



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

André Paes Goulart Machado

**Empatia em estudantes de medicina de uma Universidade pública
do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

André Paes Goulart Machado

Empatia em estudantes de medicina de uma Universidade pública do Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Nunes Aranha

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

M149 Machado, André Paes Goulart.

Empatia em estudantes de medicina de uma Universidade pública do Rio de Janeiro / André Paes Goulart Machado. – 2017. 94 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Renata Nunes Aranha.

Tese (Doutorado Ciências Médicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estudantes de medicina – Teses. 2. Estudantes – comportamento – Teses. 3. Empatia - Teses. 4. Educação médica - Teses. I. Aranha, Renata Nunes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.253.4

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

Assinatura

Data

André Paes Goulart Machado

Empatia em estudantes de medicina de uma Universidade pública do Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 13 de junho de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Renata Nunes Aranha (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof^a. Dr^a. Eloisa Grossman
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof^a. Dr^a. Maud Parise
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Marcelo Santos Cruz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Reuber Gerbassi Scofano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, componente indissociável de toda a minha trajetória, fonte de força e inspiração, essencial para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma e, à sua maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Renata, minha querida orientadora e colega de trabalho, com a sua ilimitada paciência e generosidade, permanentemente pronta à troca de idéias e ao auxílio na condução dos trabalhos, unindo sensibilidade e apuro técnico, com grande talento para a inovação, sempre com otimismo e entusiasmo. Indispensável em todas as etapas percorridas, considero-a um verdadeiro exemplo.

À Professora Mary Rangel, minha orientadora até a qualificação desta tese, com sua personalidade única, dotada de uma gentileza imensa, que abriu os meus olhos para aspectos especiais da atividade docente, permitindo-me aprender muito com a sua vasta experiência como educadora. Mostrou-se a todo o tempo uma grande e dedicada incentivadora.

À Bruna Provenzano, interna de medicina à época do início deste projeto, pela importante participação, sempre com seriedade e envolvimento, no desenvolvimento desta pesquisa e consolidação de seus resultados.

Aos nossos mais que especiais estudantes de medicina, que compuseram a população deste estudo, pela receptividade e espírito de cooperação que demonstraram, e pelo tanto de coisas não mensuráveis que nos ensinam no dia a dia, nos alimentando com a sua juventude e a sua vivacidade, nos deixando a certeza de que cada pequeno passo dado nessa pesquisa valeu a pena.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas - UERJ, que nunca deixaram de nos receber de maneira atenciosa, procurando tornar a nossa caminhada a mais tranquila possível, buscando solucionar prontamente qualquer questão que se interpusesse.

Falo assim sem saudade, falo assim por saber
Se muito vale o já feito, mais vale o que será
E o que foi feito é preciso conhecer para melhor prosseguir

Falo assim sem tristeza, falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos que nós iremos crescer
Outros outubros virão, outras manhãs plenas de sol e de luz

Milton Nascimento / Fernando Brant

RESUMO

MACHADO, André Paes Goulart. **Empatia em estudantes de medicina de uma Universidade pública do Rio de Janeiro**. 2017. 94 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A empatia médica é definida como uma adequada compreensão do paciente pelo médico e a capacidade de este comunicar-lhe essa compreensão. Envolve um conceito multidimensional, com quatro aspectos principais: emocional, moral, cognitivo e comportamental. Desde meados do século XX é considerada um componente essencial da relação médico-paciente, tendo demonstrado diversos benefícios para os pacientes, em termos de desfechos clínicos favoráveis, assim como também para os médicos, em sua prática cotidiana. Porém alguns estudos mostraram redução da empatia no decorrer do curso médico. O objetivo do presente estudo foi avaliar a empatia de uma população de estudantes de medicina no Brasil em relação a características que podem estar associadas ao seu comportamento. Os dados foram obtidos a partir do I Censo MEDUERJ - 2011, estudo transversal em que foram aplicados aos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro um questionário online autopreenchível, contendo variáveis socioeconômicas e comportamentais e avaliação de resiliência, além da empatia, como variável dependente, através da Escala Jefferson. Foram calculadas as estatísticas descritivas e bivariadas, utilizando-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as variáveis categóricas e o coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis numéricas. Em seguida foi realizada análise multivariada por meio de um modelo de regressão linear múltipla. Todos os 542 alunos incluídos responderam ao questionário, sendo 60,5% do sexo feminino, 61,2% brancos, e a média de idade de 23,5 anos. O escore de empatia foi de 121,8 (DP = 11,79), tendo sido de 72 a pontuação mínima e de 140 a máxima, não sendo verificado declínio ao longo dos anos do curso. Na análise bivariada, mostraram associação positiva com empatia o sexo feminino ($p < 0,001$), a prática religiosa regular ($p = 0,014$), ter frequentado previamente ambas as escolas pública e privada ($p = 0,049$), ter escolhido medicina por vocação/realização pessoal ou altruísmo ($p < 0,001$), e possuir maior resiliência ($p < 0,001$); associação negativa foi verificada com consumo de álcool ($p = 0,025$), escore CAGE positivo ($p = 0,036$) e uso de medicamentos para se manter desperto, para ansiedade e/ou para dormir ($p = 0,009$). Após o ajuste do modelo multivariado, sexo, escola anteriormente frequentada e resiliência mantiveram associação com empatia. Em conclusão, os estudantes de medicina brasileiros apresentam bons níveis de empatia em comparação a outros países, que se sustentam ao longo de todo o curso médico. Características importantes têm relação com empatia, como sexo, educação prévia e resiliência, apontando-se a necessidade de pesquisas qualitativas para se compreender melhor a sua natureza, e de se abranger outras regiões do país.

Palavras-chave: Empatia médica. Educação médica. Estudantes de medicina. Escolas de medicina. Comportamento e mecanismos de comportamento.

ABSTRACT

MACHADO, André Paes Goulart. **Empathy in medical students from a public university in Rio de Janeiro**. 2017. 94 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Medical empathy is defined as a proper understanding of the patient by the physician and the ability of the physician to communicate to him that understanding. It involves a multidimensional concept, with four main aspects: emotional, moral, cognitive and behavioral. Since the mid-20th century it has been considered an essential component of the physician-patient relationship, have been demonstrated several benefits for patients in terms of favorable clinical outcomes as well as for physicians in their daily practice. However, some studies have shown reduced empathy during the medical course. The objective of the present study was to evaluate the empathy of a population of medical students in Brazil in relation to characteristics that may be associated to their behavior. Data were obtained from the I MEDUERJ - 2011 Census, a cross-sectional study in which it was applied to medical students of the State University of Rio de Janeiro a self-administered online questionnaire containing socioeconomic and behavioral variables and resilience evaluation, alongside empathy, as a dependent variable, through the Jefferson Scale. The descriptive and bivariate statistics were calculated using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for the categorical variables and the Spearman correlation coefficient for the numerical variables. Multivariate analysis was then performed using a multiple linear regression model. All 542 included students answered the questionnaire, being 60.5% female, 61.2% white, and the mean age was 23.5 years. The empathy score was 121.8 (SD = 11.79), with a minimum score of 72 and a maximum of 140, and no decline was observed during the course years. In the bivariate analysis, empathy showed positive association with female gender ($p < 0.001$), regular religious practice ($p = 0.014$), previous attendees from both public and private schools ($p = 0.049$), medicine option for vocation/personal achievement or altruism ($p < 0.001$), and greater resilience ($p < 0.001$); negative association was found with alcohol consumption ($p = 0.025$), positive CAGE score ($p = 0.036$) and use of medications to stay awake, for anxiety and/or sleeping ($p = 0.009$). After the adjustment of the multivariate model, gender, previous school and resilience maintained their association with empathy. In conclusion, the Brazilian medical students have good levels of empathy when compared to other countries, and they are sustained throughout the medical course. Important characteristics are related to empathy, such as gender, prior education and resilience, pointing to the need for qualitative research to better understand their nature, and to cover other regions of the country.

Keywords: Medical empathy. Medical education. Medical students. Medical schools. Behavior and behavior mechanisms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados descritivos da população do estudo - variáveis demográficas e socioeconômicas	53
Tabela 2 -	Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a opções em medicina, autoavaliação de saúde e religião	54
Tabela 3 -	Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a tabagismo, uso de álcool, drogas ilícitas e medicamentos	55
Tabela 4 -	Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a cotas	56
Tabela 5 -	Dados descritivos da população do estudo - variáveis contínuas ..	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAGE	<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener</i>
CR	Coeficiente de rendimento
DP	Desvio-padrão
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
N	Número
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1	Artigo 1 - O nascimento da empatia na prática da medicina	15
1.2	Artigo 2 - A empatia na formação médica: o dilema permanece	24
2	OBJETIVOS	44
2.1	Objetivo geral	44
2.2	Objetivos específicos	44
3	MÉTODOS	45
3.1	Delineamento do estudo	45
3.2	População do estudo	45
3.3	Procedimentos	46
3.3.1	<u>Confecção do questionário</u>	46
3.3.2	<u>Pré-testes</u>	46
3.3.3	<u>Termo de consentimento</u>	47
3.3.4	<u>Coleta dos dados</u>	47
3.4	Variáveis do estudo	48
3.4.1	<u>Variável de interesse central</u>	48
3.4.2	<u>Variáveis independentes</u>	48
4	RESULTADOS	52
4.1	Descrição da população do Censo	52
4.2	Artigo 3 - Fatores relacionados a empatia em estudantes de medicina no Brasil	58
4.3	Artigo 4 - A empatia e o futuro da medicina: algumas reflexões	77
	CONCLUSÕES	80

REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A - Questionário utilizado no estudo	84
APÊNDICE B - Termo de consentimento do estudo	92
ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	94

INTRODUÇÃO

No segundo semestre de 2011, eu me preparava para concluir o quarto e último ano na função de Coordenador de Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ao meu lado, como Coordenadora de Extensão, tinha minha futura orientadora, a professora Renata Aranha. Entre as nossas constantes conversas acerca da enriquecedora experiência que acumulávamos até então, falávamos muito sobre tudo o que observávamos no convívio diário com os alunos a partir daquele ângulo privilegiado em que nos encontrávamos. Não tardou a nos despertar o anseio de aproveitar aquela experiência e pensar em uma forma de explorar com maior profundidade algumas questões que nos pareciam importantes. Ao mesmo tempo, havia a vontade de deixar um registro palpável daquele cenário. Estávamos decididos assim a empreender uma pesquisa com os nossos estudantes.

Começamos então a esboçar todas as características que nos pareciam relevantes a serem levantadas. E dois aspectos em especial ganharam nossa motivação, conforme percorríamos fontes na literatura: a resiliência e a empatia. Ao mesmo tempo, já pensávamos em quantos alunos iríamos ouvir, e de que turmas. Sabíamos que desejávamos o inventário mais completo possível e, assim, surgiu a ideia: por que não incluímos todos os alunos? Estava determinado enfim que faríamos um censo, que nominaríamos "I Censo MEDUERJ - 2011". Era sólida a nossa convicção de que a empreitada seria bem recebida e contaria com o apoio do nosso corpo discente, fato que seria plenamente confirmado. Nunca antes um inventário como esse havia sido feito com os estudantes de medicina da nossa instituição, o que apenas aumentava o nosso anseio pelos resultados que retornariam às nossas mãos. Resultados esses que aqui apresentamos, tentando transmitir ao leitor não somente dados, mas todas as sensações e aprendizados que o mergulho a que nos propusemos deixou conosco.

Para iniciarmos a compreensão da empatia, tema central da presente tese, achamos oportuno retroceder no tempo e historiar o fascinante processo de construção do ensino da medicina e de suas instituições, a fim de compreendermos em que momento e porque despontou a empatia como componente essencial à prática médica. Dentro do capítulo "Revisão da Literatura" deste trabalho, possui

este intuito o artigo 1, o primeiro dos que se encontram em processo de submissão para publicação.

Em seguida, no artigo 2, a temática da empatia no contexto da relação entre o médico e o paciente é percorrida em seus diversos aspectos. Dessa forma podemos entender a origem do termo, as suas conceituações ao longo do tempo e como pode ser aferida. São apresentadas as implicações da empatia sobre os atores envolvidos, o que confere justificção à sua relevância como campo de estudo. As diversas questões que permanecem em aberto e as inquietantes controvérsias que a envolvem são levantadas, frente às quais a nossa escolha por a investigar este tema tornou-se convicta, levando-se ainda em conta a escassez de dados a este respeito existente no Brasil.

O I Censo MEDUERJ - 2011 é descrito de forma pormenorizada no capítulo seguinte, com os procedimentos que foram desenvolvidos, precedendo a exposição completa dos dados descritivos da população estudada.

O artigo 3 reporta a descrição da análise estatística do presente trabalho e os resultados essenciais envolvendo a empatia e sua associação às demais variáveis investigadas, junto com a discussão dos mesmos, em todos os pontos que nos pareceram relevantes.

Nesse ponto, sentimos a necessidade de exercitar mais o olhar para o futuro. Com o artigo 4, na realidade um pequeno texto, convidamos o leitor, permitindo-nos ser um pouco provocativos, a compartilhar esse exercício. Na verdade, nutrindo o desejo não de que se concorde com tudo o que é dito, mas que desperte em cada um, dentro de um cenário até certo ponto especulativo, a liberdade imaginativa de se colocar perante questões que inevitavelmente nos serão confrontadas pelo tempo.

O material que obtivemos a partir do censo ensejou ainda a apresentação de seis pôsteres no Congresso Brasileiro de Educação Médica de 2013, explorando recortes de alguns tópicos estudados, assim como um artigo com análises preliminares e breve revisão de empatia publicado em edição temática sobre educação médica da Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto em 2014¹.

Os dados relativos a resiliência tornaram-se objeto de outro projeto de doutoramento, ora em curso. E uma série de dados englobando cotas, empatia e outras variáveis compõe um trabalho à parte, também em processo de desenvolvimento.

Retomam-se em "Conclusões" os pontos principais acerca da empatia, finalizando este trabalho, e esperando, após essa jornada pelo tema que elegemos para estudar, que ao contemplarmos um estudante de medicina em interação com um paciente, nossa apreciação nos permita perceber novas matizes, que antes nos passavam despercebidas, mesmo que sempre ali estivessem estado presentes.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Artigo 1 - O nascimento da empatia na prática da medicina

The birth of empathy in the practice of medicine

Autores: André Paes Goulart Machado, Matheus Schwengber Gasparini, Renata Nunes Aranha

RESUMO

A empatia é um componente essencial para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, porém isso nem sempre foi assim considerado. No início do século XX, o ensino médico era, para os padrões de hoje, surpreendentemente desestruturado e ineficiente. Grandes esforços foram então empreendidos na América do Norte a fim de transformar esse panorama, tendo tido como ponto crucial o Relatório Flexner e a implementação de toda uma estrutura com base científicista, alcançando enorme sucesso e passando a servir de modelo para toda a medicina ocidental. Contudo o tempo se encarregou de mostrar que algo de essencial ficara de fora, surgindo aos poucos uma nova visão do paciente, nos seus aspectos pessoais, psicológicos e sociais. É o momento da tomada de consciência do papel das habilidades de comunicação necessárias ao médico, com destaque para a empatia. O entendimento desse longo processo nos fornece elementos fundamentais para pensar sobre como estamos trabalhando a empatia dos nossos estudantes de medicina de hoje e, com isso, projetarmos os avanços que desejamos nesse campo para o futuro.

Descritores: Empatia. Educação Médica. Escolas de Medicina. História da Medicina.

ABSTRACT

Empathy is an essential component in establishing a good doctor-patient relationship, but this has not always been so considered. In the early twentieth century, medical education was, by current standards, surprisingly unstructured and inefficient. Great efforts were then implemented in North America to transform this panorama, with the Flexner Report as the crucial aspect, and the implementation of a whole science-based structure, attaining enormous success and serving as a model for all Western medicine. However, time showed that something essential had been left out, and a new view of the patient gradually emerged in his personal, psychological, and social aspects. It was time to become aware of the role of the communication skills needed by the physician, with emphasis on empathy. Understanding this long process provides us with key elements to think about how we are working on the empathy of our present medical students, and thereby designing the advances we want in that field for the future.

Keywords: Empathy. Education, Medical. Schools, Medical. History of Medicine.

A ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO MÉDICO TRADICIONAL

No rescaldo da Guerra Civil Americana (1861-1865), era inquietante a constatação de que a maioria das perdas fatais se deu não durante os confrontos nos campos de batalha, porém fora deles, saltando aos olhos a decepcionante atuação da medicina no tratamento dos ferimentos e das diversas outras doenças que se propagavam naquele cenário adverso. Sentiu-se falta de profissionais com visão crítica e capacidade resolutiva^{1,2}.

Desolador é o mínimo que se pode dizer a respeito do panorama da medicina praticada na América do Norte, na segunda metade do século XIX. Reinava uma completa falta de padronização, sendo ensinadas e exercidas modalidades tais como medicina botânica, quiroprática, osteopática e eclética, dentre outras, sem nenhum tipo de regulação³.

Pequenos grupos de oito a dez médicos sem maiores dificuldades fundavam faculdades privadas de medicina, com objetivos meramente comerciais, cuja meta

era auferir lucro⁴. Qualquer um podia ingressar nelas, já que não havia exigências mínimas ou processo de seleção. Os cursos duravam menos de um ano e se resumiam a palestras, leitura de livros e muita memorização de conteúdos, sem contato com laboratórios, hospitais e qualquer resquício de pesquisa. Estudantes eram diplomados sem ter visto um paciente sequer².

Nesse cenário, surgiu um movimento, que lentamente foi ganhando corpo, com a convicção de que era necessária uma mudança profunda no ensino da medicina⁵. Complementar os estudos na Europa, especialmente em França, Inglaterra e Alemanha, tornou-se uma prática crescente entre jovens médicos americanos mais abastados. E o treinamento lá vivenciado, permitindo o contato com o que havia de mais moderno do ponto de vista científico, fomentou o desejo de transformar o panorama vigente⁶. Havia uma revolução em curso, notadamente na área da microbiologia e doenças infecciosas, capitaneada por Louis Pasteur e Robert Koch, cujas descobertas científicas alteraram juízos de valor. A irracionalidade de práticas como sangrias e purgações precisava ser suplantada por novas medidas de eficácia cientificamente comprovada, como cirurgias assépticas, vacinações e sistemas de saneamento^{1,5}.

Escolas médicas ligadas a grandes universidades, tendo como pioneira a Harvard Medical School, surgem aplicando toda uma nova metodologia, buscando espelhar o ensino de alto nível europeu. Entidades médicas, como a American Medical Association (AMA), passam a trabalhar pela reformulação e padronização do ensino médico. Vencer a desinformação geral, as tradições arraigadas e os interesses políticos, contudo, não seria tarefa fácil¹.

No início do século XX, grandes fundações com atividades filantrópicas eram uma força social proeminente nos Estados Unidos da América (EUA)⁴. E no momento em que os propósitos ansiados pela AMA ganharam o entusiasmo da Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, os ventos tornaram-se bem mais favoráveis. Para impulsionar a agenda reformista, planejou-se um grande inventário da educação médica na América do Norte. O ato principal estava desenhado e o seu protagonismo alçaria ao estrelato a figura de Abraham Flexner⁵.

Flexner não era médico. Era um educador, de reconhecida competência, com formação complementar em psicologia e filosofia, tendo angariado substantiva atenção para as técnicas que empregava. Chegou a ter seu próprio colégio, antes de viajar para uma temporada na Europa, onde se debruçou sobre as metodologias

lá utilizadas, em especial na Alemanha, terra natal de seus pais. Ao retornar, trazia em si convicções renovadas e aprofundadas².

Após ler um texto de Flexner contendo uma análise crítica sobre o sistema educacional norte-americano, o presidente da Carnegie Foundation viu nele a pessoa ideal para tocar o ambicioso projeto. Não via nenhum empecilho no fato de que Flexner jamais pusera os pés em uma faculdade de medicina, por considerar o problema da educação médica, na verdade, um problema da educação, em um sentido mais amplo⁷.

Seguiu-se um breve, porém profícuo, período de imersão em educação médica, sem perder de vista o seu especial entusiasmo pelo modelo germânico, lendo tudo o que se havia produzido nos EUA pelos especialistas até então, o que permitiu que Flexner se familiarizasse com o tema. Por fim, definiu como parâmetro de qualidade a escola de medicina da Johns Hopkins University, criada em 1893, que já funcionava nos moldes que considerava ideais⁷.

Com notável energia e afinco, Flexner visitou, ao longo de 18 meses, todas as 155 escolas médicas dos EUA e Canadá então em atividade, avaliando requisitos para ingresso, recursos financeiros, valores cobrados dos estudantes, qualidade do ensino e instalações físicas^{3,7}. Ao terminar, classificou as instituições em três categorias: 1) adequadas, de boa qualidade; 2) abaixo do padrão, mas recuperáveis, merecedoras de investimento; 3) de qualidade tão ruim, que a recomendação era o seu fechamento. Um terço delas ficou neste último grupo⁷.

A “nova ordem” proposta por Flexner incluía: 1) um rigoroso controle na admissão dos alunos, com exigência de conhecimentos prévios em biologia, química e física; 2) um currículo de quatro anos, divididos em dois de ciclo básico, centrados em laboratórios, e dois de ciclo clínico, desenvolvidos dentro de um (indispensável) hospital; 3) instalações de nível adequado; 4) pedagogia privilegiando o aprendizado ativo em relação ao passivo; 5) utilização vigorosa do método científico, mediante observação e experimentação, com o ensino firmemente conectado à pesquisa; 6) estipulação dos recursos financeiros necessários ao funcionamento das escolas; 7) afiliação das escolas médicas a universidades^{1,8}.

A bem da verdade, Flexner pode ser considerado um catalisador de uma série de transformações que já vinham ocorrendo nas décadas anteriores. Entretanto, os resultados efetivos permaneciam restritos⁶. Até então, eram “doutores falando mal

de doutores e suas escolas de medicina”, ou seja, uma questão que ecoava apenas dentro do meio médico^{1,6}.

Publicado em 1910, o Relatório Flexner, com o peso da Carnegie Foundation por trás, usufruiu de receptividade bastante distinta, chegando a merecer matéria (elogiosa) de página inteira no New York Times, logrando assim sensibilizar o grande público em relação ao movimento reformador, além de receber o endosso governamental e das entidades médicas. Tornou-se o ponto central de uma vibrante discussão em torno da necessidade de mudança no ensino médico nos EUA e Canadá⁶.

O papel de Flexner não se encerrou aí. Estudando e se dedicando cada vez mais ao tema, seguiu envolvido em uma ampla frente de trabalho que passou a levar adiante as reformas. Uma atividade importante que desempenhou, fruto da respeitabilidade obtida, foi a de levantar centenas de milhões de dólares junto a financiadores, como a fundação Rockefeller, sem o que nada seria possível, já que a nova estrutura e seu processo de construção eram bastante custosos^{4,6}.

Na outra ponta, a adoção do Relatório como parâmetro de acreditação levou ao fechamento de quase metade das escolas médicas norte-americanas nas duas décadas seguintes^{5,6}.

Seguramente o Relatório Flexner foi o balizador de uma verdadeira revolução no ensino e na prática médica nos EUA e no Canadá. A qualidade foi elevada ao máximo e isso abrangeu todo o sistema. A “medicina moderna” havia prevalecido e os ganhos deste grande avanço para a sociedade se tornariam evidentes^{6,7}.

Muito embora o Relatório possa ser considerado bastante amplo, certos aspectos acabaram prevalecendo sobre outros. O modo científico de se pensar foi aplicado sem ressalvas à medicina. Ela foi tratada como uma disciplina experimental governada pelas leis da biologia geral².

A transformação no ambiente acadêmico foi notável. A pesquisa rapidamente superou o ensino dentro dos hospitais universitários. A produtividade da pesquisa tornou-se o parâmetro de julgamento das realizações das instituições, relegando a segundo plano o ensino, o cuidado ao paciente e as considerações sobre saúde pública. Foi estabelecido um sistema de dedicação exclusiva, por parte do professor de medicina, à atividade em sala de aula e à pesquisa em laboratório. Dessa forma, o paciente passou a ter um papel secundário na educação médica, a qual se tornou centrada no modelo biomédico de adoecimento^{1,9}.

A partir da instituição deste modelo, as grandes mudanças que transcorreram na educação médica espalharam-se por todo o Ocidente, que passou a copiar o que era feito nos EUA. Os novos métodos enraizaram-se através do tempo, persistindo em grande parte, com firmeza, até o momento presente^{3,8}.

A CRISE DO MODELO BIOMÉDICO

Por um lado, o modelo biomédico flexneriano promoveu avanços científicos fundamentais na área da saúde, possibilitando maior poder terapêutico e curativo às ciências médicas. Por outro, houve a perda da unidade do indivíduo e o declínio da relação médico-paciente. Paralelamente, os últimos 50 anos presenciaram substancial redução na confiança e no respeito à figura do médico pela sociedade, podendo isso se dever, em grande medida, à falência desse modelo flexneriano. As instituições médicas tornaram-se frias e impessoais. E tanto mais prestigiosas como centros de excelência em pesquisa, tanto mais avolumadas as queixas neste sentido¹⁰.

A crise do modelo biomédico advém da interpretação de que a doença é definida por parâmetros estritamente somáticos, uma anormalidade anatômica e/ou bioquímica do organismo. Assim posto, não convém ao médico a preocupação com a maneira como o paciente experimenta o seu adoecer, desconsiderando a enfermidade como sendo resultado de múltiplos fatores por ele vivenciados, em meio à sua realidade⁷. Nesse contexto, as doenças mentais, como um eloquente exemplo, chegaram a ser vistas como inexistentes, ou “um mito”, dado que, de modo geral, não possuem evidência de disfunção orgânica identificável². Chegou-se ao ponto de ser defendida a exclusão da Psiquiatria enquanto especialidade médica. Considerava-se o corpo humano uma “máquina”, sendo tarefa do médico reparar o defeito por ela apresentado. Evidenciam-se, assim, duas formas de pensamento intrínsecas ao modelo biomédico: 1) o reducionismo, visão de que um fenômeno complexo deriva, em última análise, de um único princípio primário; 2) o dualismo corpo-mente, com a separação radical entre esses dois componentes^{5,7}.

Como o que se pode considerar uma reação a essa conjuntura, surge, na década de 1970, um novo modelo de compreensão do indivíduo, da saúde e da doença: o modelo biopsicossocial¹¹. Nele é estabelecido que, para uma abordagem

completa ao paciente, devem ser levados em conta seus aspectos psicológicos, comportamentais e sociais. A missão do médico, agora, é dar conta tanto da disforia quanto do distúrbio clínico que leva o paciente a buscar auxílio, criando um diálogo entre a medicina cientificista e a assistência. Há de se sublinhar que a citada disforia pode ser a causa ou a consequência da enfermidade⁷.

A partir desse novo modelo, surgem novas tendências curriculares, com maior foco na promoção da saúde e prevenção das doenças, ocorrendo, pois, a redefinição do perfil do profissional médico desejado. Não seria possível, contudo, que tal redefinição ocorresse repentinamente. O modelo biopsicossocial, a fim de cumprir sua missão, exige do profissional novas aptidões. A relação médico-paciente é, agora, vista como uma questão central. E para efetuar as mudanças desejadas de modo eficaz e abrangente, seria necessário que o médico desse um passo evolutivo fundamental durante sua formação: o desenvolvimento das suas habilidades de comunicação^{11,12}.

Remontando ao final do século XIX, o estudo de habilidades comunicativas tomou impulso na primeira metade do século XX. Coincidiu, portanto, justamente com o ápice do modelo biomédico, o qual relegava as relações interpessoais a segundo plano. Desse modo, tais conceitos permaneceram ainda distantes da medicina, muito embora tenham seguido um caminho de profícuo desenvolvimento no campo da psicologia^{13,14}.

A "descoberta" das habilidades de comunicação pelas instituições médicas ocorreu somente com a constatação da falência do modelo biomédico. No entanto, revelou-se enorme a dificuldade para se realizar uma transição bem-sucedida do plano teórico para o mundo prático^{15,16}.

A tomada de consciência seria, todavia, irreversível. E não demoraria a ser identificado o componente essencial da comunicação entre o médico e o seu paciente. A empatia emerge assim como o fator chave a dar sentido ao verdadeiro encontro clínico, desfazendo eventuais barreiras e sedimentando um canal de compartilhamento de sensibilidades, que enfim vai permitir que o paciente se sinta acolhido e compreendido^{17,18}.

Observa-se que, em pouco mais de cem anos, a medicina ocidental experimentou mudanças profundamente significativas, tanto em nível organizacional quanto na relação médico-paciente. A crescente valorização da empatia na prática médica, embora ainda seja um fenômeno relativamente recente, e longe de estar

concluído, ao mesmo tempo que lança auspiciosos debates entre seus estudiosos, revela cada vez de forma mais cristalina todos os seus benefícios para os atores envolvidos^{19,20}.

A estrada pela qual o ensino médico deve seguir trilhando para que o profissional exerça uma prática cada vez mais humanizada encontra-se agora iluminada. A medicina figura-se em um novo patamar.

REFERÊNCIAS

1. Halperin EC, Perman JA, Wilson EA. Abraham Flexner of Kentucky, his report, Medical Education in the United States and Canada, and the historical questions raised by the report. *Acad Med.* 2010;85(2):203-10. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c88506
2. Anderson MB. Commentary - understanding the Flexner report. *Acad Med.* 2010;85(2):193-6. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c8f1e7
3. Page D, Baranchuk A. The Flexner report: 100 years later. *Int J Med Educ.* 2010;1:74-5. DOI: 10.5116/ijme.4cb4.85c8
4. Dornan T. Osler, Flexner, apprenticeship and 'the new medical education'. *J R Soc Med.* 2005;98(3):91-5.
5. Beck AH. The Flexner Report and the standardization of american medical education. *JAMA.* 2004;291(17):2139-40.
6. Barr DA. Revolution or evolution? Putting the Flexner Report in context. *Med Educ.* 2011;45(1):17-22. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03850.x
7. Duffy TP. The Flexner report - 100 years later. *Y J Biol Med.* 2011;84:269-76.
8. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):492-9.
9. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner Report. *N Eng J Med.* 2006;355(13):1339-44.
10. Rothman DJ. Medical professionalism - focusing on the real issues. *N Eng J Med.* 2000;342(17):1284-6.
11. Engel GL. The need for a new medical model - a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.

12. Hemmendinger JM, Stoddart S, Lilford RA. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007;7:24. DOI: 10.1186/1472-6920-7-24
13. Vallabh, K. Psychometrics of the student version of Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-S) in final-year medical students in Johannesburg in 2008. *Steve Biko Centre for Bioethics.* 2011;4(2):63-8.
14. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. *Br J Med Psychol.* 1993;66(Pt 1):3-14.
15. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52 Suppl:S9-12.
16. Sng G, Tung J, Ping YS, et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean J Med Educ.* 2016r;28(1):67-78. DOI: 10.3946/kjme.2016.11
17. Mostafa A, Hoque R, Mostafa M, Rana MM, Mostafa F. Empathy in undergraduate medical students of Bangladesh: psychometric analysis and differences by gender, academic year, and specialty preferences. *ISRN Psychiatry.* 2014;2014:375439. DOI: 10.1155/2014/375439
18. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med.* 2008;3:10. DOI: 10.1186/1747-5341-3-10
19. Herzig S, Biehl L, Stelberg H, Hick C, Schmeißer N, Koerfer A. What makes a good doctor? A content analysis of assessments by a sample of doctors. *Dtsch Med Wochenschr.* 2006;131:2883-2888. DOI: 10.1055/s-2006-957216
20. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit.* 2007;13(7):CR291-4.

1.2 Artigo 2 - A empatia na formação médica: o dilema permanece

Empathy in medical training: the dilemma remains

Autores: André Paes Goulart Machado, Bruna Cuoco Provenzano, Renata Nunes Aranha

Resumo

É crescente em todo o mundo a preocupação com o distanciamento progressivo observado na relação entre os médicos e seus pacientes, facilitado pelos rápidos avanços tecnológicos e mudanças estruturais nos sistemas de saúde. Com isso, torna-se vital o estudo de um dos pilares fundamentais dessa relação, que é a empatia médica, conceituada como uma adequada compreensão do paciente pelo médico e a capacidade deste comunicar-lhe esta compreensão. Este artigo descreve a complexidade envolvida no estudo da empatia durante o período de formação do estudante de medicina, o desenvolvimento dos métodos de aferição necessários, assim como as descobertas em torno dos benefícios que as habilidades empáticas propiciam. É abordado o impacto causado quando estudos revelaram haver declínio na empatia dos graduandos ao longo do curso médico justamente a partir do momento em que se inicia o treinamento prático, onde o estudante entra em contato direto com o paciente. Em seguida é discutido o dilema colocado por pesquisas mais recentes, inclusive as pioneiras no Brasil, ao não evidenciarem tal redução, e a conquista representada pela implementação bem sucedida de técnicas de aprimoramento da empatia. Conclui-se com reflexões acerca das incertezas que ainda envolvem o tema, apontando-se caminhos para a sua futura exploração.

Palavras-chave: Empatia médica; Educação médica; Estudantes de medicina.

Abstract

Concern over the progressive detachment observed in the relationship between physicians and their patients is growing worldwide, facilitated by rapid technological advances and structural changes in health systems. With this, it becomes vital to study one of the fundamental cornerstones of this relationship, which is medical empathy, defined as an adequate understanding of the patient by the physician and the ability of the physician to communicate this understanding. This article describes the complexity involved in the study of empathy during the medical student's training period, the development of the necessary measurement methods, as well as the discoveries about the benefits that empathic abilities provide. The impact caused when studies revealed a decline in the empathy of the undergraduate students during the medical course, just at the moment that the practical training begins, where the student comes in direct contact with the patient. Next, the dilemma posed by more recent research, including the pioneer ones in Brazil is discussed, since they did not show such reduction, and the conquest represented by the successful implementation of empathy enhancement techniques. It concludes with reflections on the uncertainties that still surround the theme, pointing out ways for its future exploration.

Keywords: Medical empathy; Medical education; Medical students.

Introdução

A formação de médicos humanos tem sido uma crescente preocupação dos educadores em medicina. Essa questão tornou-se particularmente oportuna ao longo das últimas décadas, uma vez que os avanços científicos propiciaram a rápida expansão do diagnóstico com base tecnológica, e essa moderna medicina tem sido acompanhada da percepção generalizada de que os médicos estão se tornando demasiadamente distantes dos seus pacientes (Hojat et al., 2003).

Na era da informática, a interação humana e suas perspectivas podem ser muitas vezes ignoradas, quando se utilizam maciçamente computadores e outros dispositivos eletrônicos (Williams et al., 2014). Como resultado, vemos a substituição

do contato pessoal mais próximo, como se os médicos estivessem perdendo suas habilidades para ouvir e tocar os seus pacientes (Vallabh, 2011).

A arte da medicina, segundo Hipócrates, possui três elementos: o doença, o paciente e o médico. E a relação médico-paciente é uma aliança em que cada uma das partes contribui para a sua eficácia plena. Mas qual é o ingrediente secreto que faz com que este encontro entre dois seres humanos se torne bem sucedido? (Di Lillo et al., 2009).

Um componente central da relação médico-paciente que tem sido cada vez mais estudado é a empatia (Jordan; Foster, 2016). Diversas pesquisas têm demonstrado que a conexão empática conduz a resultados clínicos positivos, como diagnóstico mais precoce, maior adesão ao tratamento e maior satisfação do paciente (Hojat et al., 2011).

Os estudantes de medicina iniciam a sua caminhada para se tornar médicos imbuídos de ideais e entusiasmo com a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. E é de se esperar que a escola médica cultive essas qualidades. No entanto, de forma a causar surpresa, alguns pesquisadores relataram declínio na empatia ao longo do curso de graduação (Hojat et al., 2009).

É inquietante imaginar que a educação médica possa levar à erosão ao invés de nutrir empatia. Recentemente, todavia, este ponto de vista tem sido objecto de debate, com alguns estudos indicando redução, mas outros não mostrando nenhuma mudança (Quince et al., 2016a).

Entender que fatores influenciam a empatia do médico de amanhã pode ser tão importante quanto assegurar sua competência clínica. Contudo, a empatia médica continua carecendo de uma definição consensualmente aceita, enquanto sua mensuração apresenta dificuldades e as formas de promovê-la ainda guardam incertezas. Não são pequenos, portanto, os desafios encontrados nesse campo (Quince et al., 2016b).

Entendendo o conceito de empatia

A noção de empatia possui uma longa história. Foi discutida pela primeira vez em 1872, pelo filósofo alemão Robert Vicher, ao apreciar os sentimentos despertados em um observador diante de obras de arte. O termo tem origem na

palavra alemã "einfühlung", que significa literalmente "sentir-se dentro". A palavra "empatia" é um neologismo cunhado em 1909 por Edward Titchener, a partir da raiz grega traduzida de "einfühlung" (Hojat et al., 2003).

Muitos estudiosos têm sido fascinados pelo conceito de empatia ao longo do tempo. Foi extensamente discutida na literatura psicológica desde as primeiras décadas do século 20 (Vallabh, 2011). A sua definição mais simples refere-se à capacidade de um indivíduo de sentir o que outra pessoa está experimentando.

O conceito de empatia no contexto da prática médica é relativamente mal compreendido. Dada a sua complexidade, muitas definições e modelos existem. Embora haja ampla concordância de que não há um conceito que abranja todas as nuances da empatia, a descrição mais básica envolve a compreensão da perspectiva de um paciente e a comunicação desta compreensão (Quince et al., 2016b).

Reverendo a literatura médica, Morse et al. (1992) encontraram quatro componentes básicos da empatia: 1) emotivo: um paralelo com a definição de simpatia, é definido como imaginando o que o outro está sentindo; 2) moral: é a fonte motivadora por trás da empatia; 3) cognitivo: é a capacidade intelectual para se identificar com os pacientes e os compreender; 4) comportamental: a comunicação do próprio sentimento e entendimento.

Embora o modelo de Morse seja útil para decompor a empatia em competências observáveis, ele negligencia a integração da experiência por parte dos pacientes. Para este fim, Barret-Lennard (1993) desenvolveu o "ciclo da empatia", com três fases. Com referência aos pacientes, a fase 1 é a compreensão cognitiva da expressão da experiência do outro, através da escuta atenta. A fase 2 envolve comunicar essa compreensão; enquanto a fase 3 é a percepção desta comunicação pelo paciente.

Mercer e Reynolds (2002) deram um passo mais longe e argumentaram que, para ser bem-sucedida, a empatia deve formar uma aliança terapêutica que culmina no processo de tomada de decisão compartilhada.

A empatia médica pode ser entendida, portanto, como um complexo constructo multidimensional que envolve a capacidade de compreender significativamente situação, perspectiva e sentimentos do paciente, bem como comunicar e agir terapêuticamente com esta compreensão de forma eficaz, com o consentimento e a participação do paciente (Ren et al., 2016). Parece abranger dois

domínios principais: uma capacidade afetiva de se estar sensível e preocupado com outra pessoa; e uma capacidade cognitiva para entender e apreciar a perspectiva dessa outra pessoa, além de comunicar este entendimento (Quince et al., 2016a).

A empatia é muitas vezes confundida com simpatia. No entanto, podemos considerar empatia, no âmbito da assistência ao paciente, como um componente predominantemente cognitivo (em oposição ao afetivo e emocional), que envolve o entendimento (em oposição ao sentimento) de experiências e perspectivas dos pacientes, combinado com uma capacidade de comunicar esta compreensão (Hojat et al., 2009).

Simpatia, em contraponto à empatia, é portanto predominantemente afetiva e emocional, podendo levar à experimentação de sentimentos intensos de dor e sofrimento de um paciente, como uma partilha de emoções. Na empatia há a capacidade para compreender, mas sem aderir à sensação do paciente (Hojat et al., 2003).

A confusão conceitual entre empatia e simpatia precisa ser evitada no contexto de assistência ao paciente (Hojat et al., 2011). Deve-se ter em vista que os pacientes querem que seus médicos possam entendê-los, e não que possam ser alvo de pena (Williams et al., 2014).

Como mensurar a empatia

A empatia em estudantes de medicina foi aferida pela primeira vez em 1977 na Austrália (Dehning et al., 2013). No entanto, dado que a empatia é um conceito complexo e difícil de definir, não foram uma surpresa as enormes dificuldades enfrentadas desde então. Questões como a variedade e o número de medidas utilizadas, a falta de validade e a não distinção entre os aspectos afetivos e cognitivos de empatia foram constantemente observadas, levando a resultados muitas vezes incertos (Hojat et al, 2009).

A maioria das pesquisas com estudantes de medicina envolveu inicialmente questionários de autoavaliação, que refletem percepções pessoais em vez de comportamentos reais nos encontros clínicos (Quince et al., 2016a).

Uma revisão sistemática acerca das ferramentas de avaliação de empatia, publicada em 2007, revelou a existência de nada menos do que 36 escalas de

mensuração. Destas, apenas oito foram consideradas com validade e confiabilidade aceitáveis. Elas se concentraram nas dimensões cognitiva e afetiva da empatia, que são relativamente mais fáceis de medir. Contudo, a quase totalidade desses instrumentos foi construída para avaliação de empatia na população geral (Hemmerdinger; Stoddart; Lilford, 2007).

Para medir a empatia especificamente dentro no contexto da relação entre o médico e o paciente, uma ferramenta apropriada tornara-se indispensável. Em resposta a esta necessidade, a equipe de pesquisa em empatia médica da Jefferson Medical College desenvolveu, em 2001, a Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE, na sigla original em inglês). Foi originalmente projetada para estudantes de medicina, passando a ser conhecida como JSPE-S. Subsequentemente, uma versão ligeiramente modificada foi criada para médicos e outros profissionais de saúde (a JPSE-HP) (Hojat et al., 2002).

A Escala Jefferson contém 20 itens, que são respondidos em uma escala de Likert com valores de um a sete, sendo o um equivalente a “discordo totalmente” e, o sete, a “concordo totalmente”. O somatório das pontuações de cada questão resulta em um escore com limites possíveis entre 20 e 140 pontos. Seus criadores consideraram a empatia médica, tal como medida pela JSPE, como sendo principalmente cognitiva (Hojat et al., 2002; Quince et al., 2016a).

Há hoje praticamente um consenso geral de que a Escala Jefferson é baseada em extensa base de pesquisa e tem fundação psicométrica sólida. Tem ainda a utilidade de ser facilmente administrada a um grande número de estudantes (Quince et al., 2016b). Não foi portanto por acaso que passou a ser o instrumento mais pesquisado e amplamente utilizado na educação médica, com tradução para dezenas de línguas, que permitiu sua aplicação em uma grande diversidade de países em todo o mundo (Roff, 2015). Ganhou tradução e validação para o português brasileiro em 2012 (Paro et al., 2012).

Os benefícios da empatia

Na vida em sociedade, a empatia mostrou-se capaz de promover um comportamento pró-social. Ela contribui para a sobrevivência de cada novo indivíduo

que nasce, e estimula e enriquece nossos relacionamentos na comunidade (Gleichgerrcht; Decety, 2014).

Na medicina, os órgãos de acreditação em educação médica têm requerido uma maior ênfase no aprimoramento dos graduandos em relação à comunicação médico-paciente centrada no paciente, e no ensino de empatia como alvo direto. Mas a comunicação com empatia de fato melhora os resultados para os pacientes ou trazem algum benefício para os médicos? E quanto às suas repercussões para a sociedade como um todo? (Gleichgerrcht; Decety, 2014).

Antes da década de 1990, foi escassa a pesquisa sobre o papel desempenhado pela empatia na assistência médica, porém novos olhares foram sendo progressivamente lançados sobre esse tema (Quince et al., 2016b).

Empatia e pacientes

A comunicação médico-paciente tem sido estudada amplamente no campo da medicina clínica e, a despeito do consenso geral de que essa comunicação é a pedra angular de uma relação frutífera, um estudo revelou que médicos interrompem seus pacientes a cada 18 segundos, em média, fazendo questionamentos "biomédicos". Essas interrupções deslocam inteiramente o controle do paciente para o médico. Aqueles médicos que permitiam que seus pacientes completassem suas exposições com suas próprias palavras eram capazes de ouvir com maior riqueza de detalhes os elementos da história clínica, sugerindo melhor capacidade nas tomadas de decisão. Outros estudos têm mostrado que pacientes e médicos não concordam quanto à sua principal preocupação em 50% das consultas, e que 50% das questões de natureza psiquiátrica ou psicossocial acabam por ficar perdidas (Stewart, 1995).

Em um cenário ambulatorial, os pacientes que puderam discorrer sobre seus problemas médicos com suas próprias palavras e os pacientes de médicos que forneceram explicação mais detalhada sobre a doença e o tratamento tiveram diminuição significativa em suas medidas de pressão arterial. Além disso, na medicina psiquiátrica, a relação médico-paciente influencia de forma independente os desfechos, a despeito da farmacoterapia, e pode ser até mesmo mais importante do que a psicoterapia específica empregada (Kim; Kaplowitz; Johnston, 2004).

A percepção do paciente de que o seu médico é empático, com conseqüente aprimoramento da comunicação durante a anamnese e a discussão do manejo clínico, demonstrou ser capaz de diminuir a ansiedade e a angústia psicológica, reduzir a dor, melhorar o estado geral de saúde, levar a maior resolução dos sintomas e menores níveis sanguíneos de glicose e colesterol LDL. Até mesmo pacientes com resfriado comum atendidos por médicos que receberam escores melhores em empatia tiveram a duração dos seus sintomas significativamente mais curta, bem como mais pronta normalização dos biomarcadores de inflamação e contagem de leucócitos (Hojat et al., 2009).

A empatia do médico também revelou efeito positivo em relação às iniciativas que envolviam mudanças de comportamento dos pacientes, tais como cessação do tabagismo, perda de peso e controle da ingestão excessiva de álcool (Lim et al., 2013).

Em um estudo, os pacientes apresentaram taxas maiores de satisfação, em primeiro lugar, se sentiam uma forte parceria com seus médicos; em segundo lugar, se tinham a percepção de que seus médicos se comunicavam com empatia; e apenas em terceiro lugar, se acreditavam que seus médicos possuíam competência técnica em seu campo de atuação. Os pacientes que percebem seus médicos como empáticos são mais propensos a ficar satisfeitos e a indicá-los para seus familiares e amigos (Kim; Kaplowitz; Johnston, 2004).

Muitos fatores sabidamente desempenham papel sinérgico na relação médico-paciente para produzir desfechos em saúde, porém é notável o desejo dos pacientes de que seus médicos demonstrem interesse e capacidade de ouvir, e que demonstrem compreensão e aceitação. O resultado desse comportamento empático por parte do médico é a influência positiva sobre os resultados clínicos, facilitando a construção de uma sólida relação de confiança, diagnóstico mais preciso e precoce, tomada de decisão compartilhada e adesão às recomendações médicas (Quince et al., 2016a).

Empatia e médicos

Em estudo realizado em 2007, Neumann et al. demonstraram como os médicos podem se beneficiar de uma prática com alto grau de empatia. Além de

serem capazes de tomar melhores decisões clínicas, médicos empáticos parecem experimentar maior satisfação no trabalho, assim como maior sensação de bem-estar psicológico. Verificou-se adicionalmente que houve diminuição do *burnout* (Neumann et al., 2007).

Pesquisas posteriores revelaram que, de fato, o aumento específico da preocupação empática se correlaciona com índices mais elevados de satisfação, em um conceito amplo, sendo capaz até mesmo de fomentar nos médicos atitudes como liderança e capacidade de empreender transformações em seus campos de atuação (Quince et al., 2016b).

Um estudo utilizando ressonância magnética funcional mostrou que os médicos que tiveram escores mais altos de empatia obtiveram graus de satisfação mais elevados, bem como a ativação de seus centros de recompensa (córtex cingulado anterior rostral), ao tratarem paciente com dor (Jensen et al., 2014).

Na esfera médico-legal, verificou-se que a grande maioria dos processos acerca de "erro médico" foram resultado de deterioração na comunicação entre médico e paciente, o que demonstra como a atitude empática pode mitigar desfechos tão adversos como má prática e conflitos ético-profissionais (Huntington; Kuhn, 2003).

Empatia e sociedade

O estudo conduzido por Neumann et al. (2007) também propôs que a melhoria da comunicação também leva à menor taxa de hospitalização e ao uso mais racional e adequado de testes diagnósticos.

Uma pesquisa realizada com médicos generalistas usou gravações de áudio de entrevistas padronizadas com pacientes. Um terceiro observador avaliou os áudios e lhes atribuiu um escore. Os médicos que obtiveram pontuações mais altas de empatia apresentaram diminuição geral dos testes diagnósticos solicitados e dos custos totais do conjunto de procedimentos (Epstein et al., 2005).

Exames complementares e hospitalizações representam fontes significativas de consumo de recursos financeiros, além de muitas vezes impor aos pacientes incômodos, dispêdio de tempo e exposição a riscos que podem ser minimizados, senão evitados, com o fortalecimento da comunicação empática. Esses fatores têm

claramente repercussão não somente sobre os pacientes em questão, mas também sobre seus familiares e amigos, relações trabalhistas e sociais (Neumann et al., 2007).

A empatia pode ser prejudicial?

Embora estudos já tenham comprovado que a empatia pode aumentar a satisfação dos médicos com o seu trabalho, poderia um excesso de empatia ser potencialmente prejudicial para o seu bem-estar? (Jordan; Foster, 2016).

Em situações clínicas, os médicos enfrentam cenários emocionalmente desgastantes com bastante regularidade, atendendo pacientes com morbidade significativa, ou mesmo que estão morrendo. Deparam-se também com situações sociais especialmente dramáticas. Assim sendo, estariam os médicos se "autoprotendendo" ao não se aprofundarem totalmente nas histórias dos seus pacientes? (Jordan; Foster, 2016).

Estudos têm demonstrado que o médico com elevado nível de empatia pode sim se tornar emocionalmente exausto. Mesmo levando-se em conta influências de habilidades na regulação emocional, experiências pessoais prévias, fatores estressores e equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, a empatia excessiva pode levar ao *burnout* em certos casos (Thirioux; Biraut; Jaafari, 2016).

Evidências neurológicas sugerem que partes do cérebro associadas com a sensação de dor são afetadas quando se presta assistência a outra pessoa com dor (Quince et al., 2016b).

A formação da identidade médica profissional requer, portanto, a capacidade de estabelecer e manter limites entre paciente e médico. Isso muito provavelmente demanda um certo grau de neutralização emocional (Roff, 2015).

A empatia e a formação médica

O número de pesquisas examinando empatia na trajetória do estudante de graduação em medicina tem se expandido, em especial partir de 2005 (Quince et al., 2016b). Alguns estudos revelaram que as mulheres têm maiores escores basais de

empatia do que os homens, embora a causa para essa diferença permaneça sem ser explorada. No campo das hipóteses, foram lembradas características evolutivas biológicas de gênero, estilos em cuidado interpessoal, socialização e expectativas quanto ao papel desempenhado por cada gênero. As mulheres mostram maior compreensão acerca da prestação de apoio emocional, em contraste com um pensamento masculino mais racional, o que é importante para desenvolver relações de cuidado com os pacientes (Mostafa et al., 2014; Williams et al., 2014).

Os alunos que escolheram especialidades "humanistas" (como medicina de família, pediatria e ginecologia) obtiveram pontuações de empatia mais elevadas do que aqueles que escolhem especialidades "tecnológicas" (como as especialidades cirúrgicas) (Newton et al., 2008). Por outro lado, empatia não tem sido correlacionada com maior sucesso acadêmico ou com melhor desempenho em avaliações (Hojat et al., 2009).

Na sua maior parte, as pesquisas realizadas utilizaram a Escala Jefferson, e os escores encontrados oscilaram entre aproximadamente 105 e 125 (em 140 possíveis), o que não foi considerado um resultado ruim. No entanto, o olhar sobre a distribuição dessas pontuações ao longo dos anos do curso estava prestes a revelar uma situação no mínimo perturbadora (Roff, 2015).

Uma revisão sistemática de estudos que mediram as tendências da empatia em estudantes de medicina e médicos residentes incluiu 18 trabalhos dos EUA, Reino Unido e Polônia, todos realizados em instituição única. Nove dos onze estudos que envolveram estudantes de medicina revelaram diminuição na empatia autoavaliada durante o curso médico (Neumann et al., 2011).

Seguidas pesquisas com estudantes de medicina têm mostrado declínio significativo na empatia justamente a partir do momento em que os estudantes entram na fase prática do curso, com treinamento à beira do leito, em contato com os pacientes (Hojat et al., 2009). Em um estudo de coorte longitudinal feito na Boston University Medical School, Chen et al. (2012) verificaram que a empatia dos estudantes de medicina melhorou após o ingresso no curso. No entanto, as pontuações de empatia começaram a declinar quando se iniciou o seu contato direto com pacientes, resultando em diminuição estatisticamente significativa da empatia a partir do início do período de estágio prático até o término do curso.

Alguns resultados divergentes, porém, começaram a ser publicados. Estudos realizados nos Estados Unidos, Reino Unido, Índia, e no Caribe confirmaram a

perspectiva de que a empatia declina. Já estudos em Portugal, Croácia, Japão e Coreia do Sul relataram não ter havido nenhuma mudança ou até mesmo encontraram leve aumento na empatia (Quince et al., 2016b).

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil em 2014, utilizando um instrumento de autoavaliação de empatia não específico para o contexto de saúde (o Interpersonal Reactivity Index), não evidenciou declínio da empatia entre os estudantes de medicina ao longo do curso (Paro et al., 2014). Outro trabalho publicado em 2016, este empregando a Escala Jefferson, conduzido na Universidade Federal de Santa Catarina, obteve resultados nessa mesma linha (Santos et al., 2016).

A despeito desse cenário misto, a maioria dos autores considera que o declínio dos níveis de empatia dos estudantes de medicina ao longo de sua formação é uma tendência bem documentada. Partindo dessa premissa, passaram a se debruçar sobre os estudos mais recentes que não verificaram essa tendência, na busca de possíveis explicações para o dilema colocado por esses achados contraditórios (Quince et al., 2016a).

A ampla diversidade de desenhos dos estudos e dos respectivos instrumentos empregados logo foi lembrada, levantando questões sobre se os diferentes resultados obtidos são verdadeiramente comparáveis. Poucos têm foco longitudinal e a maioria foi realizada em instituições individuais. Em alguns, os alunos foram avaliados no início do seu ano escolar, suprimindo-lhes todas as vivências que um aluno ao final de um ano terá tido a oportunidade de experimentar (Ren et al., 2016). Some-se a isso a frequente não explicitação de detalhes relevantes, como o contexto do estudo ou sexo e idade entrevistados. Esta falta é agravada pelas diferenças de idades e experiências na admissão do graduando. No Reino Unido e grande parte da Europa, a maioria dos alunos ingressa na formação médica entre as idades de 18 e 21 anos. Já na América do Norte, a maioria possui pelo menos 21 anos (Quince et al., 2016b).

Outro ponto fraco de alguns estudos são as baixas taxas de resposta. Pode ser até mesmo que os participantes tenham sido os mais interessados no estudo; ou seja, os com maior probabilidade de responder seriam mais propensos a ser empáticos (Quince et al., 2016a).

Embora a empatia seja reconhecida como multidimensional, muito poucos estudos relatam a dimensão da empatia em que a eventual mudança ocorre (Quince

et al., 2016b). Há também uma notável falta de detalhes acerca do conteúdo e estrutura dos cursos. Não é ainda sabido se métodos pedagógicos baseados em problemas ajudam a desenvolver ou preservar a empatia. E descrições simples, como "aprendizagem baseada em problemas" e "integrado" passam longe de descrever a verdadeira natureza do curso (Quince et al., 2016a).

A cultura também pode ter o seu impacto. Pesquisas com estudantes em escolas médicas asiáticas frequentemente relatam pontuações mais baixas do que estudos realizados na América do Norte e Europa. Essas diferenças foram atribuídas a padrões de comunicação que colocam menos ênfase na comunicação não verbal, assim como ao comportamento dos médicos desejados pelos pacientes e ao sistema de seleção fortemente orientado para a ciência, entre as escolas médicas da Ásia. Isso contrasta com a noção de que a cultura asiática como um todo tem uma tradição de tolerância e compreensão, serviço à humanidade, e respeito aos direitos e sentimentos dos outros (Williams et al., 2014). Se essas diferenças observadas têm significado efetivo para a prática médica em diferentes ambientes culturais é algo que permanece desconhecido (Quince et al., 2016b).

Possíveis causas de perda da empatia

Diversos estudos empíricos indicam que uma drástica transformação se abate sobre os estudantes de medicina durante os anos da sua formação. Ao embarcarem na jornada para se tornar médicos, os alunos em sua maioria estão entusiasmados, cheios de idealismo e com uma verdadeira intenção de servir àqueles que necessitam de cuidado. Entretanto, esse quadro inicialmente tão favorável vai sendo colocado à prova, de maneira bastante penosa, com o passar do tempo (Hojat et al., 2009).

Diz-se frequentemente que o sofrimento psicológico é prevalente entre os estudantes de medicina, em maior medida do que entre a população em geral, pares da mesma idade, e pares não médicos. É também sugerido que o bem-estar e a qualidade de vida desses estudantes se deterioram durante a educação médica. Tanto o efeito do sofrimento psíquico na empatia dos estudantes de medicina quanto possíveis relações de causalidade existentes são ainda envoltos por incertezas (Quince et al., 2016b).

A medicina hospitalar hoje é um ambiente diferente do praticado há vinte ou trinta anos. O sistema de saúde fragmentado pode ser um ambiente de aprendizado difícil (Hojat et al., 2009). Pouco tempo está disponível para se mergulhar profundamente no caso de um paciente antes que um novo tenha que ocupar esse espaço. Além disso, muito raramente os estagiários podem dar continuidade aos cuidados com seus pacientes. Em segundo lugar, a tecnologia mudou muito a estrutura das interações em saúde. Convívios à beira do leito foram substituídos por tempo de conexão a uma tela, onde os estudantes buscam dados avidamente (Chen et al., 2012). Nosso atual padrão de aprendizagem envolve estagiários interagindo com outros estagiários, os quais estão sofrendo estresses similares, e podem não ser os modelos ideais. Isto é ainda sugerido por países que veem o declínio da empatia em seus estudantes de universidades de grande porte, mas nem tanto em instituições de menor porte, em que a atuação se dá em espaços mais delimitados, em vínculo próximo com um preceptor mais experiente. Todos esses cenários são para o graduando uma dura realidade em relação à sua própria visão idealista da medicina e ao retrato que possam ter um dia fantasiado do médico como um super-herói (Newton et al., 2008).

Outra causa potencial de sofrimento psíquico é a falta de uma rede de apoio social, combinada a uma pesada carga de trabalho, com elevado volume de material a aprender e sob constante privação de sono (Park et al., 2014). Estudantes de medicina trabalham por longos períodos e com horários irregulares, que os deixam com pouco tempo para visitar a família ou estar na presença de seus grupos de apoio pessoal (Neumann et al., 2011).

O currículo oculto é definido como aquele que é implicitamente ensinado, mas não explicitamente estabelecido. Ele pode influenciar substancialmente a empatia de estudantes de medicina e, no entanto, o seu impacto permanece pouco estudado. Envolve aspectos relacionados a poder, hierarquia e maus-tratos de alunos por parte de seus preceptores, incluindo humilhação, discriminação de gênero e assédio sexual. Muitos estudantes relatam ter testemunhado colegas e supervisores fazendo comentários depreciativos sobre pacientes e mesmo outros colegas (Quince et al., 2016b). Todos esses fatores contribuem para que os graduandos tenham que conviver com ambientes de aprendizagem notadamente hostis, certamente no caminho oposto ao que seria desejável.

Com tantos elementos e circunstâncias adversas, não seria inesperado que os treinandos estejam simplesmente tentando se proteger, de uma forma quase instintiva, ao desenvolverem neutralização e desapego emocional, distanciamento afetivo e adoção de uma identidade profissional ritualizada, como mecanismos para regular o componente de compartilhamento emocional inerente à empatia (Hojat et al., 2009; Roff, 2015).

Melhorando a empatia

Os estudantes de medicina enfrentam muitos desafios no seu percurso. Um deles é aprender a gerir o estresse e a ansiedade de enfrentar a doença e o sofrimento do paciente. Eles podem desenvolver respostas inadequadas, que levem a diminuição no seu nível de empatia durante a abordagem dos pacientes (Vallabh, 2011). Adicionalmente, habilidades empáticas muitas vezes não são adquiridas automaticamente ao longo da sua formação (Hornblow et al., 2009).

Empatia envolve não apenas a compreensão da situação e os sentimentos do paciente, mas também a capacidade de comunicar esse entendimento. As habilidades de comunicação são ensinadas hoje como parte do eixo curricular de um número considerável de escolas médicas de diversas partes do mundo, diferentemente do que ocorria duas décadas atrás, quando essas habilidades eram raramente um componente formal da educação médica. Uma revisão de estratégias de intervenção destinadas a reforçar a empatia concluiu que foi obtida uma mudança positiva desde então, com oficinas de habilidades de comunicação que abordam os aspectos comportamentais da empatia como tendo sido o método de maior impacto. Em geral, os pacientes-atores envolvidos em tais intervenções tendem a relatar níveis mais elevados de satisfação nos encontros com o grupo de estudantes de intervenção, em comparação com o grupo controle. No entanto, ainda pode haver uma lacuna entre o que é ensinado nas habilidades de comunicação e como isso é transferido para o contexto clínico do dia a dia (Quince et al., 2016b; Gallagher et al., 2017).

Recentemente, abordagens bem diversificadas foram utilizadas com êxito na tentativa de melhorar a empatia na educação médica, como analisar áudios e vídeos gravados em encontros com pacientes, experimentar hospitalização, desenvolver

estudos em literatura e artes em geral, aprimorar habilidades narrativas e assistir a apresentações teatrais. A variedade de métodos empregados traz como vantagem a possibilidade de endereçar os diferentes componentes da empatia, como o comportamental, o emocional e o cognitivo (Hojat et al., 2011).

Outra atitude que se mostrou positiva foi a exposição cuidadosa dos estudantes ao atendimento de grupos vulneráveis de pacientes, como idosos, moradores de rua, refugiados e dependentes de álcool e drogas (Vallabh, 2011). Isso os ajuda a entender como pessoas de círculos sociais tão diferentes pensam, sentem e vivem (Ren et al., 2016).

É importante considerar, porém, que quando são empreendidos esforços para promover a melhoria dos níveis de empatia, as intervenções devem ser pensadas de acordo com as necessidades específicas de cada ano do curso. Abordagens mais genéricas podem não ser tão eficazes se aplicadas indistintamente a todos os estudantes (Ren et al., 2016).

Deve-se atentar, por fim, para que essas iniciativas em favor da empatia não sejam apenas de curto prazo. Há algumas limitadas evidências de que tais intervenções funcionam no longo prazo, com os alunos podendo inclusive continuar a se aprimorar após a graduação. Contudo, pode-se sugerir que existe a necessidade de se identificarem mais precisamente os fatores que aumentam ou minam a empatia em um horizonte de tempo mais longo (Quince et al., 2016a).

Conclusão

Já foi percorrido um longo caminho para se descrever a natureza da empatia nos estudantes de medicina, os fatores que a podem influenciar, e a considerável gama de desfechos benéficos que propicia a partir da relação entre médicos e pacientes. No entanto, persiste a necessidade de uma maior clareza na conceituação de empatia médica, do aprimoramento da aferição de seus diferentes componentes, e de estudos com o rigor metodológico suficiente para esclarecer os seus determinantes essenciais (Quince et al., 2016b). Embora se tenha a consciência de que esse processo continuará a ser desafiador, será preciso lançar mão de uma boa dose de ousadia para desenvolver modelos integrados mais sofisticados, que combinem conceitos culturalmente sensíveis, como os de

inteligência emocional e pensamento moral, com entendimentos mais refinados da empatia necessária para a prática segura da medicina centrada no paciente (Roff, 2015).

Os recentes estudos cujos resultados mostram casos em que pode não haver redução na empatia médica durante os anos de formação profissional, introduzindo um dilema relevante no âmago dessa temática, não deixam de ser encorajadores. No Brasil, os primeiros sinais neste sentido começaram a ser revelados. Entretanto, ao se vislumbrar suas dimensões continentais e sua diversidade em realidades socioculturais, é fácil perceber o promissor campo de estudo que se encontra em aberto, cuja exploração poderá nos revelar um panorama mais completo de como estamos lidando com as habilidades empáticas dos nossos futuros médicos.

Contudo não parece ser concebível que em um número tão grande de instituições por todo o mundo possa ocorrer declínio da empatia do estudante justamente quando ela mais se faz necessária. Talvez precisemos reconhecer que os estudantes primeiro têm que ser pessoas empáticas, moldadas por atitudes, crenças e experiências que vão muito além dos limites de sua educação formal. Pode ser que entre as melhores intervenções para melhorar a empatia esteja apoiar os alunos como pessoas, permitindo que outros valores nobres, incluindo a empatia, possam naturalmente fluir (Ren et al., 2016).

Embora não haja um conflito inerente entre tecnologia e humanismo, parece que a dimensão humana da medicina tem ficado esmaecida. As mudanças sociais levaram a novas necessidades que exigem o desenvolvimento de um currículo contemporâneo que promova, no estudante de medicina, a capacidade de atuar de forma eficaz com as habilidades adequadas, destacada neste rol a empatia médica.

Referências

BARRETT-LENNARD, G. T. The phases and focus of empathy. *Psychology and Psychotherapy*, London, n. 66, parte 1, p. 3-14, 1993.

DEHNING, S. et al. Empathy without borders? Cross-cultural heart and mind-reading in first-year medical students. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, Jimma, v. 23, n. 2, p. 113-122, 2013.

CHEN, D. C. et al. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*, Dundee, v. 34, n. 4, p. 305-311, 2012.

DI LILLO, M. et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine*, Washington, D.C., v. 84, n. 9, p. 1198-1202, 2009.

EPSTEIN, R. M. et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *The Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 3, n. 5, p. 415-421, 2005.

GALLAGHER, P. et al. Challenging some assumptions about empathy. *The Clinical Teacher*, Edinburgh, n. 13, p. 1-4, 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tct.12607/abstract;jsessionid=5E6C6D8FB1DAA5693152C127611D49AF.f02t03>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GLEICHGERRCHT, E.; DECETY, J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, Lausanne, v. 8, n. 243, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093939/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

HEMMERDINGER, J. M.; STODDART, S. D.; LILFORD, R. J. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, London, v. 7, n. 24, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988794/>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

HOJAT, M. et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington County, v. 159, n. 9, p. 1563-1569, 2002.

HOJAT, M. et al. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 25-41, 2003.

HOJAT, M. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, Washington, D.C., v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

HOJAT, M. et al. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine*, Washington, D.C., v. 86, n. 8, p. 989-994, 2011.

HUNTINGTON, B.; KUHN, N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, Dallas, v. 16, n. 2, p. 157-161, 2003.

JENSEN, K. B. et al. Sharing pain and relief: neural correlates of physicians during treatment of patients. *Molecular Psychiatry*, London, v. 19, n. 3, p. 392-398, 2014.

JORDAN, K. D.; FOSTER, P. S. Medical student empathy: interpersonal distinctions

and correlates. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 1009-1022, 2016.

KIM, S. S.; KAPLOWITZ, S.; JOHNSTON, M. V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, Thousand Oaks, v. 27, n. 3, p. 237-251, 2004.

LIM, B. T. et al. How well do medical students rate and communicate clinical empathy? *Medical Teacher*, Dundee, v. 35, n. 2, e946-e951, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.715783>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

MERCER, S. W.; REYNOLDS, S. W. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, London, v. 52, Suppl 1, p. 9-12, 2002.

MORSE, J. M. et al. Exploring empathy; a conceptual fit for nursing practice? *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, Indianapolis, v. 24, n. 4, p. 273-280, 1992.

MOSTAFA, A. et al. Empathy in undergraduate medical students of Bangladesh: psychometric analysis and differences by gender, academic year, and specialty preferences. *ISRN Psychiatry*, Cairo, 2014. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/375439/>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

NEUMANN, M. et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, Lexington, v. 69, n. 1-3, p. 63-75, 2007.

NEUMANN, M. et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, Washington, D.C., v. 86, n. 8, p. 996-1009, 2011.

NEWTON, B. W. et al. Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine*, Washington, D.C., v. 88, n. 3, p. 244-249, 2008.

PARK, K. H. et al. Empathy in Korean medical students: findings from a nationwide survey. *Medical Teacher*, Dundee, v. 37, n. 10, p. 943-948, 2015.

PARO, H. B. M. S. et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Medical Education*, London, v. 12, n. 73, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528616/>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

PARO, H. B. M. S. et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *Plos One*, San Francisco, v. 9, n. 4, e94133, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094133>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

QUINCE, T. A. et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of

their course. *BMC Medical Education*, London, v. 16, n. 92, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4791909/>>. Acesso em: 18 dez. 2016a.

QUINCE, T. A. et al. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, [S.l.], v. 7, p. 443-455, 2016b.

REN, G. S. G. et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean Journal of Medical Education*, Seoul, v. 28, n. 1, p. 67-78, 2016.

ROFF, S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy - Student Version (JSPE-S). *Medical Teacher*, Dundee, p. 1-4, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1009022>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

SANTOS, M. A. et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *International Journal of Medical Education*, [S.l.], v. 7, p. 149-153, 2016.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

THIRIOUX, B.; BIRAUT, F.; JAAFARI, N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 7, n. 763, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880744/>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

VALLABH, K. Psychometrics of the student version of Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-S) in final-year medical students in Johannesburg in 2008. *Steve Biko Centre for Bioethics*, Johannesburg, v. 4, n. 2, p. 63-68, 2011.

WILLIAMS, B. et al. Empathy levels among first year Malaysian medical students: an observational study. *Advances in Medical Education and Practice*, [S.l.], v. 5, p. 149-156, 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a empatia dos estudantes de medicina de uma Universidade pública do Rio de Janeiro em relação a características que podem exercer influência sobre o seu comportamento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos estudantes de medicina.
- Mensurar a empatia dos estudantes de medicina.
- Avaliar possível mudança do nível de empatia com o decorrer do curso.
- Verificar se há associação entre empatia e as variáveis de dimensões demográficas, socioeconômicas e comportamentais da população pesquisada.
- Rever com olhar crítico o conhecimento acumulado sobre a empatia na prática médica e suas implicações para a formação dos estudantes de medicina.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido a partir da realização um censo, que recebeu a denominação de “I Censo MEDUERJ - 2011”, transcorrido entre os meses de outubro e dezembro de 2011, abrangendo os estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através da aplicação de um questionário.

O censo e todos os procedimentos a ele relacionados, desde o seu planejamento, estiveram sob a responsabilidade de dois pesquisadores, ambos docentes efetivos da FCM-UERJ.

3.2 População do estudo

A população elegível incluiu todos os alunos que compunham o quadro da FCM-UERJ no segundo período de 2011, independentemente da série em que estivessem, sendo composta por 551 discentes. Foram excluídos os cinco alunos (0,9%) que se encontravam com sua matrícula trancada, assim como os quatro alunos (0,7%) que tiveram o seu ingresso no curso por transferência *ex officio*, por não terem passado pelo mesmo processo seletivo que os demais, nem pela mesma trajetória do curso, desde o seu início, características consideradas indispensáveis para os objetivos do estudo. Com estas nove exclusões pré-definidas, a população fonte ficou estabelecida em 542 alunos. Seriam excluídos também, posteriormente, os alunos que por ventura não concordassem em participar da pesquisa.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Confecção do questionário

Após revisão da literatura, com especial atenção a estudos com estrutura e/ou objetivos semelhantes a este, foi elaborado um questionário (ANEXO A) que abrangesse as variáveis consideradas de interesse, seguindo-se o acréscimo de outras que foram propostas levando-se em consideração peculiaridades da população do presente estudo, assim como a experiência profissional dos pesquisadores envolvidos.

O questionário do I Censo MEDUERJ - 2011 foi autopreenchível, com perguntas estruturadas, algumas abertas mas, em sua grande maioria, fechadas. Apresentou um total de 33 questões, tendo uma sequência de 27 para abordar variáveis demográficas e socioeconômicas, variáveis envolvendo opções dentro da medicina, além de vícios e da política de ações afirmativas da Universidade. Instrumentos específicos foram adicionados para mensurar uso nocivo de álcool, com quatro questões, além de empatia e resiliência, representando estas duas últimas, para efeito de numeração, uma questão cada, embora correspondam, na realidade, a grupos de questões.

Foi utilizado o *software* Qualtrics para apresentar o questionário de forma amistosa, clara e de rápido e fácil preenchimento para os alunos, na forma *online*.

3.3.2 Pré-testes

O estudo passou por um pré-teste envolvendo 12 voluntários com perfil social e funcional semelhantes à população do Censo, incluindo alunos de outras áreas da saúde ou de medicina de outras universidades. Nesta etapa, foram apreciadas a adequação e a clareza das perguntas. Também foram avaliados o tempo de preenchimento e as condições de privacidade e conformidade do local de aplicação do questionário.

3.3.3 Termo de consentimento

Antes de responder ao questionário *online*, cada aluno foi recebido por um dos dois pesquisadores responsáveis pelo estudo, que prestou as necessárias informações acerca de seus objetivos e suas etapas. Isto incluiu o caráter voluntário da participação de cada um, assim como a segurança quanto ao sigilo dos dados fornecidos e a inexistência de riscos associados, em conformidade com determinações institucionais e com a Resolução nº 96/196 do Conselho Nacional de Saúde. Após esta conversa, o aluno recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) e, somente após sua concordância, seguida de sua assinatura, assim como da assinatura de um dos pesquisadores, foi conduzido ao computador para o preenchimento do questionário.

3.3.4 Coleta dos dados

Os questionários foram preenchido em sala com computadores da FCM, dentro do horário do expediente, das 9:00 às 15:00 horas. O convite aos alunos ocorreu via *e-mail* das turmas, que possuía alcance sobre a totalidade da população do estudo.

A mobilização e o incentivo, considerados cruciais ao êxito do censo, à participação dos alunos englobou *e-mails*, redes sociais na *internet* e contatos pessoais, envolvendo os pesquisadores, representantes das turmas e os demais discentes do curso.

Após o término da coleta dos dados, por esta ter sido *online*, não houve necessidade das etapas de digitação e de revisão de digitação, uma considerável vantagem em termos de otimização de tempo e minimização da possibilidade de erros.

3.4 Variáveis do estudo

3.4.1 Variável de interesse central

- Empatia: medida pela Escala Jefferson de Empatia Médica^{2,3}, traduzida e validada para o português^{4,5}, apresentada através do item 27 do questionário, sendo constituída por 20 perguntas, com respostas dadas em uma escala de Likert, com valores de um a sete, com o um equivalente a “discordo totalmente” e, o sete, “concordo totalmente”, daí resultando um escore, a partir do somatório dos pontos de cada questão, com limites possíveis entre 20 e 140 pontos.

3.4.2 Variáveis independentes

- Idade: em anos.
- Sexo.
- Raça: cor da pele ou raça autodeclarada pelo aluno, com as opções: preta, parda/mulata, branca, amarela, indígena.
- Ano do curso.
- Coeficiente de rendimento (CR): numa faixa de zero a dez, fornecido ao aluno para que digitasse, no formato solicitado no questionário.
- Escola anteriormente frequentada: opções: pública, privada, ambas.
- Rendimento indispensável: o aluno possuir ou não algum rendimento indispensável ao seu sustento e/ou de sua família.
- Habitação atual: se atualmente mora com pai e/ou mãe, cônjuge, outros familiares, amigos, ou sozinho.
- Instrução dos pais: maior grau de instrução do pai e/ou da mãe com opções recategorizadas conforme mostrado no quadro 1.
- Tempo residência-faculdade: minutos despendidos em média, na maioria dos dias, no trajeto entre a residência do aluno e a faculdade, segundo o quadro 1.

- Critério de opção por medicina: o mais forte motivo que levou o aluno a escolher medicina, com as opções: vocação/realização pessoal, altruísmo (fazer o bem e/ou ser útil), interesse científico/gostar de biologia, mercado de trabalho/*status* social, influência de pessoa(s) importante(s), outros, não sei o motivo; para esta última, consideramos: sem critério definido.
- Médico na família: presença ou não de algum médico na família do aluno, conforme descrito no quadro 1.
- Autoavaliação de saúde: como o aluno considera seu estado de saúde em comparação com as pessoas de sua idade, com as opções: muito bom, bom, regular, ruim; sendo as duas últimas unidas como: regular ou ruim.
- Religião: religião atual do aluno, conforme no quadro 1.
- Prática religiosa: com que frequência, nos 12 últimos meses, excluindo-se casamentos, batizados e enterros, o aluno que declarou ter religião participou de cultos ou atividades de sua religião, conforme apresentado no quadro 1.
- Definição de especialidade: a partir da pergunta: “Qual especialidade pretende seguir?”, o aluno tinha a alternativa de digitar o nome de uma especialidade ou de marcar a opção “ainda não tenho ideia”, consideradas, respectivamente, como respostas: sim ou não.
- Especialidade escolhida: digitada livremente pelo aluno, foi estratificada em duas categorias, sob o balizamento de estudos prévios^{6,7}: 1) área humanística, se o aluno optou por Clínica Médica, Medicina de Família, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia ou Psiquiatria; 2) área tecnológica, para as demais escolhas.
- Tabagismo: com as opções: 1) nunca fumei, a ser considerada: negado; 2) sou ex-fumante e 3) fumo atualmente, estas duas unidas como: atual ou pregresso.
- Consumo de álcool: autoavaliado pelo aluno, com as opções: leve, moderado, intenso, nunca bebi; esta última a ser considerada: negado; as duas anteriores foram unidas como: moderado ou intenso.
- Dependência de álcool: medida pelo instrumento CAGE⁸ (acrônimo referente às quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), traduzido e validado para o português⁹, apresentado através dos itens 21 a 24 do questionário, cada qual admitindo respostas “sim” ou “não”, bastando uma positiva para configurar CAGE positivo e, se todas negativas, CAGE negativo.

- Uso de drogas ilícitas: avaliado no item 26 do questionário, através de um quadro com uma lista de drogas para o aluno assinalar, quanto a cada, uma dentre as seguintes opções: nunca experimentei, já experimentei, já fiz uso regular, faço uso regular; a primeira será considerada: negado; a segunda: eventual; as duas últimas opções foram unidas como: regular, atual ou progresso.
- Uso frequente de medicação: a partir da colocação: “Você faz uso frequente de algum medicamento? Marque todas as verdadeiras.”, o aluno poderia marcar livremente uma ou mais das seguintes opções: para se manter desperto, para ansiedade, para dormir; para ao menos uma opção assinalada e para a ausência de marcação, consideraram-se, respectivamente, como respostas: sim ou não.
- Cotista: informado pelo aluno se é ou não cotista.
- Tipo de cota: para os que se declararam cotistas, com as opções: estudante da rede pública de ensino (reserva para estudantes exclusivos da rede pública a partir da 6ª série do ensino fundamental); racial (reserva para autodeclarados como negros); indígena (reserva para autodeclarados como indígenas); deficiente físico; filho de policial, bombeiro ou agente penitenciário morto/incapacitado em serviço (reserva para filhos de policiais civis e militares, de bombeiros militares e de inspetores de segurança e administração penitenciária, mortos ou incapacitados em razão do serviço).
- Opinião sobre cotas raciais: opinião, do ponto de vista ideológico, quanto à política de cotas raciais, podendo ser: favorável ou contrário.
- Opinião sobre cotas socioeconômicas: opinião, do ponto de vista ideológico, quanto à política de cotas socioeconômicas, podendo ser: favorável ou contrário.
- Processo de seleção: a partir da colocação: “Em sua opinião, o atual processo de seleção dos cotistas é:”, com as opções: justo, injusto.
- Mudança de opinião: a partir da pergunta: “Você mudou sua opinião sobre as cotas após entrar no curso médico?”, com as opções sim e não.
- Resiliência: medida pela escala de resiliência de Wagnild & Young¹⁰, traduzida e validada para o português¹¹, apresentada através do item 17 do questionário, constituída por 25 perguntas, com respostas em uma escala de Likert, com valores de um a sete, sendo o um equivalente a “discordo totalmente” e, o sete, “concordo totalmente”, daí resultando um escore, a partir do somatório dos pontos de cada questão, com limites entre 25 e 175 pontos.

Quadro 1 - Variáveis recategorizadas para a apresentação dos resultados do Censo

Variável	Categoria original no questionário	Categoria final
Instrução dos pais	Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto	Até médio incompleto
	Médio completo Superior incompleto	Superior incompleto
	Superior completo Pós-graduação ou mais	Superior completo
Tempo residência-faculdade	Menos de 10 minutos Entre 10 e 30 minutos	Até 30 minutos
	Entre 30 e 60 minutos	Entre 30 e 60 minutos
	Entre 60 e 90 minutos Entre 90 e 120 minutos Acima de 120 minutos	Mais que 60 minutos
Religião	Católica	Católica
	Protestante	Protestante
	Espírita	Espírita
	Judaica Testemunha de Jeová Outra	Outras
	Não tenho religião	Não tenho religião
Prática religiosa	Pelo menos uma vez por semana Pelo menos uma vez por mês	Regular
	Pelo menos uma vez no ano Não fui nenhuma vez	Eventual ou sem prática
Médico na família	Pai Mãe Irmãos	Pai, mãe ou irmãos
	Outros	Outros
	Ninguém na família	Ninguém na família

Fonte: O autor, 2017.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da população do Censo

Todos os 542 alunos que constituíam a população fonte no início da coleta dos dados participaram, não tendo havido, portanto, nenhuma perda por recusa.

Algumas poucas perguntas foram deixadas em branco em alguns questionários, reduzindo discretamente o número total de observações em relação a algumas variáveis, como será visto nas tabelas descritivas adiante, cujos percentuais terão sempre correspondência com o respectivo número de respostas. O menor número de respostas foi de 526 (97,1%) para a variável uso de drogas ilícitas (Tabela 3).

As turmas apresentaram distribuição numérica entre 83 (5º ano) e 96 (1º ano) alunos (Tabela 1). Predominou o sexo feminino, com 327 (60,4%) alunas. O mesmo ocorreu com a raça branca, com 331 (61,3%) alunos, seguidos de 139 (25,7%) pardos/mulatos, 57 (10,6%) negros, 8 (1,5%) amarelos e 5 (0,9%) indígenas.

Mais da metade dos alunos (52,2%) frequentaram previamente, de modo exclusivo, escola privada, e 62% possuem pai e/ou mãe com nível superior, incluindo, neste grupo, 26,1% com pós-graduação.

A maioria dos alunos reside com os pais (61%). Declararam possuir algum rendimento indispensável ao seu sustento 162 (30%) alunos. Cerca de metade (49,2%) levam até 30 minutos no trajeto entre sua residência e a faculdade, porém há 162 (29,9%) alunos que despendem mais de uma hora neste percurso.

Mais da metade dos alunos (57,1%) optaram pela carreira médica por vocação ou realização pessoal (Tabela 2), tendo 68% já escolhido a especialidade a seguir, sendo 73% destes decididos por alguma fora das áreas humanísticas. Apenas 13,9% possuem pai, mãe e/ou algum irmão médico, sendo que 60,2% não possuem nenhum familiar na medicina.

Quanto à autoavaliação de saúde, 78 (14,4%) alunos a consideraram regular ou ruim, com os demais distribuindo-se entre boa (46,7%) e muito boa (38,9%).

Com relação à religião, há 211 (38,9%) católicos, 98 (18,1%) protestantes, 86 (15,9%) espíritas e 18 (3,8%) pertencentes a outras religiões, incluindo 3 (0,6%)

judeus. Não há testemunhas de Jeová. Pouco mais da metade (53,2%) são praticantes de sua religião, ao menos mensalmente. Declararam não possuir religião 126 (23,3%) alunos.

Tabela 1 - Dados descritivos da população do estudo - variáveis demográficas e socioeconômicas

Variável	%	N
Sexo		542
Masculino	39,6	
Feminino	60,4	
Raça		540
Preta	10,6	
Parda/mulata	25,7	
Branca	61,3	
Amarela	1,5	
Indígena	0,9	
Ano do curso		542
1º ano	17,7	
2º ano	16,8	
3º ano	17,0	
4º ano	17,0	
5º ano	15,3	
6º ano	16,2	
Escola anteriormente frequentada		537
Pública	26,2	
Privada	52,2	
Ambas	21,6	
Rendimento indispensável		539
Sim	30,0	
Não	70,0	
Habitação atual		540
Com pai e/ou mãe	61,0	
Com cônjuge	7,2	
Com outros familiares	8,3	
Com amigos	16,5	
Sozinho	7,0	
Tempo residência-faculdade		540
Até 30 minutos	49,2	
Entre 30 e 60 minutos	20,9	
Mais que 60 minutos	29,9	
Instrução dos pais		539
Até médio incompleto	11,9	
Superior incompleto	26,1	
Superior completo	62,0	

Fonte: O autor, 2017.

Tabela 2 - Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a opções em medicina, autoavaliação de saúde e religião

Variável	%	N
Critério de opção por medicina		542
Vocação/realização pessoal	57,1	
Altruísmo (fazer o bem e/ou ser útil)	18,1	
Interesse científico/gostar de biologia	9,5	
Mercado de trabalho/status social	6,5	
Influência de outras pessoas	4,4	
Outros motivos	2,2	
Sem critério definido	2,2	
Definição de especialidade		542
Sim	68,0	
Não	32,0	
Especialidade escolhida		369
Área humanística	27,0	
Área tecnológica	73,0	
Médico na família		541
Nenhum	60,2	
Pai, mãe ou irmãos	13,9	
Outro familiar	25,9	
Autoavaliação de saúde		541
Muito boa	38,9	
Boa	46,7	
Regular ou ruim	14,4	
Religião		541
Católica	38,9	
Protestante	18,1	
Espírita	15,9	
Outras	3,8	
Sem religião	23,3	
Prática religiosa		414
Regular	53,2	
Eventual ou sem prática	46,8	

Fonte: O autor, 2017.

Relataram jamais ter fumado 90,6% dos alunos, havendo apenas 21 (3,9%) fumantes e 30 (5,5%) ex-fumantes (Tabela 3).

O consumo de álcool foi declarado como sendo leve por 51,4%, moderado por 26,2% e intenso por 2,2% (12 indivíduos) dos alunos, enquanto 20,2% não ingerem bebida alcoólica. Não obstante, 20,8% apresentaram CAGE positivo, o que corresponde a 90 alunos.

Negaram qualquer experiência com drogas ilícitas 72,1% dos alunos, enquanto 23,4% admitiram uso eventual (já experimentaram), e 2,5% já fizeram uso regular. Outros onze (2,1%) são atuais usuários, sendo 10 (1,8%) de maconha e um (0,2%) de droga não determinada (no questionário: outras). Dois (0,4%) alunos revelaram já ter experimentado *crack*.

Tabela 3 - Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a tabagismo, uso de álcool, drogas ilícitas e medicamentos

Variável	%	N
Tabagismo		542
Negado	90,6	
Atual ou progresso	9,4	
Consumo de álcool		542
Negado	20,2	
Leve	51,4	
Moderado ou intenso	28,4	
Dependência de álcool		432
CAGE positivo	20,8	
CAGE negativo	79,2	
Uso de drogas ilícitas		526
Negado	72,1	
Eventual	23,4	
Regular, atual ou progresso	4,6	
Uso frequente de medicação		542
Sim	14,2	
Não	86,8	

Nota: CAGE é um acrônimo referente às quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*, que compõe o instrumento para identificar uso nocivo de álcool.

Fonte: O autor, 2017.

Quase metade (46,4%) dos alunos ingressaram na faculdade pelo sistema de cotas, sendo 47,2% destes por terem sido estudantes da rede pública, 42,4% pela cota racial, 4% (10 alunos) para indígenas, 4,4% (11 alunos) para deficientes físicos e 2% (5 alunos) para filhos de policial/bombeiro morto/incapacitado em serviço (Tabela 4).

Manifestaram-se ideologicamente contrários às cotas raciais 78,8% dos alunos, ao passo que apenas 15,9% são contrários às cotas socioeconômicas.

Quanto ao processo de seleção dos cotistas, 69,2% o consideram injusto. Declararam ainda não ter mudado sua opinião sobre cotas após o ingresso no curso 70,6% dos alunos, enquanto os demais 29,4% revelaram ter havido mudança de opinião.

Tabela 4 - Dados descritivos da população do estudo - variáveis relacionadas a cotas

Variável	%	N
Cotista		542
Sim	46,4	
Não	53,6	
Tipo de cota		252
Estudante da rede pública	47,2	
Cor/raça	42,4	
Indígena	4,0	
Deficiente físico	4,4	
Filho de policial/bombeiro ⁽¹⁾	2,0	
Opinião sobre cotas raciais		542
Favorável	21,2	
Contrário	78,8	
Opinião sobre cotas socioeconômicas		542
Favorável	84,1	
Contrário	15,9	
Processo de seleção		542
Justo	30,8	
Injusto	69,2	
Mudança de opinião		542
Sim	29,4	
Não	70,6	

Nota: ⁽¹⁾ Filho de policial, bombeiro ou agente penitenciário morto/incapacitado em serviço.

Fonte: O autor, 2017.

A média de idade entre os alunos foi de 23,6 anos, com desvio-padrão (DP) de 3,7, tendo variado entre 17 e 57 anos (Tabela 5).

O CR médio foi de 7,5 (DP: 0,8), tendo sido o menor de 3,6 e, o maior, de 9,3.

O escore médio de empatia entre os alunos foi de 121,8 (DP: 12), tendo o menor ficado em 72 e, o maior, no valor máximo de 140.

O escore de resiliência foi de 133,4 em média (DP: 15,8), com limites entre 70 e 171.

Tabela 5 - Dados descritivos da população do estudo - variáveis contínuas

	Média	Desvio-padrão	Menor valor	Maior valor	N
Idade	23,6	3,7	17	57	542
Coeficiente de rendimento	7,5	0,8	3,6	9,3	542
Empatia	121,8	12,0	72	140	542
Resiliência	133,4	15,8	70	171	542

Fonte: O autor, 2017.

4.2 Artigo 3 - Fatores relacionados a empatia em estudantes de medicina no Brasil

Factors related to empathy in medical students in Brazil

Autores: André Paes Goulart Machado, Renata Nunes Aranha

RESUMO

Objetivo: Avaliar a empatia de uma população de estudantes de medicina no Brasil em relação a características que podem estar associadas ao seu comportamento.

Métodos: Os dados foram obtidos a partir do I Censo MEDUERJ - 2011, estudo transversal em que foram aplicados aos estudantes de medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro um questionário *online* autopreenchível, contendo variáveis socioeconômicas e comportamentais e avaliação de resiliência, além da empatia, como variável dependente, através da Escala Jefferson. Foram calculadas as estatísticas descritivas e bivariadas, utilizando-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as variáveis categóricas e o coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis numéricas. Em seguida foi realizada análise multivariada por meio de um modelo de regressão linear múltipla.

Resultados: Todos os 542 alunos incluídos responderam ao questionário, sendo 60,5% do sexo feminino, 61,2% brancos, e a média de idade de 23,5 anos. O escore de empatia foi de 121,8 (DP = 11,79), tendo sido de 72 a pontuação mínima e de 140 a máxima, não sendo verificado declínio ao longo dos anos do curso. Na análise bivariada, mostraram associação positiva com empatia o sexo feminino ($p < 0,001$), a prática religiosa regular ($p = 0,014$), ter frequentado previamente ambas as escolas pública e privada ($p = 0,049$), ter escolhido medicina por vocação/realização pessoal ou altruísmo ($p < 0,001$), e possuir maior resiliência ($p < 0,001$); associação negativa foi verificada com consumo de álcool ($p = 0,025$), escore CAGE positivo ($p = 0,036$) e uso de medicamentos para se manter desperto, para ansiedade e/ou para dormir ($p = 0,009$). Após o ajuste do modelo multivariado, sexo, escola anteriormente frequentada e resiliência mantiveram associação com empatia.

Conclusões: Os estudantes de medicina brasileiros apresentam bons níveis de empatia em comparação a outros países, que se sustentam ao longo de todo o curso médico. Características importantes têm relação com empatia, como sexo, educação prévia e resiliência, apontando-se a necessidade de pesquisas qualitativas para se compreender melhor a sua natureza, e de se abranger outras regiões do país.

Descritores: Empatia. Educação Médica. Estudantes de Medicina. Comportamento e Mecanismos de Comportamento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the empathy of a population of medical students in Brazil in relation to characteristics that may be associated to their behavior.

Methods: Data were obtained from the I MEDUERJ - 2011 Census, a cross-sectional study in which it was applied to medical students of the State University of Rio de Janeiro a self-administered online questionnaire containing socioeconomic and behavioral variables and resilience evaluation, alongside empathy, as a dependent variable, through the Jefferson Scale. The descriptive and bivariate statistics were calculated using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests for the categorical variables and the Spearman correlation coefficient for the numerical variables. Multivariate analysis was then performed using a multiple linear regression model.

Results: All 542 included students answered the questionnaire, being 60.5% female, 61.2% white, and the mean age was 23.5 years. The empathy score was 121.8 (SD = 11.79), with a minimum score of 72 and a maximum of 140, and no decline was observed during the course years. In the bivariate analysis, empathy showed positive association with female gender ($p < 0.001$), regular religious practice ($p = 0.014$), previous attendees from both public and private schools ($p = 0.049$), medicine option for vocation/personal achievement or altruism ($p < 0.001$), and greater resilience ($p < 0.001$); negative association was found with alcohol consumption ($p = 0.025$), positive CAGE score ($p = 0.036$) and use of medications to stay awake, for anxiety

and/or sleeping ($p = 0.009$). After the adjustment of the multivariate model, gender, previous school and resilience maintained their association with empathy.

Conclusions: Brazilian medical students have good levels of empathy when compared to other countries, and they are sustained throughout the medical course. Important characteristics are related to empathy, such as gender, prior education and resilience, pointing to the need for qualitative research to better understand their nature, and to cover other regions of the country.

Keywords: Empathy. Education, Medical. Students, Medical. Behavior and Behavior Mechanisms.

INTRODUÇÃO

A empatia é um componente essencial da prática médica, que promove comunicação eficaz e está associada à melhoria da confiança e satisfação do paciente¹, à adesão ao tratamento e recomendações médicas, além de desfechos clínicos mais favoráveis^{2,3}. A empatia nos médicos facilita o diagnóstico mais preciso e tomada de decisão compartilhada⁴ e os pacientes relatam menor sofrimento emocional quando percebem um médico como mais empático⁵. Ao mesmo tempo, médicos com maior empatia parecem experimentar maior satisfação no trabalho e bem-estar psicológico⁶. Para a sociedade como um todo, a empatia na relação médico-paciente tem impacto positivo na redução do uso desnecessário de medicamentos e exames complementares, e da necessidade de internações hospitalares⁷.

Muitos estudiosos consideram a empatia, com todas as suas nuances, ainda insuficientemente compreendida, carecendo assim de uma definição universalmente aceita. Porém, no contexto da prática médica, a empatia pode ser conceituada como um complexo constructo multidimensional que abrange a capacidade de compreender as perspectivas e sentimentos do paciente, assim como comunicar esta compreensão de forma eficaz, de modo a envolver o paciente nas tomadas de decisão⁸. Possui dois domínios essenciais: 1) afetivo: a capacidade de ser sensível e preocupado com outra pessoa; 2) cognitivo: a capacidade de entender e apreciar a perspectiva dessa outra pessoa, e de comunicar este entendimento⁹.

Diversos estudos realizados nos últimos 15 anos, em diferentes países, encontraram declínio significativo na empatia dos estudantes de medicina ao longo da formação médica^{10,11}. Esta diminuição se verificou sobretudo a partir do terceiro ano do curso, quando se inicia o contato direto do estudante com o paciente à beira do leito. Foram levantadas possíveis explicações para esse fato, como sobrecarga de atividades, excesso de conteúdo a ser aprendido, frequente privação de sono, currículo oculto e até mesmo a falta de uma rede de apoio social adequada¹². Entretanto, pesquisas recentes nem sempre confirmaram esses achados, mostrando, em vez disso, estabilidade da empatia durante o curso⁹.

No Brasil, os estudos que abordam o comportamento da empatia na formação dos estudantes de medicina são escassos¹³. Em parte, isso pode ser atribuído ao fato de que só recentemente pode-se contar com um instrumento adequado para mensurar empatia médica traduzido para o português¹⁴. Contudo, a necessidade de conhecer como está se dando a formação dos futuros médicos brasileiros quanto à empatia tem despertado crescente interesse naqueles que se dedicam ao estudo da educação médica.

A possibilidade de que o treinamento dos estudantes de medicina possa estar afetando negativamente a sua empatia justamente no momento em que ela deveria estar sendo fortalecida pelo contato com o paciente é inquietante¹⁰. Entender o que exatamente está ocorrendo e descobrir quais são as características dos estudantes que influenciam na sua empatia é fundamental para que possam ser empreendidas estratégias para promover a sua melhoria.

O objetivo deste estudo foi avaliar a empatia de uma população de estudantes de medicina no Brasil em relação a características que podem estar associadas ao seu comportamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, desenvolvido a partir da realização um censo, que recebeu a denominação de “I Censo MEDUERJ - 2011”, transcrito entre os meses de outubro e dezembro de 2011, abrangendo os estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através da aplicação de um questionário.

A população elegível incluiu todos os alunos que compunham o quadro da FCM-UERJ no segundo período de 2011, independentemente da série em que estivessem, sendo composta por 551 discentes. Foram excluídos os cinco alunos (0,9%) que se encontravam com sua matrícula trancada, por não estarem vivenciando o curso naquele momento. Também foram excluídos os quatro alunos (0,7%) que tiveram o seu ingresso no curso por transferência, por não terem passado pelo mesmo processo seletivo que os demais, nem pela mesma trajetória do curso, desde o seu início, características consideradas indispensáveis para os objetivos do estudo. Com estas nove exclusões pré-definidas, a população fonte ficou estabelecida em 542 alunos. Seriam excluídos também, posteriormente, os alunos que por ventura não concordassem em participar da pesquisa.

O I Censo MEDUERJ - 2011 utilizou um questionário autopreenchível, com perguntas estruturadas, algumas abertas mas, em sua grande maioria, fechadas, utilizando-se o *software* Qualtrics para apresentar o questionário em formato amigável, claro e de rápido e fácil preenchimento para os alunos, na forma *online*.

Os questionários foram preenchidos em sala com computadores da FCM-UERJ, dentro do horário do expediente, das 9:00 às 15:00 horas, tendo havido o cuidado de promover um ambiente adequado para que os alunos pudessem ter a tranquilidade e a concentração necessárias, assim como a garantia do sigilo das informações fornecidas. O convite aos alunos ocorreu via *e-mail* das turmas, que possuía alcance sobre a totalidade dos estudantes.

O estudo passou por um pré-teste envolvendo 12 voluntários com perfil social e funcional semelhantes à população do Censo, incluindo alunos de outras áreas da saúde ou de medicina de outras universidades. Nesta etapa, foram apreciadas a adequação e a clareza das perguntas. Também foram avaliados o tempo de preenchimento e as condições de privacidade e conformidade do local de aplicação do questionário. Após o término da coleta dos dados, por esta ter sido *online*, não houve necessidade das etapas de digitação e de revisão de digitação, uma considerável vantagem em termos de otimização de tempo e minimização da possibilidade de erros.

A empatia, como variável dependente, foi medida pela Escala Jefferson de Empatia Médica, traduzida e validada para o português¹⁴, sendo constituída por 20 perguntas, com respostas dadas em uma escala de Likert, com valores de um a sete, com o um equivalente a “discordo totalmente” e, o sete, “concordo totalmente”,

daí resultando um escore, a partir do somatório dos pontos de cada questão, com limites possíveis entre 20 e 140 pontos. Este foi o primeiro instrumento criado para medir a empatia especificamente dentro no contexto da prática médica, sendo originalmente projetada para estudantes de medicina. Traduzida para diversas línguas, é hoje a mais utilizada em todo o mundo para esta finalidade¹⁵.

As variáveis independentes relacionadas às características demográficas e socioeconômicas utilizadas neste estudo foram: idade; coeficiente de rendimento; sexo; cor da pele autorreferida; religião; prática religiosa; escola anteriormente frequentada; rendimento indispensável ao autossustento; habitação atual; instrução dos pais; ano do curso; critério de opção por medicina (a categoria "outros" incluiu: interesse científico/gostar de biologia; mercado de trabalho/status social; influência de pessoa(s) importante(s); outros; não sei o motivo); especialidade médica escolhida (área humanística: clínica médica, medicina de família, pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria; área tecnológica: as demais); médico na família; autoavaliação de saúde; tabagismo; consumo de álcool; uso nocivo de álcool (medido pelo instrumento CAGE traduzido para o português¹⁶, positivo se uma resposta "sim"); uso de drogas ilícitas; uso de medicação (uso frequente de medicação para se manter desperto, para ansiedade e/ou para dormir); resiliência (pela escala de resiliência de Wagnild & Young traduzida para o português¹⁷).

As análises foram realizadas com o software R¹⁸ com o auxílio do pacote car¹⁹. Foram calculadas as estatísticas descritivas (média, desvio padrão, distribuição de frequências absolutas e relativas). Para as variáveis quantitativas foi aplicado o teste Shapiro-Wilk para a verificação da normalidade. O nível de significância adotado foi 5% (0,05) em todos os testes estatísticos.

Para explorar o grau de influência das variáveis categóricas independentes sobre o nível de empatia foram aplicados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, conforme o caso. O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado para analisar a associação entre as variáveis numéricas e a variável empatia. Optou-se pela aplicação de testes não paramétricos em virtude da variável empatia não apresentar distribuição normal.

Em seguida foi realizada uma análise multivariada por meio de um modelo de regressão linear múltipla. Neste modelo foram incluídas as variáveis com probabilidade de significância $p < 0,20$ nos testes realizados na análise anterior e aquelas consideradas relevantes no contexto da investigação. As variáveis relativas à

prática da religião e ao escore CAGE foram excluídas da análise multivariada pois, por serem aplicáveis a apenas uma parte da população do estudo, ficaram com um "N" muito discrepante em relação às demais variáveis. Foi aplicada a transformação BoxCox na variável resposta empatia em razão da não normalidade desta. As variáveis quantitativas foram padronizadas (escore z) para auxiliar na interpretação dos coeficientes.

A qualidade do ajuste foi avaliada por meio da análise dos resíduos, com a verificação da normalidade, homogeneidade, independência, ausência de *outliers* e verificação da distância de Cook. A multicolinearidade foi analisada a partir do VIF (Variance Inflation Factor). Num primeiro modelo, a análise de resíduos revelou cinco pontos discrepantes (possíveis *outliers*). De acordo com Draper e Smith²⁰ (2014), as observações discrepantes devem ser cuidadosamente investigadas e não simplesmente eliminadas. Caso nenhuma explicação aparente para o *outlier* seja encontrada e ele não tiver efeito relevante no modelo de regressão, o conjunto de dados pode ser analisado sem a observação discrepante. Como foi este o caso, optou-se pela exclusão destas observações na amostra trabalhada. O modelo final apresentou bom ajuste, com os resíduos atendendo a todos os pressupostos.

O I Censo MEDUERJ - 2011 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Parecer 3101/2011). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Todos os 542 alunos concordaram em participar da pesquisa, de modo que não houve nenhuma perda por recusa. O número de respostas em branco foi muito reduzido, tendo sido o menor índice de respostas de 526 (97,1% do total), para a variável uso de drogas ilícitas.

Quase dois terços dos estudantes eram do sexo feminino (60,5%). A média de idade foi de aproximadamente vinte e três anos e meio (DP = 3,7). A cor branca predominou, com 61,2%. Quase um quarto dos alunos (23,3%) declararam não possuir religião, e dentre os 76,7% que afirmaram ter religião, quase metade (46,8%) informou desenvolver prática religiosa apenas eventual ou mesmo nenhuma prática. A média do coeficiente de rendimento foi de 7,55 (DP = 0,85).

Cerca de 90% dos estudantes disseram nunca ter fumado, e cerca de 20% negaram ingestão alcoólica. Porém, dentre os cerca de 80% usuários de bebidas alcoólicas, 20,8% apresentaram positividade no CAGE para uso nocivo de álcool. Alegaram nunca ter feito uso de drogas ilícitas 72,1% dos alunos, enquanto 4,6 admitiram uso regular atual ou progresso. Já 14,6% relataram utilizar frequentemente medicamentos para se manterem despertos, para ansiedade e/ou para dormir. A distribuição das demais variáveis categóricas na população do estudo pode ser vista na tabela 1.

O escore de empatia foi de 121,8 (DP = 11,79), tendo sido de 72 a pontuação mínima e de 140 a máxima. A resiliência apresentou escore de 133,4 (DP = 15,79), com os limites extremos de 70 e 171.

Na análise bivariada (tabela 1), o sexo feminino mostrou associação com empatia ($p < 0,001$), com as mulheres tendo obtido escore de 123,4 e os homens 119,4. O mesmo ocorreu em relação à prática religiosa regular ($p = 0,014$). Ter frequentado anteriormente ambas as escolas, pública e privada, mostrou da mesma forma associação com empatia ($p = 0,049$). Aqueles que disseram ter escolhido medicina por vocação/realização pessoal ou altruísmo mostraram-se mais empáticos do que os que alegaram outros motivos para a escolha ($p < 0,001$). Os estudantes que obtiveram melhores escores de resiliência apresentaram também escores superiores de empatia ($p < 0,001$).

Houve associação negativa entre empatia e consumo de álcool ($p = 0,025$), incluindo escores de empatia menores entre os que tiveram CAGE positivo ($p = 0,036$). Na mesma linha, mostraram menor empatia os estudantes usuários frequentes de medicamentos para se manterem despertos, para ansiedade e/ou para dormir ($p = 0,009$). Associação com empatia não foi encontrada para as variáveis: idade, coeficiente de rendimento, cor da pele, religião, rendimento indispensável ao autossustento, habitação atual, instrução dos pais, ano do curso, especialidade médica escolhida, médico na família, autoavaliação de saúde, tabagismo e uso de drogas ilícitas.

Para a análise multivariada (tabela 2), foram incluídas as variáveis selecionadas conforme critérios descritos nos métodos. Após o ajuste do modelo, sexo, escola anteriormente frequentada e resiliência mantiveram associação com empatia. Já prática religiosa, critério de opção por medicina, consumo de álcool, e uso de medicação perderam a significância estatística.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis categóricas, com médias, desvios-padrão e p-valor da variável empatia para cada categoria. (continua)

Variável categórica	Distribuição na amostra		Média	Desvio padrão	p-valor
	N	%			
Sexo					
Masculino	214	39,5	119,4	12,9	< 0,001 ^a
Feminino	328	60,5	123,4	11,0	
Cor da pele					
Branca	330	61,2	121,5	12,0	0,179 ^b
Não branca	209	38,9	122,4	11,9	
Religião					
Com religião	415	76,7	120,4	12,6	0,165 ^a
Sem religião	126	23,3	122,2	11,7	
Prática religiosa					
Regular	220	53,2	124,9	11,5	0,014 ^a
Eventual ou sem prática	194	46,8	121,6	12,5	
Escola anteriormente frequentada					
Pública	141	26,2	119,9	12,8	0,049 ^b
Privada	280	52,2	122,0	11,7	
Ambas	116	21,6	123,3	11,5	
Rendimento indispensável ao autossustento					
Sim	162	30,0	122,1	12,1	0,567 ^a
Não	377	70,0	121,6	11,9	
Habitação atual					
Com pai e/ou mãe	330	61,0	121,8	11,7	0,802 ^b
Com alguém (excetuando pai e mãe)	172	32,0	121,9	12,1	
Sozinho	38	7,0	122,4	13,1	
Instrução dos pais					
Não terminou ensino médio	64	11,9	122,2	13,8	0,535 ^b
Não terminou ensino superior	141	26,1	122,3	12,2	
Superior completo ou mais	334	62,0	121,6	11,6	
Ano do curso					
1º ano	98	17,7	122,3	11,7	0,549 ^b
2º ano	90	16,8	121,8	11,2	
3º ano	92	17,0	120,0	12,9	
4º ano	93	17,0	121,5	12,1	
5º ano	83	15,3	123,7	11,3	
6º ano	88	16,2	121,8	12,5	
Critério de opção por medicina					
Vocação/realização pessoal	309	57,1	122,6	11,7	< 0,001 ^b
Altruísmo	98	18,1	123,8	11,0	
Outros	135	24,8	118,6	12,7	
Especialidade médica escolhida					
Indecisos	172	31,7	122,0	11,3	0,407 ^b
Área humanística	100	18,5	123,1	11,5	
Área tecnológica	270	49,8	121,2	12,5	

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis categóricas, com médias, desvios-padrão e p-valor da variável empatia para cada categoria. (continuação)

Variável categórica	Distribuição na amostra		Média	Desvio padrão	p-valor
	N	%			
Médico na família					
Pai, mãe ou irmãos	74	13,7	122,2	10,2	0,848 ^a
Nenhum ou outro familiar	467	86,3	121,8	12,2	
Autoavaliação de saúde					
Muito boa	211	38,9	122,8	11,5	0,176 ^b
Boa	252	46,7	121,5	12,2	
Regular ou ruim	78	14,4	120,2	12,3	
Tabagismo					
Nunca fumou	491	90,6	121,7	11,9	0,291 ^a
Atual ou progresso	51	9,4	122,8	12,8	
Consumo de álcool					
Não bebe	110	20,2	124,5	10,7	0,025 ^b
Leve	279	51,4	121,2	12,5	
Moderado ou intenso	153	28,4	121,0	11,6	
Uso nocivo de álcool					
CAGE positivo	90	20,8	121,7	12,1	0,036 ^a
CAGE negativo	342	79,2	119,0	12,2	
Uso de drogas ilícitas					
Nunca	379	72,1	122,7	11,8	0,129 ^b
Eventual	123	23,3	120,4	11,7	
Regular (atual ou progresso)	24	4,6	120,2	13,1	
Uso de medicação					
Não	463	85,4	122,4	11,6	0,009 ^b
Sim	79	14,6	118,3	13,3	

^a Teste de Mann-Whitney.^b Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 2. Coeficientes da regressão linear múltipla para a associação entre a empatia e as variáveis independentes.

Variável	Beta	t	p-valor
Coeficiente de rendimento	-0,009111	-0,200	0,841
Resiliência	0,264900	6,383	< 0,001
Sexo			
Masculino	Ref.		
Feminino	0,342253	3,362	0,094
Cor da pele			
Branca	Ref.		
Não branca	0,045815	0,494	0,621
Escola anteriormente frequentada			
Pública	Ref.		
Privada	0,221742	2,131	0,003
Ambas	0,335686	2,667	0,007
Rendimento indispensável ao autossustento			
Sim	Ref.		
Não	-0,016315	-0,164	0,869
Ano do curso			
1º ano	Ref.		
2º ano	-0,114964	-0,775	0,438
3º ano	-0,042071	-0,284	0,776
4º ano	-0,007960	-0,054	0,957
5º ano	0,052253	0,338	0,735
6º ano	-0,079697	-0,507	0,612
Critério de opção por medicina			
Vocação/realização pessoal	Ref.		
Altruísmo	0,111300	0,969	0,333
Outros	-0,168700	-1,550	0,121
Especialidade médica escolhida			
Indecisos			
Área humanística	-0,056600	-0,539	0,590
Área tecnológica	0,049718	0,380	0,703
Autoavaliação de saúde			
Muito boa	Ref.		
Boa	-0,074517	-0,792	0,428
Regular ou ruim	0,055565	0,397	0,691
Consumo de álcool			
Não bebe	Ref.		
Leve	0,114360	1,049	0,294
Moderado ou intenso	0,172863	1,500	0,134
Uso de drogas ilícitas			
Não usa	Ref.		
Eventual	-0,161853	-1,416	0,157
Regular (atual ou progresso)	0,150086	0,682	0,495
Uso de medicação			
Não	Ref.		
Sim	-0,182198	-1,444	0,149

DISCUSSÃO

A despeito de a empatia permanecer sendo considerada um conceito complexo e multidimensional, o adensamento das evidências acerca do seu papel crucial na relação entre o médico e o paciente desperta cada vez mais o seu interesse como campo de pesquisa. A constatação de que ela é passível de ser mensurada, somada ao advento da construção de instrumentos de aferição confiáveis constituíram um avanço fundamental. Contudo, resultados muitas vezes inesperados ou mesmo conflitantes vêm encorajando fortemente a expansão do seu estudo, em busca de respostas a questões ainda largamente em aberto, apesar dos significativos progressos já obtidos.

O presente estudo avaliou o comportamento da empatia na totalidade dos estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro, optando-se por utilizar a Escala Jefferson, que é o questionário mais empregado no mundo, com o relevante fato de ser o primeiro desenhado especificamente para a avaliação da empatia em estudantes de medicina, no cenário de assistência ao paciente. O escore de 121,8 que foi obtido por nossos alunos pode ser considerado elevado. Nos Estados Unidos, os estudos mostraram pontuações em torno de 120, e em países europeus, ligeiramente abaixo deste valor¹⁵. Já países asiáticos, como a Coreia do Sul e Japão, tenderam a apresentar escores bem mais baixos, em torno de 105²¹. Esses resultados parecem estar relacionados a diferenças sociais e culturais entre os países. A interação pessoal entre os asiáticos não depende tanto da comunicação não verbal, como a expressão facial e gestual de mãos, o que pode dificultar o estabelecimento de um contato empático. Além disso, uma atitude impassível e menos assertiva tem sido considerada uma virtude na Coreia do Sul²². Outro motivo apontado para explicar escores de empatia inferiores pode ser a exigência de que os candidatos ao ingresso no curso médico desses países alcancem uma elevada pontuação em matemática e áreas científicas. O Programa Internacional para Avaliação de Alunos (PISA, na sigla em inglês) mostrou que esses estudantes obtiveram as maiores notas em matemática, porém uma porcentagem muito baixa deles demonstrou boas habilidades em relação a envolvimento, motivação e autoconfiança (PISA 2012, Resultados no Focus 2013)²². Interessantemente, um escore intermediário foi obtido em um estudo conduzido em

Singapura, que traz herança colonial e sistema educacional de base ocidental, ao mesmo tempo que possui laços com seus vizinhos asiáticos, constituindo-se em uma confluência de culturas⁸.

A pontuação obtida em nosso estudo está em linha com o escore de 119,7 encontrado em uma pesquisa realizada na Universidade Federal de Santa Catarina¹³. Um outro trabalho, desenvolvido em uma universidade de São Paulo revelou escore 118,4, também bastante próximo²³. Olhando para nossas características culturais, podemos dizer que o povo brasileiro, de modo geral, possui reconhecida tradição, chegando a ser famosa aos olhos do mundo, de ter um comportamento fraterno e comunicativo, indo além da linguagem corporal, e envolvendo com naturalidade o contato físico em cumprimentos e diálogos. Dessa maneira, as pontuações dos estudantes de medicina brasileiros estarem entre as mais elevadas não pode ser considerado uma surpresa.

Certamente a questão mais controversa em relação ao tema surgiu quando estudos transversais e longitudinais realizados no início deste século sugeriram que a empatia diminui durante o curso de graduação em medicina. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Reino Unido, Índia, e no Caribe demonstraram este declínio¹⁵. A redução da empatia foi verificada quase sempre a partir do terceiro ano do curso, que coincide com o início do contato do estudante com o paciente, nos cenários reais de prática da medicina. No momento em que as atividades desenvolvidas pelos alunos deveriam estar promovendo empatia, na realidade estariam tendo efeito exatamente oposto. Os estudantes de medicina têm experimentado a educação médica e o seu treinamento como estressantes²⁴. Em grande parte têm visto ser frustrada a idealização que fazem da medicina ao ingressar no curso. Dependência crescente de tecnologias, pouco tempo de contato com cada paciente e a falta de modelos adequados para seguir são características onipresentes, que agem no sentido de desumanizar a prática médica²⁵. Em adição a este quadro está o potencial sofrimento psíquico desses alunos, em consequência do elevado volume de material a aprender e da pesada carga de atividades, que faz com que tenham que trabalhar por longos períodos e com horários irregulares, o que inevitavelmente resulta em privação de sono²⁶. Outro aspecto que vem gerando crescente preocupação, porém ainda pouco estudado é o chamado currículo oculto, definido como aquele que é implicitamente ensinado, mas não explicitamente estabelecido, incluindo aspectos relacionados a hierarquia e maus-tratos de alunos por parte de

seus preceptores, incluindo humilhações, discriminação de gênero e até mesmo assédio sexual²⁵. Todos esses fatores se combinam e podem estar levando o estudante a estabelecer inconscientemente um certo isolamento afetivo, como forma de autoproteção¹⁵.

Porém, esse declínio da empatia não é universal. Houve também um número considerável de estudos, como os conduzidos em Croácia, Portugal, Coreia do Sul e Japão, que não demonstraram mudança nas pontuações em empatia ao longo do curso, havendo em certos casos até mesmo um pequeno aumento²⁵. O presente estudo seguiu nessa linha, não encontrando modificação significativa os escores de empatia ao longo dos seis anos do curso médico. Os dois estudos brasileiros acima citados também não observaram tal declínio. A controvérsia existente entre os achados dos trabalhos já realizados acerca da trajetória da empatia dos estudantes de medicina ainda não encontrou uma solução. Há muitos questionamentos acerca da diversidade de desenhos e instrumentos empregados, mês do ano em que cada estudo foi conduzido, alguns em início e outros em final de ano letivo, e casos de baixas taxas de respostas aos questionários^{3,15}.

O nosso estudo veio a reforçar os primeiros resultados obtidos no Brasil, ao mostrar que os nossos estudantes mostraram ter bons níveis de empatia, e que ela não é perdida ao longo do curso. Seria importante verificar a relação desses achados com aspectos pormenorizados da estrutura dos cursos e seus métodos de treinamento. A realização de estudos qualitativos certamente traria informações relevantes para a exploração do tema sob novas perspectivas.

A maioria das pesquisas mostra que as mulheres obtêm maiores escores de empatia do que os homens, o que também foi verificado no presente estudo. Elas possuem características evolutivas biológicas que favorecem as relações interpessoais, fazendo com que tenham maior receptividade emocional, atitudes mais humanistas, maior sensibilidade social e maior capacidade de oferecer cuidado aos pacientes²⁷.

As variáveis relacionadas ao consumo alcoólico mostraram-se associadas a empatia de forma negativa, na análise bivariada, informação sobre a qual não há registro na literatura. Ao mesmo tempo que o etilismo pode ser um refúgio para dificuldades ou angústias, e resultar em modificações comportamentais, inclusive com a dependência do álcool, por outro lado, para muitos constitui-se em um hábito

prazeroso, socialmente bem aceito e até incentivado, indicando uma relação que certamente merece um estudo mais aprofundado.

Associação negativa entre empatia e uso abusivo de medicamentos para indução de sono, manutenção de vigília e/ou para ansiedade, também não citada em outras pesquisas, foi demonstrada e parece mais fácil de se compreender, vista a situação de fragilidade vivenciada por estes alunos, ao ponto de necessitarem do auxílio que acreditam estarem obtendo por meio farmacológico.

Apesar de algumas pesquisas sugerirem que estudantes que pensam em seguir especialidades humanísticas obtêm maiores pontuações de empatia em relação àqueles que pretendem optar por especialidades tecnológicas^{28,29}, o presente estudo não encontrou essa associação. Muitos alunos declararam ainda estarem indecisos quanto a essa escolha, além de ser difícil para os que estão nos primeiros anos do curso definirem essa opção, o que acaba por tornar difícil avaliar a relação entre este tipo de escolha e empatia.

Os estudantes que escolheram fazer medicina por vocação/realização pessoal ou altruísmo mostraram-se mais empáticos do que aqueles que fizeram a escolha por outros motivos, como status e questões financeiras. Mesmo não permanecendo no modelo multivariado, essa associação parece fazer sentido, já que o significado individual de estar cursando medicina é claramente distinto nesse caso, e é de se esperar uma capacidade de envolvimento igualmente diferenciada nos cenários de contato interpessoal.

Não houve correlação entre empatia e coeficiente de rendimento acadêmico, ao encontro do que reporta a literatura³⁰, reforçando a constatação de que as habilidades de comunicação, como a empatia, não são levadas em conta nas avaliações realizadas pelos alunos ao longo do curso.

Chamou a atenção o achado de que os estudantes que haviam frequentado previamente ambas as escolas, pública e privada, mostraram maior empatia, indicando que a exposição a uma maior diversidade social pode ter efeitos sobre o seu comportamento e sua forma de interagir com os seus semelhantes.

Não encontramos relação entre empatia e as diferentes religiões, porém a prática religiosa pode ter associação. Ao tratar de temas como o sofrimento humano e levar à constante reflexão, além de ser uma fonte de suporte em momentos difíceis, o envolvimento com a religião talvez forneça ao estudante um maior suporte para lidar com o seu paciente.

Resiliência mostrou-se fortemente associada à empatia entre os estudantes. McFarland e Roth³¹ (2016) não encontraram essa associação em seu estudo, embora tenham incluído residentes além de alunos e utilizado um questionário de empatia geral (o Interpersonal Reactivity Index). Na medida em que a resiliência permite que o estudante lide melhor com as situações adversas por que passa, não nos surpreende que os mais resilientes reúnam condições de atuar de maneira mais empática. Pode-se assim antever o benefício de se trabalhar essas duas características em conjunto nos estudantes, de modo que uma possa reforçar o desenvolvimento da outra.

Como limitação do presente estudo tem-se o uso de instrumentos autorreferidos, que mostram as questões somente sob o ponto de vista do próprio estudante entrevistado, enquanto o outro lado, que é o paciente, não está sendo ouvido. O delineamento transversal traz a dificuldade de se fazer as inferências causais, quando uma abordagem longitudinal poderia aferir melhor o comportamento da empatia durante o curso. A condução do estudo em apenas uma instituição impõe um cuidado especial na hora de extrapolar suas conclusões, e o fato de esta ser pública deixa a dúvida quanto à comparabilidade com escolas privadas. Por último, deve-se questionar até que ponto essas características da empatia observadas têm relação efetiva com a realidade dos diferentes ambientes de prática médica²⁵.

Frente à escassez de dados ainda existente no Brasil, nossos resultados reforçam a percepção de que os níveis de empatia de nossos futuros médicos são bons em comparação aos demais países, além de não sofrerem declínio ao longo do curso. Porém é necessário que se encorajem novas pesquisas além do eixo Sudeste-Sul, dada a diversidade sociocultural do nosso país e suas possíveis implicações no comportamento dos alunos. É preciso, por fim, que se considere fortemente a aferição da empatia não apenas como pesquisa, mas como parte integrante das avaliações curriculares regulares, possibilitando que se atue no sentido de promovê-la, em especial nos estudantes em que ela se mostre deficiente.

REFERÊNCIAS

1. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):e76-84. DOI: 10.3399/bjgp13X660814
2. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359-364. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
3. Jordan KD, Foster PS. Medical student empathy: interpersonal distinctions and correlates. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2016;21(5):1009-22. DOI: 10.1007/s10459-016-9675-8
4. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2002;17:874-82.
5. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer.* 2003;88(5):658-65. DOI: 10.1038/sj.bjc.6600798
6. Gleichgerrcht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci.* 2014;8:243. DOI: 10.3389/fnbeh.2014.00243
7. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns.* 2007;69(1-3):63-75.
8. Ren GSG, Min JTY, Ping YS, Shing LS, Win MTM, Chuan HS, et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean J Med Educ.* 2016;28(1):67-78. DOI: 10.3946/kjme.2016.11
9. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ.* 2011;11:90. DOI: 10.1186/1472-6920-11-90
10. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach.* 2012;34(4):305-11. DOI: 10.3109/0142159X.2012.644600
11. Neumann M, EdelhaEuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615

12. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81:82–5.
13. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano IC, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016;7:149-53. DOI: 10.5116/ijme.572f.115f
14. Magalhães E, DeChamplain A, Salgueira A, Costa MJ. Empatia médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. *Actas do VII Congresso Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho; 2010.
15. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2016;7:443-55. DOI: 10.2147/AMEP.S76800
16. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*. 1983;16:215-8.
17. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):436-48.
18. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing; 2017. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
19. Fox J, Weisberg S. An R companion to applied regression. 2. ed. Sage; 2011. Disponível em: <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>
20. Draper NR, Smith H. Applied regression analysis. John Wiley & Sons; 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118625590>
21. Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). *Med Teach*. 2015;1-4. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1009022
22. Park KH, Roh H, Suh DH, Hojat M. Empathy in Korean medical students: findings from a nationwide survey. *Med Teach*. 2015;37(10):943-8. DOI: 10.3109/0142159X.2014.956058
23. Damiano RF, Ribeiro LMA, Dos Santos AG, da Silva BA, Lucchetti G. Empathy is associated with meaning of life and mental health treatment but not religiosity

- among Brazilian medical students. *J Relig Health*. 2017;56(3):1003-17. DOI: 10.1007/s10943-016-0321-9
24. Vallabh K. Psychometrics of the student version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-S) in final-year medical students in Johannesburg in 2008. *S Afr J Bioeth Law*. 2008;4(2):63-8.
25. Quince TA, Kinnersley P, Hales J, da Silva A, Moriarty H, Thiemann P, et al. Empathy among undergraduate medical students: a multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ*. 2016;16:92. DOI: 10.1186/s12909-016-0603-7
26. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
27. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. *Med Teach*. 2013;35(12):1002-8. DOI: 10.3109/0142159X.2013.802296
28. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Sci Dir*. 2005;39:1205-15.
29. Dyrbye LN, Eacker AM, Harper W, Power DV, Massie FS Jr, Satele D, et al. Distress and empathy do not drive changes in specialty preference among US medical students. *Med Teach*. 2012;34(2):e116-22. DOI: 10.3109/0142159X.2012.644830
30. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522-7.
31. McFarland DC, Roth A. Resilience of internal medicine house staff and its association with distress and empathy in an oncology setting. *Psychooncology*. 2016. DOI: 10.1002/pon.4165

4.3 Artigo 4 - A empatia e o futuro da medicina: algumas reflexões

Autores: André Paes Goulart Machado, Christian Nunes Aranha, Renata Nunes Aranha

Por causa da alta competitividade dos vestibulares, os médicos são um capital intelectual muito promissor de nossa juventude. No entanto, a grade curricular de disciplinas necessárias para a sua formação se concentra em sua maioria na aquisição de conhecimento, no popular, a famosa "decoreba". Eles já são poucos, e parte deles ainda arrisca seguir uma carreira para o lado da gestão, para a qual não foram preparados. Numa primeira análise, temos o pior dos mundos, onde a educação médica atual pode literalmente estar estragando todo um enorme valor intelectual, seja por médicos defasados ou gestores despreparados. Algo talvez precise mudar, e rápido.

Com os avanços dos algoritmo de inteligência artificial, hoje competimos por emprego também com computadores, e a decoreba não parece ser uma boa estratégia. Por ela, vejamos, vamos competir com as máquina por memória e, se entrarmos neste ringue, vai ser nocaute. O cérebro humano pode armazenar de forma estimada 100 terabytes de informação, pelo número de ligações sinápticas existentes. Parece bastante, não é? Mas esta é a memória total! Ela ainda deve ser dividida em duas partes, memória de longo prazo (tipo HD) e memória de curto prazo (tipo RAM). A maior parte dela é memória de longo prazo. Isto significa dizer que juntando HDs de um terabyte, facilmente encontrados no mercado, e memórias RAM de 64 GB, os computadores já nos superam. Se formos pensar que, além do conhecimento médico, o cérebro humano ainda precisa armazenar viagens, família e contas a pagar, aí vem o nocaute. A máquina ainda de poder acessar o Google, em nanossegundos.

Para a nossa felicidade, o nosso cérebro, além de armazenar informações, também é inteligente. Isso, inteligente! Esta é a palavra-chave aqui. Significa que a parte mais nobre do pensamento está cada vez mais em como processar as informações do que em quanto dela nós podemos armazenar. Reforma curricular, já!!! Temos que nos preocupar menos em decorar as coisas e mais em como raciocinar em cima dos conhecimentos disponíveis. Criatividade e inovação.

Algoritmo inteligente e não "conteúdo inteligente". Na nova medicina, o médico deverá ser cada vez menos necessário para estabelecer diagnósticos e condutas, ou seja, o que muitos consideram a "cereja" da medicina clínica. Tenso isso. Ao passo que ele precisa ver os sintomas do paciente para calcular probabilidades de diagnóstico, o computador já identificou sinais minúsculos, com sensores bem mais precisos do que os nossos, humanos. E ainda cruzou com todo o seu DNA. E ainda consultou toda a literatura científica já produzida, que carrega em seus arquivos. Deixando assim o médico atual a ver navios.

A máquina, assim como nós, está por outro lado distante de ser perfeita. E mesmo com todas as suas capacidades, ainda não se vislumbra que possa nos fazer frente a um outro conjunto de demandas do paciente, estas atemporais. O que vai garantir que o paciente ofereça todos os dados, que se abra, despindo-se de qualquer reserva para falar de si? E como ele vai acreditar assim de cara no diagnóstico informado? E a motivação para parar de comer isso, diminuir aquilo, arranjar tempo para a caminhada, e se lembrar de tomar comprimidos diversos ao longo do dia? Sim, é ele mesmo. É um médico que vai ter o instrumento capaz conquistar todos esses alvos: a empatia.

O verdadeiro contato empático vai dar conta do tom de voz do paciente, da maneira como ele olha, de como não para de friccionar suas mãos úmidas de suor, dos momentos em que se permite um sorriso. E a pessoa enferma vai poder ter compreendida a nova fase da sua doença, com as suas novas limitações. Assim, o seu sofrimento estará sendo de fato aliviado - independentemente do tratamento instituído. Com isso, e mais a aderência às medicações e as mudanças de comportamento, podemos estar certos de que o nosso paciente terá verdadeiramente impactada, de forma positiva, a sua qualidade de vida. E estará, mesmo que não perceba, muito mais protegido de equívocos, ou erros mesmo, recebendo uma assistência que lhe proveja segurança.

E se quisermos falar um pouco sobre custos? A conta da saúde não fecha! Por quê? Qual é o custo da desconfiança? O paciente sente a necessidade de ouvir uma segunda e terceira opiniões. E realiza exames complementares em excesso, sem ter a sua questão resolvida, o que levará a faltas no trabalho. A empatia como necessidade de saúde pública, como bandeira para reduzir custos na saúde? Será?... A má formação do profissional médico, que não trabalha o aprimoramento

da empatia, pode ser diretamente ligada aos desperdícios vistos. E ainda deixa o médico mais sujeito a estresse profissional e *burnout*.

Se pararmos para refletir um pouco, com serenidade, temos que o ensino da medicina já está inadequado há tempos. Se imaginarmos que o estudante que entra hoje na faculdade estará pronto para atuar daqui a 10 anos, em média (graduação mais residência), teremos certeza de que não estamos o preparando para a saúde que ele irá praticar. De certa forma, estamos dando uma formação voltada para o passado.

Alguns anos atrás, durante um TED Talk na Escócia, o Dr. Abraham Verghese asseverou que o maior avanço na tecnologia médica no século XXI seria a mão humana, o poder do toque¹. De fato, sem um vínculo genuíno, sólido e terno ao mesmo tempo, não há credibilidade possível na relação médico-paciente. Dessas sutilezas, os humanos ainda precisarão dar conta por muito tempo. E a empatia poderá vir a ser o refúgio da boa prática médica.

Referência

1. Verghese A. A doctor's touch. 2011. [acesso em 20 mar 2017]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sxnlvwprf_c

CONCLUSÕES

A empatia no contexto da relação médico-paciente é um tema que vem sendo alvo crescente de pesquisas e, apesar disso, deixa ainda muitas questões em aberto e diversos pontos discordantes entre seus estudiosos. A principal polêmica é a possível diminuição da empatia dos estudantes de medicina, identificada em diversos países, a partir do terceiro ano do curso, ao iniciarem o contato com os pacientes^{12,13,14}. Em muitos outros países isso não foi verificado, e as explicações acerca do que de fato está ocorrendo permanecem inconclusas^{15,16,17}.

No nosso país, a despeito da carência de dados, os estudantes de medicina têm apresentado níveis de empatia relativamente bons^{7,18}, fato reforçado pelo presente trabalho, que não estão sendo perdidos ao longo da sua formação. Entretanto, é imperioso que sejam estudadas outras regiões do Brasil, visto que a diversidade cultural tem sido considerada uma forte influência sobre as habilidades de comunicação em certas sociedades ao redor do mundo, o que pode perfeitamente estar transcorrendo em um país caracterizado pela variedade étnico-cultural.

O presente estudo identificou características de diferentes naturezas, parte delas não previamente examinadas, que mostraram associação com a empatia dos estudantes, notadamente questões envolvendo prática religiosa, resiliência, uso de álcool e medicamentos, e fatores motivadores da escolha por cursar medicina. Foi ainda observado que a passagem, durante o ensino pré-universitário, por ambas as escolas pública e privada, esteve associada à maior empatia. Ou seja, estudantes que puderam vivenciar pluralidade de ambientes escolares demonstraram uma atitude mais empática no âmbito do seu desenvolvimento profissional. Há agora a necessidade de se empreender estudos qualitativos, a fim de investigar melhor o que está por trás dessas associações, além de estudos com desenho longitudinal para determinar possível causalidade entre esses achados.

Por fim, este trabalho teve também a intenção de chamar a atenção das pessoas que atuam na medicina, em especial os que se dedicam ao seu ensino, sobre essa temática que permanece tão pouco conhecida. Na nossa prática cotidiana, em geral não vemos a empatia ser sequer citada, daí a iniciativa de tratarmos dela aqui, desde suas raízes, até direcionamentos futuros, como forma de

disseminar informação e motivar reflexão. Ao verificarmos que a aferição do desempenho acadêmico dos estudantes de medicina não guarda qualquer relação com a sua empatia, condizente com outras pesquisas¹⁹, isso nos sugere que os processos avaliativos não estão levando em conta essa habilidade.

Esperamos assim que os conhecimentos acerca da empatia possam ser progressivamente difundidos e que ela possa integrar de fato o dia a dia do estudante, encontrando o seu devido espaço nas oportunidades de contato direto com os pacientes. Que possa ser oferecido treinamento em especial para aqueles que têm mais dificuldade em atuar empaticamente. E que a medição da empatia adquira um caráter permanente, possibilitando identificar onde ela está falhando, assim como monitorizar os resultados das intervenções realizadas para o seu aprimoramento. Os ganhadores seremos todos, médicos, pacientes e sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Provenzano BC, Machado APG, Rangel MTAS, AranhaRN. A empatia médica e a graduação em medicina. *Revista HUPE*. 2014;13(4):19-25. DOI: 10.12957/rhupe.2014.13941
2. Hojat M, Mangione S. Jefferson Scale of Physician Empathy. *Health Policy News*. 2001;14(4).
3. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002;77(10 Suppl):S58-60.
4. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Costa Mj. Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho; 2009.
5. Magalhães E, DeChamplain A, Salgueira A, Costa MJ. Empatia médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. Actas do VII Congresso Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho; 2010.
6. Pohl CA, Hojat M, Arnold L. Peer nominations as related to academic attainment, empathy, personality, and specialty interest. *Acad Med*. 2011;86(6):747-51. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318217e464
7. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano IC, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016;7:149-53. DOI: 10.5116/ijme.572f.115f
8. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatr*. 1974;131:1121-3.
9. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*. 1983;16:215-8.
10. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
11. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):436-448.
12. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55

13. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach*. 2002;24(4):370-3. DOI: 10.1080/01421590220145725
14. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
15. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013;18(3):509-22. DOI: 10.1007/s10459-012-9390-z
16. Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). *Med Teach*. 2015;10:1-4. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1009022
17. Quince T, Thiemann P, Benson J, Hyde S. Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2016;7:443-55. DOI: 10.2147/AMEP.S76800
18. Damiano RF, Ribeiro LMA, Dos Santos AG, da Silva BA, Lucchetti G. Empathy is associated with meaning of life and mental health treatment but not religiosity among Brazilian medical students. *J Relig Health*. 2017;56(3):1003-17. DOI: 10.1007/s10943-016-0321-9
19. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522-7.

APÊNDICE A - Questionário utilizado no estudo.**I Censo MEDUERJ - 2011**

Por favor, responda ao questionário abaixo.
Todas as informações serão preservadas pelo anonimato.

- 1) Que idade você tem?
 - 16
 - ...
 - 60

- 2) Digite aqui a sua nota informada no formato: X,X (use vírgula, se for o caso) []

- 3) Qual o mais forte motivo que levou você a escolher Medicina?
 - vocação / realização pessoal
 - altruísmo (fazer o bem e/ou ser útil)
 - interesse científico / gostar de biologia
 - mercado de trabalho / status social
 - influência de pessoa(s) importante(s)
 - outros
 - não sei o motivo

- 4) Você está cursando qual ano do curso?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6

- 5) Sexo
 - masculino
 - feminino

- 6) Em sua opinião, qual é a sua cor ou raça?
 - preta
 - parda / mulata
 - branca
 - amarela
 - indígena

- 7) Frequentou anteriormente escola:
 - pública
 - privada
 - ambas

- 8) Possui algum rendimento indispensável ao seu sustento e/ou da sua família ?
 - sim
 - não

- 9) Atualmente mora:
 - com pai e/ou mãe
 - com cônjuge
 - com outros familiares
 - com amigos
 - sozinho

17) Questionário validado internacionalmente para mensurar RESILIÊNCIA. (cont.)

Por favor, preencha cada linha com apenas uma resposta:

	Discordo totalmente 1	2	3	4	5	6	Concordo totalmente 7
Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha vida tem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não insisto em coisas sobre as quais não posso fazer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) Você já fumou cigarro?

- nunca fumei
- sou ex-fumante
- fumo atualmente

19) Se você fuma ou já fumou, responda:

Por quantos anos: []

Quantos cigarros por dia: []

20) Você considera seu consumo de bebida alcoólica:

- leve
- moderado
- intenso
- nunca bebi

21) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?

- sim
- não

22) As pessoas já o aborreceram por criticar o seu modo de beber?

- sim
- não

23) Alguma vez você se sentiu culpado pela maneira como bebe?

- sim
- não

24) Alguma vez você já bebeu como primeira coisa que fez ao acordar, para controlar o nervosismo ou se livrar de uma ressaca?

- sim
- não

25) Você faz uso frequente de algum medicamento? Marque todas as verdadeiras.

- para se manter desperto
- para ansiedade
- para dormir

26) Em relação a drogas ilícitas, escolha uma resposta para cada droga:

	nunca experimentei	já experimentei	já fiz uso regular	faço uso regular
Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inalantes (cheirinho da loló, lança-perfume...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drogas alucinógenas (LSD, ácido...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opióides (heroína, morfina...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 28) Você é cotista?
- sim
 - não
- 29) Por que cota você ingressou na Faculdade ?
- estudante da rede pública de ensino
 - racial
 - indígena
 - deficiente físico
 - filho de policial, bombeiro ou agente penitenciário morto/incapacitado em serviço
- 30) Quanto à política de cota racial, ideologicamente você é:
- a favor
 - contrário
- 31) Quanto à política de cota sócio-econômica, ideologicamente você é:
- a favor
 - contrário
- 32) Em sua opinião, o atual processo de seleção dos cotistas é:
- justo
 - injusto
- 33) Você mudou sua opinião sobre as cotas após entrar no curso médico?
- sim
 - não

TÉRMINO DO QUESTIONÁRIO

Muito obrigado pela sua participação.
Clique em "PRÓXIMA" para concluir.

APÊNDICE B - Termo de consentimento do estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Endereço: Rua Prof. Manoel de Abreu, 444, 2º andar, Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ.

CEP: 20550-170

Telefone: (21) 2868-8003

Projeto: **I Censo MEDUERJ - 2011**

Pesquisadores responsáveis: André Paes Goulart Machado; Renata Nunes Aranha

Você está sendo convidado a participar de um projeto inédito em nossa instituição, pelo conteúdo envolvido e pelo fato de se tratar de um Censo, cujo desafio é abranger todos os alunos da faculdade com matrícula ativa. Se depois de ler e compreender todas estas informações, você decidir participar, favor assinar o termo de consentimento no local indicado abaixo.

Este projeto tem como objetivo conhecer com precisão diversos aspectos demográficos e sócio-econômicos dos alunos matriculados no curso médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Também serão aplicados questionários de uso internacional, validados para a língua portuguesa, que visam a obter informações sobre empatia médica, resiliência e sonolência entre os estudantes.

Tais dados permitirão a aquisição de conhecimentos acerca do corpo discente da faculdade com foco em questões que podem estar influenciando fortemente o seu bem estar e o seu aproveitamento no curso, o que será de extrema importância para qualquer planejamento ou aperfeiçoamento institucional que tenha como meta a qualidade do ensino médico. Também poderão ser identificadas novas demandas por parte dos alunos, até então não reveladas, que indiquem a necessidade de se estudar medidas que possibilitem a sua adequada abordagem.

Sua participação consistirá em responder a um questionário *online*, estruturado no *software* Qualtrics, ao término do qual os dados serão transportados para análise estatística no *software* Stata. Quase todas as questões estão no formato “múltipla escolha”. O tempo estimado para responder a todas elas é de 10 a 15 minutos.

Não haverá nenhum custo ou compensação financeira, sendo a sua participação voluntária e isenta de riscos, havendo a possibilidade de desistir e retirar o consentimento a qualquer momento que deseje, sem nenhum tipo de ônus.

Será resguardada a privacidade e confidencialidade dos dados, que serão apresentados através dos meios correntes reconhecidos pela comunidade científica.

Declaro que entendi os objetivos, condições, riscos e benefícios de minha participação no Censo, e estou de acordo em participar.

Data: ___ / ___ / 2011

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: André Paes Goulart Machado

Data: ___ / ___ / 2011

Assinatura: _____

Pesquisadora: Renata Nunes Aranha

Data: ___ / ___ / 2011

Assinatura: _____

ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

HUPE

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2011

Do: Comitê de Ética em Pesquisa

Prof.: Wille Oigman

Para: Auts. André Paes Goulart Machado; Renata Nunes Aranha / Orient. Profa. Mary T. A. S. Rangel
Registro CEP/HUPE: 3101/2011 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)
CAAE: 0239.0.228.000-11

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "I CENSO MEDUERJ - 2011" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Prof. Wille Oigman
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ