,629
P16	,178	-,694
P17	-,068	-,722
P20	,458	-,547
P1r	,624	-,005
P3r	,616	,149
P6r	,683	,434
P7r	,462	-,046
P8r	,718	-,008
P11r	,702	-,218
P12r	,712	-,021
P18r	,366	,043
P19r	,643	-,048
P14r	,536	-,273

ANÁLISE FATORIAL COM QUATRO DIMENSÕES:

Ao serem consideradas 4 dimensões, a variância é explicada por 23,33%, 10,44%, 7,56% e 6,85% respectivamente (Tabela 12). As perguntas 4, 15, 17, 3r, 6r, 14r também carregam em mais de uma dimensão (Tabela 13).

Tabela 12 – Variância total com quatro fatores

Componente	Explicação de variância total								
	Eigenvalues Iniciais			Extração de somas de cargas			Rotação de somas de cargas		
	Total	% de variância	Cumulativo %	Total	% de variância	Cumulativo %	Total	% de variância	Cumulativo %
1	4,673	23,366	23,366	4,673	23,366	23,366	2,855	14,273	14,273
2	2,090	10,449	33,815	2,090	10,449	33,815	2,717	13,584	27,857
3	1,513	7,565	41,381	1,513	7,565	41,381	2,194	10,972	38,829
4	1,370	6,850	48,231	1,370	6,850	48,231	1,880	9,402	48,231
5	1,178	5,890	54,120						
6	1,115	5,575	59,695						
7	1,044	5,218	64,913						
8	,931	4,655	69,568						
9	,825	4,125	73,693						
10	,749	3,743	77,436						
11	,659	3,294	80,731						
12	,605	3,027	83,758						
13	,595	2,977	86,735						
14	,515	2,575	89,310						

Explicação de variância total									
Componente	Eigenvalues Iniciais			Extração de somas de cargas			Rotação de somas de cargas		
	Total	% de variância	Cumulativo %	Total	% de variância	Cumulativo %	Total	% de variância	Cumulativo %
15	,470	2,350	91,660						
16	,429	2,143	93,803						
17	,395	1,975	95,779						
18	,327	1,635	97,413						
19	,284	1,422	98,836						
20	,233	1,164	100,000						

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Tabela 13 – Matriz de componentes com rotação varimax – Quatro fatores

Matriz de Rotação de Componente ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
P2	,268	,016	,571	,177
P4	,372	-,065	,482	,294
P5	,394	,009	,317	-,363
P9	,295	,103	,503	-,182
P10	,653	,043	-,070	-,068
P13	,635	,002	,278	,106
P15	,723	,101	-,051	,145
P16	,457	,135	,389	-,195
P17	,402	,230	,235	-,426
P20	,538	,460	,198	,041
P1 recodificada	-,044	,427	,375	,247
P3 recodificada	,176	,190	,075	,676
P6 recodificada	-,059	,071	,199	,716
P7 recodificada	-,024	,686	-,048	-,045
P8 recodificada	,008	,430	,531	,248
P11 recodificada	,324	,657	,100	,198
P12 recodificada	-,050	,619	,247	,133
P18 recodificada	-,197	,110	,641	,013
P19 recodificada	,395	,367	,027	,430
P14 recodificada	,226	,752	,009	-,052

Método de extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com normalização Kaiser.
a. Rotação - em 14 interações.

ANÁLISE FATORIAL COM CINCO DIMENSÕES:

O mesmo ocorre se consideradas 5 dimensões, a variância é explicada por 23,33%, 10,44%, 7,56%, 6,85% e 5,89% respectivamente (Tabela 14). Carregam em mais de uma dimensão as perguntas: 2, 4, 15, 17, 3r, 6r, 19r, 14r (Tabela 15).

Tabela 14 – Variância total com cinco fatores

Explicação de variância total									
Componente	Eigenvalues Iniciais			Extração de somas de cargas			Rotação de somas de cargas		
	Total	% de Variância	Cumulativo %	Total	% de Variância	Cumulativo %	Total	% de Variância	Cumulativo %
1	4,673	23,366	23,366	4,673	23,366	23,366	2,662	13,310	13,310
2	2,090	10,449	33,815	2,090	10,449	33,815	2,485	12,424	25,733
3	1,513	7,565	41,381	1,513	7,565	41,381	2,170	10,848	36,581
4	1,370	6,850	48,231	1,370	6,850	48,231	2,032	10,162	46,743
5	1,178	5,890	54,120	1,178	5,890	54,120	1,476	7,378	54,120
6	1,115	5,575	59,695						
7	1,044	5,218	64,913						
8	,931	4,655	69,568						
9	,825	4,125	73,693						
10	,749	3,743	77,436						
11	,659	3,294	80,731						
12	,605	3,027	83,758						
13	,595	2,977	86,735						
14	,515	2,575	89,310						
15	,470	2,350	91,660						
16	,429	2,143	93,803						
17	,395	1,975	95,779						
18	,327	1,635	97,413						
19	,284	1,422	98,836						
20	,233	1,164	100,000						

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Tabela 15 – Matriz de componentes com rotação varimax – cinco fatores

Matriz de Rotação de Componente ^a					
	Componente				
	1	2	3	4	5
P2	-,013	,061	,769	,163	,077
P4	-,060	,420	,279	,506	-,082
P5	,021	,692	,054	-,075	-,191
P9	,081	,262	,622	-,124	-,014
P10	,031	,578	-,036	,055	,360
P13	-,004	,613	,196	,306	,172
P15	,068	,387	,225	,135	,600
P16	,118	,452	,449	-,078	,070
P17	,227	,570	,166	-,245	-,032
P20	,432	,329	,405	,061	,348
P1 recodificada	,426	-,066	,344	,269	-,126
P3 recodificada	,192	-,007	,014	,702	,175
P6 recodificada	,088	-,110	-,013	,781	-,088
P7 recodificada	,683	-,032	-,001	-,073	,047
P8 recodificada	,432	,046	,426	,337	-,212
P11 recodificada	,661	,322	,001	,319	,116
P12 recodificada	,613	-,104	,301	,106	-,041
P18 recodificada	,137	,152	,260	,236	-,605
P19 recodificada	,329	-,065	,399	,281	,543
P14 recodificada	,758	,314	-,094	,061	,048

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com normalização Kaiser.

a. Rotação - em 8 iterações.

5. DISCUSSÃO

A empatia é um conceito central em nossas vidas, responsável pela forma de se relacionar com o outro. Inclui desde a forma de viver a vida política e econômica da sociedade em que vivemos (relacionando-se a guerras, exploração entre povos, desigualdades, preconceitos) e, na área da saúde, em especial com o cuidado que será dado à pessoa, de forma integrativa e ética.

Há algumas tentativas de medir esse construto, na população em geral, entre profissionais de saúde, e mais especificamente ainda, na relação médico-paciente.

Nesse trabalho foi escolhido para realizar a adaptação transcultural para o contexto brasileiro um instrumento sobre a relação do médico e seu paciente, na perspectiva do médico, elaborado em 2002 de forma muito criteriosa, sendo o mais utilizado para esse fim no mundo, a Jefferson Scale of Empathy (JSE), versão para médicos.

No trabalho original, para elaborar a versão para estudantes, Hojat (2001) avaliou 55 médicos, 41 residentes e 193 estudantes de terceiro ano, realizando uma análise exploratória com análise de componentes principais seguida de rotação ortogonal varimax, chegando a 20 itens com correlações maiores que 0,4; e quatro dimensões: 7,56; 1,3; 1,14 e 1,01. Foram 10 correlações maiores que 0,4 carregaram na primeira dimensão, e 5 na segunda. Dessas, 2 perguntas com carregamento alto no fator um e moderado no dois. Houve, ainda, 2 perguntas que carregaram na terceira dimensão e 2 na quarta. Por terem menos de 3 itens, têm menor estabilidade. Após a rotação, a primeira dimensão é a mais estável. Dessa forma, conclui que o construto empatia é um conceito multifacetado, e define o instrumento de 20 itens e com as seguintes três dimensões: cuidado com compaixão, assumir perspectivas diferentes da própria e habilidade de caminhar com os sapatos do paciente.

O mesmo autor (2002) adaptou a escala para estudantes para médicos, aplicando o instrumento em 704 médicos, a variância foi explicada pelo primeiro fator em 21% (assumir perspectivas), o segundo em 8% (cuidado com compaixão) e o terceiro em 7% (habilidade de caminhar com os sapatos do paciente). Hojat (2002) considera o fator assumir perspectivas o mais importante, inclusive por ser o único dos três presente nas avaliações da população geral. A consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,81; tendo realizado reteste após três meses com confiabilidade de 0,65. A média é a mais alta encontrada entre os estudos com a escala:

120; com 3 abaixo de 75 mas 38 entre 136 a 140. A média de cada questão variou de 4,8 (item 17: Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado) a 6,5 (itens 1 - Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico; e 14 - Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças).

O item 17 (Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado) e o 18 (Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares), tiveram carregamentos abaixo de 0,4 (0,37 ambos); mas o autor os considerou mesmo assim. Foram maiores que 0,6 os itens 1, 2, 3, 12, 19 e 20. Foi utilizada rotação ortogonal pelo autor. Em sua conclusão, apesar de todos os itens terem sido relevantes na medida operacional, refere que alguns precisariam de maior elaboração.

Neste trabalho, encontrou-se uma média mais baixa que no original: 117,8 x 120, e acima de todas as outras adaptações transculturais realizadas para esta escala. Entretanto, os escores variaram de 75 a 140, e no original de 50 a 140. O último intervalo da escala (136 a 140) ocorreu em 6% dos participantes deste trabalho e em 5% no original. As médias das questões variaram entre 6,7 (DP:0,77), no item 20, a 4,3 (DP:1,82), no item 18. No original, entre 6,5 (item 1) e 4,8 (item 17). A média dos itens não recodificados foi 6,05; dos recodificados foi 5,75; e a quantidade de perguntas negativas (metade dos vinte itens) foi uma importante reclamação entre os participantes. Não há essa informação no artigo de Hojat (2002). A comparação da confiabilidade e dos índices de ajustes entre este trabalho e o de Hojat encontram-se respectivamente nas tabelas 16 e 17, a seguir.

Tabela 16 – Confiabilidade deste estudo e do original

	Este estudo	Hojat 2002
Confiabilidade total (alpha de Cronbach)	0,79	0,81
Confiabilidade F1 Assumir perspectivas	0,7	0,79
Variância F1 Assumir perspectivas	23%	23%
Confiabilidade F2 Cuidado com compaixão	0,75	0,69
Variância F2 Cuidado com compaixão	10%	8%
Confiabilidade F3 Vivenciar o lugar	0,64	0,68
Variância F3 Vivenciar o lugar	7,5%	7%
Confiabilidade composta F1 Assumir perspectivas	0,76	
Confiabilidade composta F2 Cuidado com compaixão	0,74	
Confiabilidade composta F3 Vivenciar o lugar	0,66	

Tabela 17 – Índices de ajuste deste estudo e do original com respectivas dimensões

Tipo de índice	Índice	Valor	Hojat 2 Ort v	Hojat 3 Ort v	Este 2 Ort v	Este 3 Ort v	Este 3 polic
Absol. (deriv. Matriz)	AGFI/GFI	>0,9	0,88	>0,90	0,83		0,86
Absol. (deriv. Matriz)	CFI	>0,9				0,95	
Absol. (deriv. Matriz)	RMSR				0,94		
Absol. (deriv. Matriz)	SMSR	≤0,1				0,07	0,08
Relat. (modelo nulo)	TLI	>0,9	0,84	0,89		0,94	
Não centrais ($X^2 \neq 0$)	RMSEA	≤0,08	0,07	0,05		0,05	

Na tabela 18, são comparados os resultados dos carregamentos entre os trabalhos de Hojat, e deste com 3 e 2 dimensões.

Vale ressaltar que, embora Hojat (2016) se refira a diversas outras traduções para línguas e países diversos, inclusive a brasileira, na maior parte delas foi realizada apenas uma tradução livre, com a ajuda do autor. Entretanto, o instrumento vem sendo estudado em contextos diversos, com realização de todo o processo de adaptação transcultural, com resultados também muito variáveis, conforme Tabela 19 a seguir, que inclui este estudo. Todos os estudos de adaptação transcultural da escala referem dificuldades com relação ao carregamento nas diversas dimensões, ordem diferente das dimensões, carregamentos cruzados; outros apenas de uso da escala, avaliaram os resultados de forma mais superficial como, por exemplo, referindo apenas a média do instrumento, ou o índice de confiabilidade da mesma. Na tabela 20 seguinte, o resumo dos trabalhos que utilizaram a escala após a adaptação transcultural em seus diferentes contextos.

Tabela 18 – Comparação carregamentos modelo original, deste estudo com 3 e com 2 dimensões

DIMENSÃO	MODELO	ORIGINAL	3 DIM >0,5	2 DIM
Assumir perspectivas	2 Pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo seus sentimentos	2	22 (e 2ª)	
	4 Rel. prof. a compreensão da ling. corporal tão importante quanto verbal	4	44 (e 2ª)	
	5 Bom senso humor - contribuir para melhor resultado clínico	5	5	5
	9 Tento me colocar no lugar dos pacientes quando estou cuidando deles	9	9	9
	10 Pctes. valorizam a compreensão de sentimentos, o que é terapêutico	10	10	10
	13 Tento entender prestando atenção a sinais não verbais/ ling. corporal	13	13	13
	15 Empatia habilidade terapêutica - sem o sucesso no tto. é limitado	15	15	15
	16 Componente ... do relacionamento: compreensão estado emocional...	16	16	16
	17 Tento pensar como meus pacientes para prestar melhor cuidado	17	17	17
	20 Empatia é fator terapêutico importante no tratamento do paciente.	20	20 (e 2ª)	20 (e 2ª)
Cuidado com compaixão	1 Minha compreensão - como se sentem - não influencia tratamento	1	1	1
	7 Tento ã prestar atenção às emoções dos pacientes (obter história,...)	7	7	7
	8 Experiências pessoais dos pctes não influencia resultado do tratamento	8	8	8
	11 ...laços emocionais não têm influência no resultado do tratamento	11	11	11
	12 Perguntar sobre a vida pessoal não ajuda compreensão queixas físicas	12	12	12
	14 A emoção não tenha espaço no tratamento das doenças	14	14	14
	18 Não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com pctes. e famílias	18		19
	19 Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte	19	19	19
				3
			6	
Calçar sapatos	3 É difícil para mim ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes	3	3	
	6 Como as pessoas são diferentes – difícil ver as coisas ponto de vista pcte.	6	6	
			18	

Tabela 19 – Comparação de estudos de Adaptação transcultural com o original

Autor	Local	ano	n testado	eigenvalus >1	alpha	media escala	Obs
Hojat	Jefferson	2002	704	Sim	0,81	120	Variância F1: 21%, F2: 8% e F3: 7%. reteste confiab 0,65
Di Lillo	Italia	2009	289	Sim, seis	0,85	115,1	Ordem de fatores variaram em cada hospital, considerou carregamentos >0,30
Koseny	Rep Tcheca	2013	1305	3 fatores cfe modelo original	0,84	102,85	F1: 10 itens, F2: 7 e F3: 3, 4 carregam em dois. F1 26% da variância. KMO 0,88/ Bartlet p<0,01. Item 19 carrega nos tres fatores após rotação.
Kataoka	Japão	2012	285		0,81	110,4	Só mulheres. Tradução livre.
Shariat	Irã	2010	207	Sim, sete	0,78	110,1	Três fatores mas em ordem diferente (45% variância). Refere poder ter diferença entre culturas.
Suh	Coreia	2012	229	Sim, seis	0,84	98,2	Tradução não especificada. F1: 27% da variância, "cuidado compassivo" (o segundo no original), 7 itens >0,30. F2: 10% da variância, semelhante ao primeiro fator de "tomada de perspectiva" no original, com 5 itens. Varimax. Refere diferença entre culturas (paternalismo). Compara com outros estudos para estudantes.
Zenasni	França	2012	308		Não confirmada	111,6 (somadas as três escalas)	Estrutura fatorial confirmada, limitada às tres dimensões, carregamentos diferentes (considerou até 0,13 e 0,2), cada uma se correlaciona com a outra (3 escalas independentes). Compara com outros estudos para estudantes.
Castro	Brasil	2019	101	Sim, cinco >1 e três > 1,5	0,794	117,8	4 itens carregam em mais de uma dimensão, após rotação 1 com carregamento duplo e 1 item em outro fator. Variância: F1: 23,26%, F2: 10,44%, F3: 7,56% (igual à ordem do original)

Tabela 20 – Estudos de utilização da escala

Autor	Local	ano	n testado	eigenvalues >1	alpha	media escala	Obs
Beckman	Mayo	2010	147			115,46	Residentes
Cataldo	U South Carolina	2005	182			119,4 e 116,7	Balint 113 x não 69
Fields	Jefferson	2004	42		0,89	117,2	Comparou com 56 enfermeiras
Soncini	Italia	2013	352			118,5	Uso após adaptação por Di Lillo

Fields (2004) nos EUA, também na Thomas Jefferson University, apenas aplicou o instrumento já validado em 2002 em 42 médicas, encontrando consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,89 (mais alto que neste estudo) e média 117,2 (mais baixa que neste estudo).

Ainda com o instrumento americano validado, Cataldo (2005) na Universidade de south Carolina, realizou o trabalho com 182 residentes, sendo que 113 tinham participado de grupos Balint, e 69 não tinham participado, com médias totais do instrumento de 119,4 (mais alta que neste estudo) e 116,7 (mais baixa) respectivamente. Apesar de ter sido uma aplicação simples, a diferença entre o grupo com e sem intervenção pode indicar que a escala tem importante aplicabilidade nessas circunstâncias.

No mesmo contexto americano, na Mayo Clinic, Beckman (2010) estudou 147 residentes, com média total do instrumento de 115,46 (menor que deste estudo).

Di Lillo, fez a adaptação transcultural do instrumento na Itália (2009), estudou 289 médicos, encontrou consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,85 (maior que neste estudo), e média 115,1 (menor que deste estudo). A ordem dos fatores variaram entre os hospitais, e encontrou seis autovalores maiores que seis (neste estudo foram encontrados cinco). Considerou carregamento acima de 0,3; obtendo sete itens na primeira dimensão com rotação varimax conforme o modelo do trabalho original. Neste estudo, com carregamento acima de 0,4 com o mesmo método, foram encontrados dez itens na primeira dimensão. O autor identifica outros trabalhos de validação da escala mas no contexto de estudantes.

Ainda na Itália, a partir da adaptação de di Lillo, Soncini (2013) avaliou 352 residentes, encontrando média total do instrumento de 118,5 (maior que deste estudo).

No Irã, Shariat (2010) avaliou 207 médicos, encontrou consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,78 (pouco menor que neste estudo) e media total do instrumento de 110,1 (bem menor que neste estudo e que no original). Também encontrou três dimensões, porém em ordem distinta da de Hojat, assim como já ocorrera com Di Lillo em um dos hospitais. Este autor considera que o padrão de resposta pode variar de acordo com a cultura, não necessariamente identificando uma falta de empatia.

Kataoca (2012), no Japão, avaliou 1364 médicas, a partir de uma tradução livre realizada pela autora, encontrou consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,81 (maior que neste estudo) e média total de 110,4 (bem menor que neste estudo e no original, semelhante à encontrada previamente no Irã).

Também no oriente, Suh (2012), na Coreia, avaliou 229 médicos, encontrando consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,84 (maior que deste estudo) e média total do instrumento de 98,2 (ainda menor que as encontradas no Irã e no Japão). Não há relato sobre a equivalência semântica. Também nessa amostra, o primeiro fator responsável por 27% da variância foi o de cuidado com compaixão, o segundo fator no trabalho original, com 7 itens com coeficiente maior que 0,30, ao invés dos dez no trabalho americano. Da mesma forma, o segundo fator, de tomada de perspectiva, foi responsável por 10% da variância, e havia sido o primeiro no trabalho original. Neste estudo, com esse mesmo método de rotação varimax, foram sete os itens que carregaram nessa dimensão do cuidado com compaixão, mas se fossem considerados carregamentos a partir de 0,30; como nesse estudo de Suh, seriam nove. Essa autora repete o comentário do autor iraniano, considerando a importante diferença de resposta de acordo com a cultura, inclusive o modelo de cuidado paternalista no seu país, não necessariamente identificando uma falta de empatia. A autora compara seus resultados com outros trabalhos de adaptação transcultural da escala de estudantes.

No mesmo ano, na França, Zenasni (2012) avaliou 308 médicos. Os itens 1 e 18 tiveram baixos carregamentos (0,13 e 0,02), os outros variaram entre 0,2 a 0,4 (itens 5, 9, 17, 19) ou maior que 0,4. Conclui que a estrutura fatorial esperada foi confirmada, mas limitada às suas três dimensões, ou seja, três escalas independentes, já que não houve confirmação da confiabilidade da mesma. O autor não refere que método utilizou para avaliar a confiabilidade, podendo ter ocorrido um problema se só utilizou o alfa de Cronbach, mas talvez tivesse um bom resultado com outras medidas. No artigo coloca a média de cada uma

das três escalas de forma separada, mas que somadas dão uma média geral de 111,6 (menor que deste estudo).

Koseny (2013), na República Tcheca, enviou instrumentos para todo o país, tendo estudado 1305 médicos, encontrou consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,84 (maior que deste estudo) e média de 102,85 (menor que deste estudo e que do original). Encontrou três dimensões marginais, e na análise fatorial exploratória, ao realizar a variação ortogonal de Schmid-Leiman, identificou um fator geral explicando 73,3% da variância comum, sendo que 26,7% referente à primeira dimensão. No primeiro fator encontrou 10 itens, no segundo 7 e no terceiro 3, sendo que 4 itens carregaram em duas dimensões. Após rotação, o item 19 carregou nos três fatores.

Vale ressaltar que o instrumento dedicado a estudantes de medicina é bem parecido com o de médicos, mas com variações importantes quanto a perguntas recodificadas, e foco nas percepções ao invés de no comportamento. Entre as inúmeras versões desse instrumento, a portuguesa e a brasileira merecem maior atenção.

Magalhães (2010), em Portugal, estudou 238 estudantes de medicina em cada um dos braços, configurando duas amostras. Realizou análise de componente principal e rotação ortogonal varimax, além de análise fatorial de tipo confirmatória e verossimilhança. Encontrou 3 dimensões, porém com 6 itens com maiores carregamentos (2, 10, 13, 18, 19, 20) e 2 itens (18,19) com carregamentos menores que 0,3. A análise fatorial de tipo confirmatória mostrou que o modelo “sem erros correlacionados” apresentou valores de ajuste ruins, de acordo com c^2/DF , CFI e RMSEA. Foi, realizado um segundo modelo com ajustes satisfatórios, encontrando consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,77.

Paro (2012), em São Paulo embora tenha realizado o trabalho a partir dessa versão portuguesa, fez uma cuidadosa análise com 319 estudantes de medicina. Realizou análise fatorial exploratória e rotação ortogonal varimax, encontrou consistência interna pelo alfa de Cronbach de 0,84. Na primeira dimensão carregaram 11 itens maiores que 0,3. Na segunda, 2 itens negativos maiores que 0,85; a terceira com 7 itens maiores que 0,3. As perguntas 1 e 18 carregaram menos que 0,35; as perguntas 2 e 15 têm carregamentos similares nas dimensões 1 e 2 e traços latentes menores que 0,4 nos itens 1, 2, 15, 18 e 19. As dimensões cuidado com compaixão e perspectiva do paciente são fortemente correlacionadas ($r=0,61$; $p<0,0001$); assim como cuidado com compaixão e colocar-se nos sapatos do paciente ($r=0,16$ e $p<0,05$). Conclui, portanto, com a validação do construto com três dimensões, mas a primeira o cuidado com compaixão ao invés de perspectiva do paciente.

Neste trabalho, a média (117,8) foi um pouco mais baixa que a do instrumento original (120). Foram também maiores as da análise de Cataldo (2005), no braço de médicos que participara de grupos Balint (119,5) e do de Soncini (2013) na Italia, aplicado a residentes (118,5).

A média dos itens variou entre 4,3 a 6,7; no trabalho original entre 4,8 a 6,5. A média dos itens recodificados foi menor que dos que não o foram.

Os carregamentos, no presente trabalho, considerando a análise com três dimensões, como o instrumento original, não são tão diferentes que os da versão original: os itens 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 e 20 corresponderam também à dimensão de assumir perspectivas diferentes do respondente exatamente como a original. Na segunda dimensão (cuidado com compaixão), os itens 7, 11, 12 e 14 também carregaram (assim como o 20 que já havia carregado também na primeira), e não os itens 1, 8, 18 e 19. Na terceira dimensão, carregam os itens 3 e 6, relativos a vivenciar o lugar do paciente, mas também o 1, 4 (que já carregara na primeira) e 8.

Ao serem consideradas apenas duas dimensões, com rotação ortogonal varimax (Pearson), o item 20 carrega em ambas, os 2 e 4 não carregam bem em nenhuma. Entretanto, se fosse considerado, como o fez o autor da escala original, o carregamento acima de 0,35; carregariam ambos no segundo componente. Através de correlação policórica, também com rotação ortogonal varimax, o item 20 continua carregando em ambas, mas os outros problemas são solucionados.

Nos métodos utilizados para avaliar o número ideal de fatores, seja pelo Scree plot, comparado com a análise paralela com permuta de dados, seja pelo método de Very Simple Structure, seja pelo da Média Parcial Mínima, em todos indicam a adequação para dois fatores. Como o autor da escala referiu em seu artigo original (2002), uma das dimensões com apenas dois itens demonstra uma fragilidade importante, e deveriam ser reavaliados.

As tentativas com 4 e 5 dimensões se mostraram bem piores. Com 4 dimensões, a variância é explicada por 23,33%, 10,44%, 7,56% e 6,85% respectivamente. As perguntas 4, 15, 17, 3r, 6r, 14r também carregam em mais de uma dimensão. Com 5 dimensões, a variância é explicada por 23,33%, 10,44%, 7,56%, 6,85% e 5,89% respectivamente. Carregam em mais de uma dimensão as perguntas: 2, 4, 15, 17, 3r, 6r, 19r, 14r.

A maior crítica de Jolliffe e Farrington (2006) à IRI de Davis (1983) (uma das escalas nas quais Hojat se baseou para a construção da JSE), levando-os a construir novo instrumento

para população de adolescentes, é de que há itens que testam o próprio sentimento, e não necessariamente reflete o sentimento alheio. Na JSE, alguns itens podem ser considerados muito focados no próprio sentimento. Isso ocorre, por exemplo, nos seguintes itens: 5 – “Eu tenho um bom senso de humor, que considero contribuir para um melhor resultado clínico”; 18: “Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares”; 19 – “Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte”. Dessa forma, é importante que o conceito esteja realmente refletido em cada uma das questões, e essa perspectiva diferente entre simpatia e empatia, que o autor do instrumento muito frisa em seu trabalho, pode contribuir pela variação da adaptação do instrumento entre os autores diversos.

Optou-se por não retirar itens com carregamento em duas dimensões por ser uma amostra limitada, o instrumento ter sido construído com grande preocupação técnica, apesar de esses problemas terem se repetido em diversas outras adaptações, porém de formas diferentes.

Hojat (2002) ressalta que as diferenças encontradas entre suas comparações de gênero e especialidades médicas não necessariamente indicaria um déficit de empatia. O tamanho das amostras para comparação de cada variável em alguns casos é bem pequeno. O autor pressupõe, ainda, que especialidades que considera orientadas à tecnologia (anestesistas, radiologistas, patologistas, cirurgiões e suas subespecialidades) demandam menos empatia que as orientadas às pessoas (medico de família, medicina interna, pediatra, obstetra e ginecologista, emergencista, psiquiatra e subespecialidades clínicas), da mesma forma com que a característica seria mais importante em especialidades focadas no cuidado básico em relação às de práticas que se dão em hospitais. Essa análise foge ao escopo deste trabalho e muitas especialidades têm um número muito pequeno de participantes (o que também ocorre no trabalho original).

Embora não tenha sido objeto de estudo deste trabalho, há estudos sobre treinamento de empatia, tanto na população geral quanto na de profissionais de saúde, e entre os que aplicaram a JSE em médicos, a média do trabalho com intervenção de grupos Balint ser maior que dos que não participaram da intervenção, assim como na revisão realizada por Kelm (2014) sobre intervenções para estímulo da empatia em profissionais de saúde, houve melhora dos índices em aproximadamente dois terços dos estudos baseados em artes, grupos de reflexão, entre outros. A escala pode ser adequada para avaliar as intervenções e seu resultado, merecendo mais estudos nessa área.

Este trabalho possui diversas limitações: foi realizado em apenas uma instituição com foco em uma especialidade, que tem uma busca com relação à qualidade do processo de assistência há duas décadas, de forma que os resultados têm limitações ao serem assumidos na perspectiva de representatividade do país. A pesquisadora trabalha na instituição há mais de duas décadas, e foi quem pessoalmente solicitou o preenchimento dos instrumentos, causa provável de mínima quantidade de dados faltantes. Houve, ainda, dificuldade de realizar o trabalho de campo em outra instituição comparável, por tratar-se do único hospital público de administração direta então acreditado internacionalmente no país, o que pode torná-lo bem distinto de outros públicos, assim como também não pode ser comparado à cultura de hospitais privados, com equipes em geral abertas e pacientes ligados a um médico assistente e não à instituição. No outro hospital convidado a participar, com robusta atuação em qualidade e segurança no país, não houve tempo hábil para questões éticas para realização do estudo.

Foram muitas as dificuldades na obtenção do preenchimento dos instrumentos: inúmeras mudanças de direção devido à instabilidade política no país, com respectivas mudanças de lideranças médicas, ocasionando fases com poucas reuniões de certos grupos (a maioria dos questionários foram preenchidos nos minutos finais de reuniões de serviço, que foram destinados à pesquisa); aparecimento da instituição em mídia negativa, gerando uma depressão de humor em diversos profissionais, com impressão de menos-valia sobre sua opinião; assim como em muitas oportunidades havia realmente sobrecarga da gestão da assistência, impossibilitando por diversas vezes que o profissional respondesse a pesquisa; em outros casos o instrumento foi levado pelo profissional, que o preencheu, mas esqueceu-se de trazê-lo e, pelo tempo já despendido previamente, não se disponibilizou a preenchê-lo novamente.

Embora tenha sido observada uma média alta nos resultados e valores estatísticos confortáveis, há importantes diferenças em relação ao trabalho original, resultando assim conveniente a ampliação desse trabalho. O conceito de empatia, crucial ao cuidado centrado na pessoa, é muito amplo, varia bastante de acordo com autores diversos, e se modifica também de acordo com as diversas culturas, dificultando uma padronização de resultados nas pesquisas.

Vale ressaltar que é difícil que um instrumento sobre um construto tão multifacetado, crucial para o cuidado em saúde mas também para a sociedade em geral, tenha um comportamento linear independente de seus valores, preconceitos, desigualdades, na qual está sendo estudado.

CONCLUSÃO

O cuidado centrado no paciente vem se apresentando como um componente de suma importância na excelência dos processos assistenciais. A empatia faz parte desse conceito, aparecendo como um de seus pilares. Dentre diversas definições de empatia, e seus respectivos instrumentos como tentativas de medição de um atributo que é claramente multidimensional e complexo, a JSE vem sendo considerada a mais importante no contexto da relação médico-paciente, tanto pelo seu uso em diversos países, como pela consistência com que foi elaborada e por sua utilização em grande escala em culturas diversas.

A empatia pode ser observada através de instrumentos de auto-preenchimento, como é o caso de JSE, mas também através da impressão de pacientes, de pares. Ainda há poucas instituições que se organizam para realizar tal medida e adotar estratégias de mudança baseadas em seus resultados. Por essa razão, é importante que escalas sejam adaptadas às culturas locais, e até mesmo mais de uma, para permitir esse importante passo gerencial pelas instituições de saúde. E, a partir desses diagnósticos, elaborar estruturas de liderança, de reflexões, de treinamento, de posicionamento estratégico, de forma a melhorar a assistência prestada ao definir, junto com sua força de trabalho e seu público atendido, o cuidado esperado e desejado. Os estudos sobre essas intervenções também ainda são raros no nosso meio e no mundo.

O objetivo deste estudo foi a adaptação transcultural da JSE (versão para médicos) para a língua portuguesa e contexto brasileiro. A escala em questão pôde ser validada para nossa cultura. As etapas de equivalência conceitual, semântica, elaboração de pré-teste, equivalência operacional e de mensuração foram realizadas. Os resultados mostraram boa consistência interna e carregamento de itens. Não há dúvida de que a escala é sólida na sua construção e validação e que é a mais utilizada na área desse construto. Entretanto não vem sendo reproduzível, exatamente assim como o autor a validou, em nenhum dos contextos em que foi avaliada. O fato de alguns itens carregarem em dimensões diversas da original, mas sempre com alta taxa de carregamento, mostram que há correlação com o construto. Os resultados com três dimensões não foram piores do que os com duas (apesar de métodos distintos avaliarem que essa seria a melhor escolha, provavelmente por uma das dimensões ter a fragilidade de apresentar apenas dois itens), e foi bem melhor que as com quatro ou cinco, e por isso foi mantida tal estrutura. Como o próprio autor assumiu no início da década passada,

o conceito é multifatorial e há grande dificuldade em reproduzi-lo, em especial em outras culturas. Por terem sido estabelecidas todas as equivalências já relatadas, considerou-se que também há equivalência funcional do instrumento, de forma que mede o mesmo construto em ambas as culturas.

A média do brasileiro situou-se entre as maiores dentre as das validações já elaboradas. O peso do fator cultural para tal resultado entre os diversos povos ainda não está esclarecido.

Este é o primeiro estudo brasileiro de validação da JSE (versão para médicos), e possui diversas limitações já bem explicitadas: realização em apenas uma instituição, com perfil bem específico (hospital público de administração direta, de apenas uma especialidade, com história de certificações de acreditação internacional, em busca de caminhos específicos em qualidade do cuidado há mais de duas décadas), mas que vem passando por instabilidade gerencial pelo reflexo da instabilidade política do país, com troca de lideranças, dificultando o encontro com a população de médicos em reuniões periódicas, excesso de trabalho, levando o instrumento para depois ser preenchido, entre outros.

São necessários, portanto, mais estudos utilizando a escala. Seria interessante avaliar seu entendimento através de metodologias qualitativas, com a realização de grupos e identificar outras questões que reflitam o construto e suas subescalas, de forma a tornar mais robustas as dimensões em questão, assim como a sua utilização antes e depois de projetos de melhoria, referente à sensibilização dos profissionais em relação à empatia, para permitir sua utilização de forma sistemática no nosso meio. Também a sua utilização em diferentes contextos: hospitais gerais, hospitais privados, hospitais menores, possam contribuir para o aprofundamento da reflexão sobre tal atributo. Avaliar as diferentes características como sexo, especialidade, idade, em amostras maiores, também será de suma importância.

A avaliação conjunta da impressão dos pacientes e familiares sobre a empatia do profissional também pode trazer importantes informações gerenciais para a melhoria do cuidado mas ainda não há escala adaptada ao contexto brasileiro, apenas traduções livres, devendo se constituir em outro pólo de investigação desse tema.

Também a utilização de instrumentos referentes aos outros profissionais da equipe de saúde podem ser úteis, permitindo avaliar um panorama referente ao construto de forma mais completa nas instituições, para que um profissional interaja com o outro, de forma a que ambos cresçam em suas aspirações a oferecer um cuidado melhor.

É possível que a utilização do instrumento seja importante para comparações antes e após intervenções que possam vir a sensibilizar os profissionais com relação ao outro, de quem cuidam, como por exemplo os diversos treinamentos baseados em ferramentas ligadas às artes e humanidades, refletindo sobre o tipo de cuidado que vem sendo realizado, se é o desejado pelo paciente e também pelo profissional (que muitas vezes é obrigado a dar uma qualidade de cuidado muito inferior à desejada por questões administrativas das instituições, como por exemplo, o tempo disponível para a prática); sendo importante a continuação de estudos nessa perspectiva. Através da melhoria da relação médico-paciente, e dos outros profissionais, poderão ser melhorados também desfechos clínicos, ao permitir uma maior parceria com o paciente, aumentando sua adesão ao seu cuidado.

A elaboração de planos de melhorias, a partir das informações recolhidas através dos instrumentos, dos espaços criados dentro dos locais de prática de saúde para o advento da interdisciplinaridade, as discussões que venham a ser promovidas pelas instituições sobre humanidades, ética, reflexões, serão de suma importância na melhoria do serviço que vem sendo prestado.

Colocar essas ferramentas da gestão da assistência em prática, em prol do cuidado centrado na pessoa, deve ser estratégico para as instituições de saúde e seus profissionais.

REFERÊNCIAS

- ABED, M.M. Adaptação e validação da versão brasileira da escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica. Dissertação mestrado profissional Universidade Federal de Goiás. 2015.
- AGAMBEN, G. O amigo. In: O que é contemporâneo? E outros ensaios. Tradução Vinicius Nicastro Honesko. Chapecó, SC. Argos Editora Unochapecó. 2009.
- ALLA F. e KIVITS J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 2015; 27(3): 303-304.
- ANNAS, G.J.D. e CROSBY, S. Post-9/11 Torture at CIA “Black Sites” — Physicians and Lawyers Working Together. *N Engl J Med* 2015; 372:2279-2281 June 11, 2015 DOI: 10.1056/NEJMp1503428
- ARENDT, H. Origens do Totalitarismo. Tradução Roberto Raposo. São Paulo. Companhia das Letras, 2012.
- ARRIGHI, G. O longo século XX: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo. Tradução: Vera Ribeiro, revisão: César Benjamin. Contraponto, 2013.
- ASHOKA. Impacto. Disponível em: <https://www.ashoka.org/pt-br/impacto>. Acesso em 06/07/2015 e 02/02/2019.
- AYRES, J.C.R.C.M. Revisitando “D. Violeta”: nos caminhos do cuidado. In: Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Org: PINHEIRO, R., MULLER NETO, J.S., TICIANEL, F.A., SPINELLI, M.A.S., SILVA JR., A. G. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS/ Uerj/ Abrasco, 2013.
- BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Livraria Atheneu, 1988.
- BAYNE, H., et al. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Educ Couns*, 2013. 93(2):209-215.
- BECKMAN, T. J., REED, D. A., SHANAFELT, T. D., & West, C. P.. Impact of Resident Well-Being and Empathy on Assessments of Faculty Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 2010, 25(1), 52–56. doi:10.1007/s11606-009-1152-0
- BÉDARD S.K., PODER T.G., LARIVIÉRE C. Validation of the IPC65 questionnaire: a tool to measure interdisciplinarity in clinical practice. *Sante Publique*. 2013 Nov-Dec; 25(6):763-73.
- BIRHANU, Z., et al. Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *Int J Qual Health Care*, 2012. 24(2):161-168.
- BOCCATO, M. e TITTANEGRO, G.R. Bioética: a questão da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. In: VIEIRA, T.R. Bioética nas profissões. Editora Vozes. Petrópolis. 2005. Pags 9-14.
- BOFF, L. Ser e Tempo, Parte I, tradução de Marcia de Sá Cavalcante, Petropolis, Vozes, 1989, sexto capítulo pags 243-300 (cura-cuidado).
- BRASIL. Constituição Federal. 1988

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Trata de pesquisas em seres humanos. Portaria 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Portaria 529, de 1º de abril de 2013.

CAMARGO JR, K. R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS – UERJ / ABRASCO, 2013. Pg 159-72.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barocas. Editora Forense-Universitária. Rio de Janeiro. 1ª edição 1978.

CAPRA, F. A teia da vida; uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Tradução Newton Roberval Eicheberg. Editora Cultrix, São Paulo. 1996.

CARRE, A., STEFANIAK, N., D'AMBROSIO, F., BENSALAH, L., BESCHE-RICHARD, C. The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A): Factor Structure of a Revised Form. American Psychological Association 2013, Vol. 25, No. 3, 679 – 691.

CASTRO, I. R. S. Contribuição da arte no crescimento de profissionais da saúde como instrumento para aumentar a empatia e proporcionar um cuidado melhor. Trabalho de Conclusão de Curso – Pós Graduação em Arte em Educação e Saúde. Instituto AVM e Universidade Cândido Mendes. 2017. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/54608.pdf. Acesso em 02/09/2018.

CASTRO, I.R.S. Interdisciplinaridade e ortopedia. Trabalho de Conclusão de Curso – Pós Graduação “Bases da Medicina Integrativa”. Hospital Israelita Albert Einstein. 2018.

CATALDO, K. P., PEEDEN, K., GEESEY, M. E., e DICKERSON, L. (2005). Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Family Medicine*, 37(5), 328–331.

CHOMSKY, N. Nunca, desde a guerra de 1812 (baseado na entrevista a Il Manifesti de 19/11/2001). In: 11 de setembro. Tradução Luiz Antonio Aguiar. Editora Bertrand Brasil Ltda., 2002.

COHEN, S.B. Zero degrees of empathy: a new theory of human cruelty. Penguin Books. 2011.

COSGROVE, T. Care should be a healing experience for body and mind. In: *The Cleveland Clinic Way: lessons in excellence from one of the world's leading health care organizations*. Mc Graw-Hill. 2014.

COSTA, E. V. da. Da Senzala à Colônia. Difusão Européia do Livro. 1966. São Paulo.

DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126. 1983. doi:10.1037/0022-3514.44.1.113

DE BOTTON, A.. *The news, a user's manual*. Penguin Books, 2014.

DE SILVA, D. Helping measure person-centred care. The Health Foundation. March 2014. Disponível em www.health.org.uk/helpingmeasurepcc. Acesso em maio/2015.

DECETY, J., MICHALSKA, K. J.. Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science*, 13, 886 – 899, 2010. doi:10.1111/j.1467-7687.2009 .00940.

- DI LILLO, M., CICCETTI, A., SCALZO, A. L., TARONI, F. e HOJAT, M. (2009). The Jefferson Scale of Empathy (Physician): Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. *Academic Medicine*, 84(9), 1198–1202.
- DOBB, M.H. A acumulação do capital e mercantilismo. In: *A evolução do capitalismo*. 9ª Ed. Pgs, 182-3. 1963. LTC – Livros técnicos e científicos editora. Tradução de Manuel do Rêgo Braga.
- ECO, U. Cinq questions de morale. Tradução de Myriem Bouzaher. Ed. Grasset. 1997.
- EPICTETO. A arte de viver: uma nova interpretação de Sharon Lebell. Tradução de Maria Luiza Newlands da Silveira. Sextante, 2006.
- ESPINGEN-ANDERSEN, G. O futuro do welfare state na nova ordem mundial. *Lua Nova* n 35. Pg 73-111. 1995.
- ESTADO DE SÃO PAULO. Imigração na União Européia. Data: 13/5/15.
- EVEILLARD M., RUVOEN N., LEPELLETIER D., FRADET S., COUVREUR S., KREMPF M., MAGRAS C. Integration of microbiology and infectious disease teaching courses in an interdisciplinary training programme (Master level) centred on the 'One world, one health' WHO concept. *FEMS Microbiol Lett*. 2016 May; 363 (9). pii: fnw068. doi: 10.1093/femsle/fnw068.
- FAVORETO, C.A.O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e saberes e práticas. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1ª Ed. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS/ Uerj/ Abrasco, 2006.
- FAVORETO, C.A.O. e FERREIRA, D.C. Processo clínico-terapêutico e as mediações entre sujeitos do cuidado: afinal, de qual protagonista estamos falando? In: *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Org: PINHEIRO, R. e MARTINS, P.H. Rio de Janeiro. Cepesc-IMS/ Uerj- Editora Universitária UFPE - Abrasco, 2011.
- FERES, J. C. e VERGARA, C. Sistema de indicadores de coesão social na América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) – 2007. *Coesão social na América Latina e Caribe: uma revisão de algumas de suas dimensões*.
- FIELDS, S. K., HOJAT, M., GONNELLA, J. S., MANGIONE, S., KANE, G. e MAGEE, M. (2004). Comparisons of Nurses and Physicians on an Operational Measure of Empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27(1), 80–94. doi:10.1177/0163278703261206
- FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>. Acesso em outubro/2016.
- FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo, Martins Fontes, 2006.
- FRANCE PRESSE. União Europeia fecha acordo sobre imigração após horas de negociação em Bruxelas. 28/06/2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/ue-fecha-acordo-sobre-imigracao.ghtml>. Acesso em: 30/06/2018.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 23ª edição. Paz e Terra, 1994.
- FROMM, E. A arte de amar. Tradução de Milton Amado. Editora Itatiaia Limitada. 1958.
- GANDHI, M. O caminho da Paz: respostas sobre amor, fé e vida. Tradução Cissa Tilelli Holzschuh. Editora Gente. 2014.

- GADERMANN, A. , GUHN, M. , ZUMBO, B. Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: a conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 2012. 17 (3): 1-10.
- GOLEMAN, D. *Inteligencia Social; o poder das relações humanas*. Tradução Ana Beatriz Rodrigues. Rio de Janeiro. Elsevier, 2006.
- HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J., ANDERSON, R.E. Exploratory factor analysis and Confirmatory factor analysis. In: *Multivariate Data Analysis*. 7th edition (2010). Pearson Education. ISBN-10: 9789332536500
- HEALTH FOUNDATION UK (www.health.org.uk); disponível em: <http://personcentredcare.health.org.uk/overview-of-person-centred-care/what-person-centred-care>. Acesso em outubro/2016.
- HEMMERDINGER, J.M.; STODDART, S.D., LILFORD, R.J. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*, 2007. 7:24.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J., BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998 May;7(4):323-35.
- HOGAN, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316. <http://dx.doi.org/10.1037/h0027580>
- HOJAT, M., MANGIONE, S., NASCA, T. J., COHEN, M J. M., GONNELLA, J. S., ERDMANN, J. B., VELOSKI, J. J. e MAGEE, M. The Jefferson Scale of Empathy (Physician): Development and Preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349-365, 2001.
- HOJAT, M. GONNELLA, J.S. NASCA, T.J., MANGIONE, S., VELOSKI, J.J. e MAGEE, M. The Jefferson Scale of Empathy (Physician): Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine (supplement)*, 77, S58-S60, 2002.
- HOJAT, M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer, 2007.
- HOJAT, M. The Jefferson Scale of Empathy. In: *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York: Springer, 2016. DOI 10.1007/978-3-319-27625-0.
- HU L.T., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis; Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
- IANNI A.M.Z., SPADACIO C., BARBOZA R., SOFIA O., ALVES F., VIANA S.D.L., ROCHA A.T. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014 Nov; 30(11): 2298-2308. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00214213>.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century / Committee on Quality Health Care in America*, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>. Acesso em junho/2015.
- JOLLIFFE, D., FARRINGTON, D. P. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 2006. 29: 589–611. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.010
- KATAOKA, H. U., KOIDE, N., HOJAT, M. e GONNELLA, J. S. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education*, 12(1), 48. doi:10.1186/1472-6920-12-48.

- KELM, Z.; WORNER, J.; WALTER, J.K.; FEUDTNER, C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 2014. Vol 14, pag. 219.
- KOSENÝ, J. e TIZANSKA, L. The structure of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Czech physicians. *Československá psychologie*, 2013. N° LVII, vol. 6, pags. 521-532
- KRZNDARIC, R. O poder da empatia: a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. 1 ed. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editora, 2015.
- LACERDA, A., GUIMARÃES, M.B., LIMA, C.M., VALLA, V.V. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO, 2007.
- LACERDA, A., VALLA, V.V., GUIMARÃES, M.B, LIMA, C.M. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1ª Ed. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A.. Rio de Janeiro. IMS-UERJ/ CEPESC/Abrasco. 2006.
- LAMA, D. Palavras de sabedoria. Compilado por Remuka Singh. Tradução de Maria Luiza Newlands da Silveira e Márcia Cláudia Alves. Sextante, 2001.
- LATIMER, M., JACKSON, P., JOHNSTON, C. Examining nurse empathy for infant procedural pain: Testing a new video measure. *Pain Res Manag*, 2011. 16(4): 228-233.
- LE PARISIEN. Crise grecque : quand la Grèce annulait la dette de l'Allemagne. Em: *leparisien.fr*. Disponível em: <http://www.leparisien.fr/economie/crise-grecque-quand-la-grece-annulait-la-dette-de-l-allemande-01-07-2015-4910387.php>. Acesso em: 01/07/15.
- LIE, DA; LEE_REY, E; GOMEZ, A; BEREKNYEI, S; BRADDOCKIII, CH. Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *Journal of General Internal Medicine*. 2011, v 26 (3), pags. 317-325. doi:10.1007/s11606-010-1529-0
- LUZ, M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. 4ª Ed. CEPESC/IMS-UERJ/Abrasco. 2013.
- MAGALHÃES, E., et al. Empatia Médica: Adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. In: *The National Symposia of Psychology Research; Portugal*. Editado por Nogueira C., Silva I., Lima L., Almeida A.T., Cabecinhas R., Gomes R., Machado C.,Maia A., Sampaio A., Taveira M.C.; 2010: 77–89. Disponível em <http://www.actassnip2010.com>. Acesso em maio/2015.
- MAQUIAVEL, N. O Príncipe. Tradução Edson Bini. 12. ed. São Paulo: Hemus, 1996.
- MATTOS, A.G. Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado. In: *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. 1ª Ed. CEPESC/IMS-UERJ/ UFPE/Abrasco. 2011.
- MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/ IMS/ Uerj/ Abrasco, 2005.
- MATTOS, R. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS – UERJ / ABRASCO, 2013. 4ª edição. Pgs 121 – 134.

- MEHRABIAN, A. e EPSTEIN, N. A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 1972. 40: 525–543. doi:10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x
- MENGXIAO, S. Observation: The Importance of Art in Medicine. 2013. Disponível em: https://www.mcgill.ca/library/files/library/susan_ge_art__medicine.pdf. Acesso em 02/05/2017.
- MOKKINK, L.B., De Vet, H.C.W., Prinsen, C.A.C, Patrick, D.L., Alonso, J., Bouter, L.M., et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. Accepted for publication in *Quality of Life Research*. Disponível em: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-RoB-checklist-V2-0-v17_rev3.pdf. Acesso em fev/19.
- MOUTET M., GUISTADO H., BUTEL J., VUAGNAT H., ZULIAN G. Interdisciplinarity in the hospital setting: between daily challenge and group stakes. *Rev Med Suisse*. 2014; 10: 134-137.
- MUTHÉN, L. K. e MUTHÉN, B. O. (1998-2011). *Mplus User's Guide*. Sixth Edition. Los Angeles.
- NABUCO, J. O Abolicionismo. 1883. Apud COSTA, E. V. da. *Da Senzala à Colônia. Difusão Européia do Livro*. 1966. São Paulo.
- NAGHSHINEH, S., HAFLER, J. P., MILLER, A. R., LIPSITZ S. R.; RACHEL P. DUBROFF, SHAHRAM KHOSHBIN, AND JOEL T. KATZ. Formal Art Observation Training Improves Medical Students' Visual Diagnostic Skills. *J Gen Intern Med*. 2008 Jul; 23(7): 991–997. doi: 10.1007/s11606-008-0667-0
- NIETZSCHE, F. W. *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo. Companhia das Letras, reimpressão, 2005.
- OLIDEN, P. E. e ZUMBO, B.D. Coeficientes de fiabilidade para escalas de resposta categórica ordenada. *Psicothema*. 2008; 20 (4): 896-901.
- OLSON, G. *Empathy imperiled. Capitalism, culture and the brain*. Springer. 2013.
- PARO, H.B.M.S., et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Medical Education*, 2012. 12:73. Disponível em <http://www.biomedcentral.com>, Acesso em maio/2015
- PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e educação*. Editora Vozes. 2013. 5ª edição.
- PIKETTY, T. Introdução. In: *O capital no século XXI*. Tradução de Monica Baumgarten de Bolle. 1ª edição. Intrínseca, 2014.
- PINHEIRO, R. Responsabilidade com a integralidade das ações: por uma ética do futuro. In: *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Pinheiro, R e Mattos, RA. CEPESC-IMS/UERJ – Abrasco. 2008.
- PINHEIRO, R. e LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Rio de Janeiro. IMS – UERJ/ ABRASCO, 2003.
- PINHEIRO, R. e SILVA JR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. ed. 1ª Org: PINHEIRO, R, SILVA JR, A.G., MATTOS, R.A. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS/Uerj/ Abrasco, 2008.

- PINHEIRO, R. e SILVA JR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Org: PINHEIRO, R. e MARTINS, P.H. rio de Janeiro. Cepesc-IMS/Uerj- Editora Universitária UFPE - Abrasco, 2011.
- POLANYI, K. A subsistência do homem e ensaios correlatos. Organização Kari Polanyi Levitt. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro. Contraponto, 2012.
- PROVENZANO, B.C., MACHADO, A.P.G., RANGEL, M.T.A.S., ARANHA, R.N. A empatia médica e a graduação em medicina. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014;13(4):19-25. doi: 10.12957/rhupe.2014.13941
- RAOSOFT (2004). Disponível em: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>. Acesso em 20 de novembro de 2019.
- REICHENHEIM, M. E., MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Revista de Saúde Pública 41(4): 1-7; 2007.
- REVELLE, W. e ROCKLIN, T. Very Simple Structure : an alternativ?e procedure for estimating the optimall number of interpretable factors. Multivariate Behavioral Research. 1979, 14: 403-414.
- RIESS, H., KELLEY, J.M., BAILEY, R.W., DUNN, E.J., PHILLIPS, M. Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. J. Gen. Intern. Med., 2012. 27 (10): 1280-1286. DOI: 10.1007/s11606-012-2063-z 2012 2/5/12
- RODRIGUES, P.H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V 21 n 1 jan-mar 2014, pgs 37-59.
- ROGERS, C. R. Tornar-se Pessoa. Editora Martins Fontes. 2ª edição. 1976.
- ROGERS, C. Empatic: Um unappreciated way of being. The counseling psychologist, v.5, n 2-10, 1975. Disponível em: http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/EMPATHIC_AN_UNAPPRECIATED_WAY_OF_BEING.pdf. Acesso em 130815.
- RORTY, R. Contingência, ironia e solidariedade. Tradução Vera Ribeiro. Editora Martins Fontes, 2007.
- RÖSNER, H. J. Os fundos europeus de coesão social: lições da reunificação alemã. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - 2007 - Coesão social na América Latina e Caribe: uma revisão de algumas de suas dimensões.
- ROSSO B.A. Conversations between anthropology and psychiatry: drawing out the best from interdisciplinarity in global mental health. Australas Psychiatry, 2015. 23 (6 Suppl): 3-5. doi: 10.1177/1039856215608291.
- SANTOS, B.S.. Conhecimento prudente para uma vida decente. “Um discurso sobre a ciência” revisitado. São Paulo. Editora Cortez, 2004.
- SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências. São Paulo. Editora Cortez, 2010. 7ª edição.
- SCHERER M.D.A., PIRES D.E.P., JEAN R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(11): 3203-3212. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.

SHARIAT, S. V., ESHTAD, E. e ANSARI, S. (2010). Empathy and its correlates in Iranian physicians: A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Empathy (Physician). *Medical Teacher*, 32(10), 417–421.

SILVA JR, A.G. e MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Org: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Rio de Janeiro. 4ª Ed. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS/Uerj/ Abrasco, 2013.

SILVA JR, A.G., ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Org: PINHEIRO, R., MULLER NETO, J.S., TICIANEL, F.A., SPINELLI, M.A.S., SILVA JR., A. G. Rio de Janeiro. Cepesc/ IMS/Uerj/ Abrasco, 2013.

SIO, H. de. Why Empathy is as Important as Reading and Math. Disponível em: <https://www.ashoka.org/pt-br/story/why-empathy-important-reading-and-math>. Acesso em 20/10/2018.

SMITH, A. Teoria dos Sentimentos Morais. Ed. Martins Fontes, 1999, 1ª edição.

SOARES, A.M.M. Introdução. In: VIEIRA, T.R. *Bioética nas profissões*. Editora Vozes. Petrópolis. 2005. Pags 9-14.

SOJO, A. e UTHOFF, A. Instrumentos de coesão social na Europa - lições para a região. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - 2007 - Coesão social na América Latina e Caribe: uma revisão de algumas de suas dimensões.

SONCINI, F., SILVESTRINI, G., POSCIA, A., CIORBA, V., CONTI, A., MURRU, C. e ZUCCO, R. Public Health Physicians and Empathy. Are we really empathic? The Jefferson Scale applied to Italian resident doctors. *The European Journal of Public Health*, 2013. 23 (suppl 1): 264-265. ckt124.068. doi:10.1093/eurpub/ckt124.068

SOUZA F.C. e FAZENDA I.C.A. Interdisciplinaridade e Cuidado Humano. In: *Medicina Integrativa*. Coord.: Lima, PTR. Editora Manole, 2015. pags. 209 a 235.

STEPIEN, K.A, BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*, 2006. 21(5):524–530.

STREIMER, D.L. e NORMAN, G.R. *Biostatistics: The Bare Essentials*. 2007. Ed. Perfect Paperback.

SUH, D. H., HONG, J. S., LEE, D. H., GONNELLA, J. S. e HOJAT, M. (2012). The Jefferson Scale of Empathy (Physician): A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher*, 34(6), e464–e468. doi:10.3109/0142159X.2012.668632

TREE A.C., HARDING V., BHANGU A., KRISHNASAMY V., MORTON D., STEBBING J., WOOD B.J., SHARMA R.A. The need for multidisciplinary in specialist training to optimize future patient care. *Nat Rev Clin Oncol.*, 2017. 14 (8):508-517. doi: 10.1038/nrclinonc.2016.185.

UTDALLAS. Art of Examination Forum. Disponível em: <https://www.utdallas.edu/arhistory/medicine/forum/>. Acesso em: 20/11/2018.

VAN BREWER V. Transdisciplinarity in Health Care: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2017. 52 (4): 339-47. doi: 10.1111/nuf.12200.

VELICER, W.F. Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 1976. 41: 321-327.

VELICER, W. F. e FAVA, J. L. Effects of Variable and Subject Sampling on Factor Pattern Recovery. *Psychological Methods*, 1998. 3: 231-251.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York. Jun, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary Placing people and communities at the centre of health services. 2015. Disponível em: http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/the_global_strategy_for_integrated_people_centred_health_services.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health System Responsiveness. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/en/>. Acesso em out/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sample size determination in health studies: a practical manual / S. K. Lwanga and S. Lemeshow. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>. Acesso em 13 de novembro de 2018.

ZENASNI, F., BOUJUT, E., DU VAURE, B., CATU-PINAULT, A., TAVANI, J. L., RIGAL, L. e SULTAN, S. (2012). Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Empathy (Physician) and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(4), 759– 766.

ZUMBO, B.D., GADERMANN, A.M., ZEISSER, C. Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of modern applied statistical methods*. 2007, 6: 21-29.

ANEXO A – Escala Jefferson de Empatia Médica Versão Original para Médicos

- 1 - Physicians' understanding of their patients' feelings and the feelings of their patients' families does not influence medical or surgical treatment.
- 2 - Patients feel better when their physicians understand their feelings.
- 3 - It is difficult for a physician to view things from patients' perspectives.
- 4 - Understanding body language is as important as verbal communication in physician patient relationships
- 5 - A physician's sense of humor contributes to a better clinical outcome
- 6 - Because people are different, it is difficult to see things from patients' perspectives
- 7 - Attention to patients' emotions is not important in history taking.
- 8 - Attentiveness to patients' personal experiences does not influence treatment outcomes.
- 9 - Physicians should try to stand in their patients' shoes when providing care to them.
- 10 - Patients value a physician's understanding of their feelings which is therapeutic in its own right
- 11 - Patients' illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, physicians' emotional ties with their patients do not have a significant influence in medical or surgical treatment.
- 12 - Asking patients about what is happening in their personal lives is not helpful in understanding their physical complaints.
- 13 - Physicians should try to understand what is going on in their patients' minds by paying attention to their non-verbal cues and body language.
- 14 - I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.
- 15 - Empathy is a therapeutic skill without which the physician's success is limited.
- 16 - Physicians' understanding of the emotional status of their patients, as well as that of their families is one important component of the physician-patient relationship.
- 17 - Physicians should try to think like their patients in order to render better care
- 18 - Physicians should not allow themselves to be influenced by strong personal bonds between their patients and their family members.
- 19 - I do not enjoy reading non-medical literature or the arts.
- 20 - I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical treatment.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012), você está sendo convidado para participar da pesquisa – Medida de empatia médica através da JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (PHYSICIAN) (JSE).

Você foi selecionado por ser médico e trabalhar na unidade onde o estudo será realizado. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é:

Descrever a medida de empatia de médicos que trabalham no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad frente aos pacientes, quantificada através da Jefferson Scale of Empathy (Physician), e análise da medida de acordo com as variáveis sexo, idade, especialidade, tempo de formação e de trabalho no INTO.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário.

O risco relacionado à sua participação na pesquisa poderá ser de constrangimento mínimo, devido ao objeto da mesma.

Os benefícios relacionados com a sua participação são:

Propor caminhos para que se possibilite ampliar esse conceito e que cada vez mais o cuidado prestado leve em consideração este componente.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os questionários serão destruídos após 5 anos. Não haverá compensação financeira pela participação no estudo.

Você receberá uma via deste Termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal e do CEP-INTO, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Isabela Ribeiro Simões de Castro

Contato com o pesquisador responsável:

Endereço: Avenida Brasil, 500 – CEP: 20940 -070 – Rio de Janeiro

Telefone: 2134-5186/5121 e 999496728

e-mail: icaastro@into.saude.gov.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do INTO.

Endereço: Avenida Brasil nº 500, 9º andar – sala nº 4 – São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ – CEP:

Telefone: 21 2134-5000

e-mail: cep.into@into.saude.gov.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Responsável pela aplicação do termo

Assinatura e carimbo

Redigido em duas vias (uma para participante e outra para pesquisador).

A primeira página deve ser rubricada pelo participante e pelo pesquisador.

ANEXO C – Autorização do Autor

Em 14 de out de 2016, às 14:15, Jefferson Scale of Empathy <empathy@jefferson.edu> escreveu:

Hi Isabela:

I'm sure Dr. Hojat will be happy to hear that you have his new book. I hope it is helpful to you. Yes, we have acquired a translation that has been validated in Portuguese-Brazilian. You are still welcome to translate it further if you like, but any change or modification in the text of Brazilian translation must be approved by Dr. Suely Grosseman. Also, aspects of psychometrics of the Brazilian translation of the JSE-S version have been addressed in the following article (Please contact Dr. Grosseman if there are additional studies on psychometrics of the Brazilian translation) : Paro et al., Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy.....BMC Medical Education, 12, 73. Doi: 10.1186/1472-6920-12-73. (see page 282 of Dr. Hojat's 2016 book for a summary of this study).

Attached you will find the HP-version of the Jefferson Scale of Empathy in English. I have also included the translated HP-version, the User Guide and scoring algorithm for use in your single, not-for-profit study. You have our permission to use/translate the HP-version of the JSE for your not-for-profit research given that the following conditions are met:

1. We ask that you send us copy of the translated version you use in your project.
2. You may use the translated version only for the one research study you describe to us. Any new use of the scale must be communicated to us for granting permission.
3. This copyright information must be printed on all copies you use in your project:

© Thomas Jefferson University, 2001 All rights reserved

Jefferson, as the sole copyright holder, maintains the copyright for granting or declining permission for any additional use of any and all versions of the JSE.

4. We must be informed if any other researcher wants to use the translated scale; again, permission to use any translation of the JSE may be given only by us.

We strongly suggest the back-translation procedure if you modify or translate the scale to assure the accuracy of translation. If you decide to do that, please contact me and I will send those instructions. Also attached is the User's Guide. In addition to instructions for administering the JSE, it gives a detailed account of the creation of the JSE, its evolution and validity studies, etc., written by Dr. Hojat. It also contains an extensive bibliography.

Good luck with your study. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Shira Carroll

Empathy Project Coordinator

Center for Research in Medical Education & Health Care

Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University

1015 Walnut Street, Curtis Bldg., Suite 319

Philadelphia, PA 19107

P:215-955-9458

F: 215-923-6939

empathy@jefferson.edu

Jefferson.edu/ScaleofEmpathy

TRADUÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DO AUTOR

Em 14 de out de 2016, às 14:15, Jefferson Escala de Empatia <empathy@jefferson.edu> escreveu:

Oi Isabela:

Tenho certeza que o Dr. Hojat ficará feliz em saber que você tem o novo livro dele. Espero que seja útil para você. Sim, fizemos uma tradução em português - brasileiro. Você ainda é bem-vinda a traduzi-lo, se quiser, mas qualquer alteração ou modificação no texto da tradução brasileira deve ser aprovada pela Dra. Suely Grosseman. Além disso, aspectos da psicometria da tradução brasileira da versão JSE-S foram abordados no artigo seguinte (entre em contato com a Dra. Grosseman se houver estudos adicionais sobre psicometria da tradução brasileira): Paro et al., Versão brasileira do estudo. Escala Jefferson de Empatia BMC Medical Education, 12, 73. Doi: 10.1186 / 1472-6920-12-73. (veja a página 282 do livro de 2016 do Dr. Hojat para ler um resumo deste estudo).

Em anexo, você encontrará a versão HP da Jefferson Scale of Empathy em inglês. Também incluí a versão traduzida da HP, o Guia do Usuário e o algoritmo de pontuação para uso em seu estudo, sem fins lucrativos. Você tem permissão para usar / traduzir a versão HP do JSE para sua pesquisa sem fins lucrativos, desde que as seguintes condições sejam atendidas:

1. Pedimos que você nos envie uma cópia da versão traduzida que você usar em seu projeto.
2. Você pode usar a versão traduzida somente para o estudo que você descreve para nós. Qualquer novo uso da escala deve ser comunicado a nós para concessão de permissão.
3. Esta informação de direitos autorais deve ser impressa em todas as cópias que você usar em seu projeto:

© Thomas Jefferson University, 2001 Todos os direitos reservados

Jefferson, como o único detentor dos direitos autorais, mantém os direitos autorais para conceder ou recusar a permissão para qualquer uso adicional de qualquer e todas as versões da JSE.

4. Devemos ser informados se algum outro pesquisador quiser usar a escala traduzida; novamente, a permissão para usar qualquer tradução do JSE pode ser dada somente por nós.

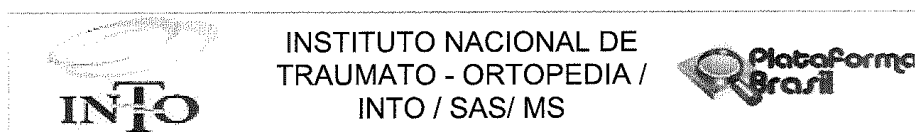
Sugerimos fortemente o procedimento de retradução se você modificar ou traduzir a escala para garantir a precisão da tradução. Se você decidir fazer isso, entre em contato comigo e eu enviarei essas instruções. Também em anexo está o Guia do usuário. Além de instruções para aplicar a JSE, ele fornece um relato detalhado da criação da JSE, seus estudos de evolução e validade, etc., escritos pelo Dr. Hojat. Também contém uma extensa bibliografia.

Boa sorte com o seu estudo. Atenciosamente,

Shira Carroll - Coordenadora do Projeto Empatia/ Centro de Pesquisa em Educação Médica e Cuidados de Saúde/ Sidney Kimmel Medical College da Universidade Thomas Jefferson/ 1015 Walnut Street, Curtis Bldg., Suíte 319/ Filadélfia, PA 19107

P: 215-955-9458/ F: 215-923-6939/ empathy@jefferson.edu

ANEXO D – Parecer do CEP


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPATIA DE MÉDICOS ATRAVÉS DA JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY (JSPE) COMO MARCADOR DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Pesquisador: Isabela Ribeiro Simões de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47223415.0.0000.5273

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Traumatologia - Ortopedia / INTO / SAS/ MS - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.179.822

Data da Relatoria: 29/07/2015

Apresentação do Projeto:

Adequado aos objetivos da instituição. Trata-se de estudo prospectivo, entre médicos que trabalham no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO).

Objetivo da Pesquisa:

Adequados e em conformidade com os objetivos da instituição. Sendo o objetivo principal: Descrever a medida de empatia de médicos que trabalham no Into frente aos pacientes, quantificada através da Jefferson Scale of Physician Empathy e o objetivo secundário: traçar o perfil dos médicos participantes e analisar a medida, de acordo com as variáveis: sexo, idade, especialidade, tempo de formação e de trabalho no NTO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão relacionados à possíveis constrangimentos no momento durante o preenchimento do questionário. E os benefícios estão relacionados à identificação dos pontos fortes e fracos que possam permitir possíveis melhorias na qualidade e segurança do cuidado prestado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há!

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há!

Endereço: Avenida Brasil, nº 500

Bairro: São Cristóvão

CEP: 20.940-070

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2134-5000

Fax: (21)2134-5228

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br

ANEXO E – Instrumento da Pesquisa

Jefferson Scale of Empathy – physicians version - Escala Jefferson de Empatia – versão para médicos (Adaptação brasileira)

1. Especialidade: 2. Sexo: [1] Masculino [2] Feminino. 3. Idade: _____ anos.

Instruções: Indique a extensão do seu acordo ou desacordo com cada uma das seguintes declarações, escrevendo o número de classificação apropriado no espaço sublinhado fornecido antes de cada declaração. Use a seguinte escala de 7 pontos (um número maior na escala indica mais concordância):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo fortemente

Concordo plenamente

1. ___ Minha compreensão sobre como meus pacientes e suas famílias se sentem não influencia o tratamento clínico ou cirúrgico.

2. ___ Meus pacientes se sentem melhor quando eu compreendo os seus sentimentos.

3. ___ Para mim, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.

4. ___ Na relação profissional de saúde-paciente, eu considero a compreensão da linguagem corporal dos meus pacientes tão importante quanto a comunicação verbal.

5. ___ Eu tenho um bom senso de humor, que considero capaz de contribuir para um melhor resultado clínico.

6. ___ Como as pessoas são diferentes, é difícil perceber as coisas do ponto de vista dos meus pacientes.

7. ___ Eu tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes ao obter a história clínica ou ao perguntar sobre a sua saúde física.

8. ___ A atenção às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados do tratamento.

9. ___ Eu tento colocar-me no lugar dos meus pacientes quando estou cuidando deles.

10. ___ Meus pacientes valorizam a minha compreensão dos seus sentimentos, que, por si só, é terapêutica.

11. ___ As doenças dos pacientes só podem ser curadas por tratamento clínico ou cirúrgico; portanto, os laços emocionais com meus pacientes não têm influência significativa no resultado do tratamento clínico ou cirúrgico.
12. ___ Perguntar aos pacientes sobre a sua vida pessoal não ajuda na compreensão de suas queixas físicas.
13. ___ Eu tento entender o que se passa nas mentes de meus pacientes prestando atenção a seus sinais não verbais e sua linguagem corporal.
14. ___ Acredito que a emoção não tenha espaço no tratamento das doenças.
15. ___ A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16. ___ Um componente importante do relacionamento com meus pacientes é minha compreensão sobre o seu estado emocional, bem como o de suas famílias.
17. ___ Eu tento pensar como os meus pacientes para prestar melhor cuidado.
18. ___ Eu não me deixo influenciar por laços pessoais fortes com meus pacientes e seus familiares.
19. ___ Não gosto de literatura não médica nem de outras formas de arte.
20. ___ Acredito que empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.

Jefferson Medical College, 2001. All rights reserved.

Tradução Isabela Ribeiro Simões de Castro, 2017

ANEXO F – Equivalência de Mensuração - dados complementares

Comunalidades 4 dimensões	
	Extração
P2	,429
P4	,461
P5	,387
P9	,383
P10	,438
P13	,492
P15	,556
P16	,417
P17	,451
P20	,542
P1 recodificada	,386
P3 recodificada	,530
P6 recodificada	,562
P7 recodificada	,475
P8 recodificada	,528
P11 recodificada	,587
P12 recodificada	,465
P18 recodificada	,462
P19 recodificada	,476
P14 recodificada	,619

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Comunalidades 5 dimensões	
	Extração
P2	,628
P4	,521
P5	,525
P9	,478
P10	,469
P13	,538
P15	,583
P16	,430
P17	,465
P20	,584
P1 recodificada	,393
P3 recodificada	,560
P6 recodificada	,638
P7 recodificada	,476
P8 recodificada	,528
P11 recodificada	,655
P12 recodificada	,490
P18 recodificada	,531
P19 recodificada	,645
P14 recodificada	,688

Método de extração: Análise de Componente Principal.

Modelos de ajuste:

CMIN 234,52, $p < 0,005$; NFI 0,586; RFI 0,479; IFI 0,831; TLI 0,762; CFI 0,811.

PRATIO 0,795; PNFI 0,466 e PCFI 0,645

NCP 67,52 (IC 90%: 31,06-112,01)

FMIN 2,34 FO 0,675 (IC 90%: 0,311-1,12)

RMSEA 0,064 (IC 90%: 0,043-0,082)

AIC 362,52

ECVI 3,62 (IC 90%: 3,26-4,07)

HOELTER.05: 85 e HOELTER.01: 91

Matriz de correlações policóricas - Two Step Estimation

	P2	P4	P5	P9	P10	P13	P15	P16	P17	P20	P1r	P3r	P6r	P8r	P11r	P12r	P18r	P19r	P14r
P2	1.000	.552	.267	.462	.198	.532	.375	.413	.342	.559	.452	.132	.074	.498	.337	.470	.246	.472	.359
P4	.552	1.000	.267	.176	.132	.513	.244	.326	.153	.331	.304	.297	.161	.363	.442	.248	.159	.222	.255
P5	.267	.267	1.000	.326	.412	.355	.194	.337	.313	.257	.049	.015	-.117	.116	.242	.024	.181	.018	.138
P9	.462	.176	.326	1.000	.207	.348	.339	.467	.391	.459	.196	.179	.105	.266	.197	.312	.161	.264	.158
P10	.198	.132	.412	.207	1.000	.354	.486	.355	.315	.408	.128	.100	.071	.189	.254	.160	-.038	.153	.280
P13	.532	.513	.355	.348	.354	1.000	.432	.465	.378	.485	.192	.252	.154	.196	.446	.393	.103	.206	.433
P15	.375	.244	.194	.339	.486	.432	1.000	.541	.317	.543	.115	.145	.092	.196	.375	.152	-.054	.359	.300
P16	.413	.326	.337	.467	.355	.465	.541	1.000	.511	.640	.279	.219	-.012	.323	.428	.230	.223	.296	.277
P17	.342	.153	.313	.391	.315	.378	.317	.511	1.000	.351	.203	.077	-.213	.214	.216	.119	.046	.068	.422
P20	.559	.331	.257	.459	.408	.485	.543	.640	.351	1.000	.401	.276	.042	.328	.660	.465	.204	.577	.509
P1r	.452	.304	.049	.196	.128	.192	.115	.279	.203	.401	1.000	.207	.226	.512	.366	.385	.202	.271	.295
P3r	.132	.297	.015	.179	.100	.252	.145	.219	.077	.276	.207	1.000	.520	.290	.310	.232	.134	.413	.214
P6r	.074	.161	-.117	.105	.071	.154	.092	-.012	-.213	.042	.226	.520	1.000	.320	.230	.234	.274	.293	.075
P7r	.065	.076	.033	.160	.050	.153	.178	.240	.246	.309	.375	.102	.059	.299	.451	.395	-.052	.354	.380
P8r	.498	.363	.116	.266	.189	.196	.196	.323	.214	.328	.512	.290	.320	1.000	.485	.543	.245	.334	.398

	P2	P4	P5	P9	P10	P13	P15	P16	P17	P20	P1r	P3r	P6r	P8r	P11r	P12r	P18r	P19r	P14r
P11r	.337	.442	.242	.197	.254	.446	.375	.428	.216	.660	.366	.310	.230	.485	1.000	.529	.235	.551	.740
P12r	.470	.248	.024	.312	.160	.393	.152	.230	.119	.465	.385	.232	.234	.543	.529	1.000	.185	.302	.551
P18r	.246	.159	.181	.161	-.038	.103	-.054	.223	.046	.204	.202	.134	.274	.245	.235	.185	1.000	.040	.189
P19r	.472	.222	.018	.264	.153	.206	.359	.296	.068	.577	.271	.413	.293	.334	.551	.302	.040	1.000	.329
P14r	.359	.255	.138	.158	.280	.433	.300	.277	.422	.509	.295	.214	.075	.398	.740	.551	.189	.329	1.000