

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Naiara Silva Cosmo de Araújo

**A EMPATIA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE
PEDIÁTRICO. ESTUDO TRANSVERSAL UNICÊNTRICO, 2019**

Belo Horizonte

2019

Naiara Silva Cosmo de Araújo

**A EMPATIA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE
PEDIÁTRICO. ESTUDO TRANSVERSAL UNICÊNTRICO, 2019**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde da UNIFENAS
para obtenção do título de Mestre em Ensino em
Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro
Toledo Jr.**

Belo Horizonte

2019

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

61-057(043.3)

A658e Araújo, Naiara Silva Cosmo de.

A empatia em acadêmicos de medicina em relação ao
paciente pediátrico: estudo transversal unicêntrico, 2019.
[manuscrito] / Naiara Silva Cosmo de Araújo. -- Belo Horizonte,
2019.

45 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário
Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino
em Saúde, 2019.

Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo
Junior.

1. Empatia. 2. Educação Médica. 3. Pediatria. I. Toledo
Junior, Antonio Carlos de Castro. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretora de Pesquisa e Pós-graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Certificado de Aprovação

**“A EMPATIA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA EM RELAÇÃO AO PACIENTE PEDIÁTRICO.
ESTUDO TRANSVERSAL UNICÊNTRICO, 2019”**

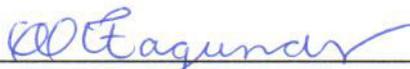
AUTOR: Naiara Silva Cosmo

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

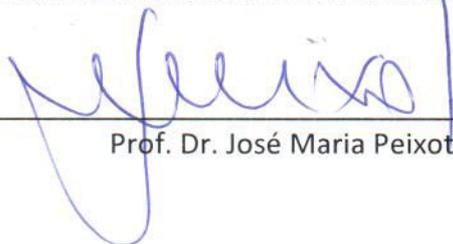
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr



Profa. Dra. Eleonora Druve Tavares Fagundes



Prof. Dr. José Maria Peixoto

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2019.



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

Dedico esse trabalho ao meu filho, meu motivo de alegria...

*Ao meu marido que faz meus dias mais felizes e leves e aos meus pais pelo apoio
incondicional...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por guiar meus caminhos com luz e sabedoria em todos os momentos da minha vida.

Agradeço ao meu filho amado Davi, meu motivo diário de alegria, o qual me impulsiona a ser uma pessoa cada vez mais determinada.

Ao meu marido Jefferson, o qual foi meu maior incentivador nesse projeto, estando sempre ao meu lado me apoiando. Você foi essencial nessa minha caminhada, meu amor!

Agradeço à minha família pela confiança e motivação, em especial aos meus pais, que sempre acreditaram em meu potencial.

A minha amiga Yara Bastitelli, pela ajuda nas horas difíceis, pelas trocas de plantões na UTI pediátrica, pela conversa amiga, enfim pelo apoio e incentivo.

Aos meus companheiros e amigos do mestrado Dra. Nayara Mariano e Dr. João Francisco, pessoas maravilhosas e amáveis, sendo dois anos de viagens, risadas, estudos, conversas amigas, conselhos. Uma amizade que vamos levar por toda uma vida.

E finalmente agradeço ao meu orientador Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior que, de forma brilhante, com sabedoria, paciência, experiência e sempre muito amável, soube conduzir os meus passos, compartilhando seus conhecimentos. Só tenho a agradecer-lo pelo incentivo nessa fase de formação profissional. A você, minha eterna gratidão.

*"Feliz aquele que transfere o que sabe e
aprende o que ensina"*

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: a empatia envolve a capacidade de identificar e perceber os sentimentos e as experiências pessoais do paciente, assim como a capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa. Em Pediatria, existe o desafio de buscar bom relacionamento com o paciente pediátrico e seus acompanhantes, os quais são peças fundamentais no atendimento e no desempenho do tratamento. **Objetivo:** avaliar o nível de empatia dos estudantes de medicina em relação ao paciente pediátrico. **Materiais e métodos:** estudo transversal realizado com estudantes do 4º e 6º anos do curso de medicina da UNIFENAS - Alfenas. Os níveis de empatia foram avaliados por meio da Escala de Empatia de Jefferson. Um questionário sociodemográfico coletou dados sobre as possíveis variáveis independentes, como sexo, idade, estado civil, filhos, graduação prévia, ter irmãos, doença crônica pessoal, doença crônica familiar, distúrbio mental, especialidade médica pretendida entre outros. Foi realizada análise descritiva utilizando-se média e desvio padrão para variáveis contínuas e distribuição de frequência para variáveis categóricas. Utilizou o teste de T de *Student* para comparar os escores de empatia e as variáveis categóricas e o teste exato de Fischer bicaudal para comparação entre variáveis categóricas. As variáveis com $p \leq 0,25$ foram analisadas por regressão múltipla. O nível de significância foi de 0,05. **Resultados:** 159 estudantes participaram da pesquisa, mas 10 foram eliminados por preenchimento incompleto dos questionários. Amostra final de 149 estudantes, sendo 74 do 4º ano e 75 do 6º ano. Não houve diferença entre o escore global de empatia entre os estudantes do quarto ano e sexto ano, mesmo ambos apresentando níveis gerais elevados de empatia, exceto para o domínio “Capacidade de se colocar no lugar dos outros”. O escore global de empatia foi maior no sexo feminino ($p_{ajustado}=0,011$), assim como o escore do domínio “Cuidado compassivo” ($p_{ajustado}=0,013$). Os voluntários com relato de doença crônica familiar e os que tinham dificuldade de realizar exame físico pediátrico apresentaram escore significativamente mais elevado no domínio “Cuidado compassivo” respectivamente ($p_{ajustado}=0,038$ e $p_{ajustado}=0,037$, respectivamente). **Conclusão:** o escore global de empatia e seus diferentes domínios foram elevados, com exceção do domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro”. Não se observou relação entre empatia e seus diferentes domínios e o período do curso médico. As mulheres apresentaram níveis mais elevados no escore global e no domínio “Cuidado compassivo”. Os alunos com familiar com doença crônica e dificuldade de realizar o exame físico pediátrico também apresentaram escore mais elevado de “Cuidado compassivo”.

Palavras-chave: Empatia. Educação Médica. Pediatria.

ABSTRACT

Introduction: Empathy involves the ability to identify and perceive the patient's personal feelings and experiences, as well as the ability to see the world from another person's perspective. In Pediatrics, there is the challenge of looking for a good relationship with the patient and their caregivers, which are fundamental pieces of care and treatment performance.

Objective: To evaluate the level of empathy of medical students in relation to pediatric patients. **Materials and methods:** Cross-sectional study conducted with students from 4th and 6th year of medical school at UNIFENAS - Alfenas. Empathy levels were assessed using the Jefferson Empathy Scale. A sociodemographic questionnaire collected data on possible independent variables such as gender, age, marital status, children, previous degree, having siblings, chronic personal and familiar diseases, mental disorders, intended medical specialty, among others. Descriptive analysis was performed using mean and standard deviation for continuous variables and frequency distribution for categorical variables. Student's T test was performed to compare empathy score and categorical variables and the two-tailed Fischer exact test to compare categorical variables. Variables with $p \leq 0.25$ were analyzed by multiple regression analysis. The level of significance was 0.05. **Results:** 159 students participated in the research, but 10 were eliminated due to incomplete fill of the questionnaires. Final sample had 149 students, 74 from 4th year and 75 from 6th year. There was no difference between the overall empathy score between 4th and 6th years students, even though both had high overall levels of empathy, except for the Ability to Stand in the Patient's Shoes domain. The overall empathy score was higher in females ($p_{\text{adjusted}} = 0.011$), as was the compassionate care domain score ($p_{\text{adjusted}} = 0.013$). Volunteers reporting chronic familiar disease and those who had difficulty performing a pediatric physical examination had a significantly higher score in the Compassionate Care domain ($p_{\text{adjusted}} = 0.038$ and $p_{\text{adjusted}} = 0.037$, respectively). **Conclusion:** the global empathy score and its different domains were high, except for the Ability to Stand in the Patient's Shoes domain. There was no relationship between empathy and its different domains and the year of the medical course. Women had higher levels in the global score and in the Compassionate Care domain. Students with a chronic familiar illness and difficulty in performing the pediatric physical examination also had a higher Compassionate Care score.

Keywords: Empathy. Medical Education. Pediatrics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e pessoais dos 149 estudantes de acordo com ano do curso	24
Tabela 2 -	Opção da área de atuação médica dos 149 estudantes de acordo com ano do curso	25
Tabela 3 -	Variáveis relacionadas ao atendimento pediátrico entre 149 estudantes de acordo com ano do curso	26
Tabela 4 -	Escore global de empatia e por domínios de 149 estudantes de acordo com ano do curso	27
Tabela 5 -	Média e desvio padrão da Escala de Jefferson de acordo com as características pessoais de 149 estudantes de medicina	27
Tabela 6 -	Média e desvio padrão do domínio Cuidado compassivo da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina	28
Tabela 7 -	Média e desvio padrão do domínio “Tomada de perspectiva” da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina	29
Tabela 8 -	Média e desvio padrão do domínio Capacidade de se colocar no lugar do outro da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina	29
Tabela 9 -	Correlação entre idade e escore global da escala de Jefferson e seus domínios	30
Tabela 10 -	Regressão múltipla de variáveis selecionadas por escore global de empatia e seus diferentes domínios	30

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

CARE	<i>Consultation and Relational Emphaty</i>
D.P.	Desvio padrão
EUA	Estados Unidos da América
EEJ	Escala de Empatia de Jefferson
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Empatia	14
1.2	Comunicação e empatia em Pediatria	16
1.3	Empatia em estudantes de Medicina	17
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivos específicos	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1	População e amostra	21
4.2	Procedimentos	21
4.3	Análise estatística	23
4.4	Aspectos éticos	23
5	RESULTADOS	24
5.1	Caracterização da população	24
5.2	Níveis de empatia	26
5.3	Análise multivariada	30
6	DISCUSSÃO	32
7	CONCLUSÕES	36
8	REFERÊNCIAS	37
9	APÊNDICES	40
10	ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

Nos longos anais da história médica, a Pediatria é uma especialidade jovem, com pouco mais de 200 anos (LUECKE JR., 2004). No final dos anos 1700 e início dos anos 1800, a necessidade de atender especificamente ao cuidado, desenvolvimento e doenças das crianças tornou-se mais aparente e a especialização em Pediatria evoluiu, particularmente na Alemanha e na França (LUECKE JR., 2004).

O termo Pediatria tem origem na junção de duas palavras gregas: *paidos* (criança) e *iatreia* (processo de cura), criado em 1880. Desde então, ela ganhou lugar de grande importância nas faculdades de medicina e nos treinamentos das equipes médicas. O Pediatra tornou-se o guardião da saúde das crianças, sabendo identificar não só o diagnóstico clínico e tratamentos adequados, mas também o desenvolvimento psicomotor, social e emocional (SILVA, 2018; LUECKE JR., 2004).

No Brasil, a especialidade teve grande impulso a partir 1910, quando foi criada a Sociedade Brasileira de Pediatria, associação científica voltada para o estudo de problemas e doenças infantis (GUSSON; LOPES, 2010).

A importância da Pediatria no mundo moderno ultrapassa a sua grande gama de conhecimentos etiológicos e fisiopatológicos das doenças das crianças e projeta-se além das suas técnicas diagnósticas e terapêuticas. A atribuição mais genuína da Pediatria é proteger e cuidar do indivíduo em uma de suas fases de maior vulnerabilidade (PESSOA, 2004).

Os Pediatras são essenciais tanto para o sistema de saúde, quanto para a população, ouvindo, discutindo, aconselhando e acompanhando seus pacientes no contexto familiar. Não se pode pensar num paciente pediátrico sem pensar na família. Assim se comportam pensamentos e ações do pediatra, prevenindo doenças, acidentes e violências, preparando o jovem para o exercício pleno de cidadania (GUSSON; LOPES, 2010).

Na Pediatria, existe o desafio de buscar esse bom relacionamento com o paciente pediátrico e seus acompanhantes, seus cuidadores, os quais são peças fundamentais na obtenção de informações durante a anamnese. Os familiares são as principais fontes de força e apoio das crianças e por isso devem ser valorizados (LEVENTOWN, 2008). Pensa-se que o bem-estar

de um depende do bem-estar do outro e, assim, há preocupação com a qualidade de vida da família e não apenas da criança (ARMELIN et al., 2005).

A criança e seus responsáveis devem ser avaliados de forma conjunta durante o atendimento, pois ambos fornecem dados relevantes para a análise diagnóstica e terapêutica, necessitando maior cuidado empático. Compreender uma criança, analisar os dados relatados pelos pais e realizar um bom exame físico exige relação de confiança nesse atendimento, o que nos leva à identificação da figura da criança com o acompanhante, como se fosse um, sendo que esta unidade, no caso corresponde a ideia de família. Segundo a *American Academy of Pediatrics*, existem três elementos de comunicação médico-pais-filho (LEVENTOWN, 2008; ARMELIN et al., 2005):

- informações - quantidade e qualidade das informações de saúde fornecidas pelo médico;
- sensibilidade interpessoal - comportamentos afetivos que refletem a atenção e o interesse do médico nos sentimentos e preocupações dos pais e filhos; e
- construção de parcerias - a medida em que o médico convida os pais (e a criança) a declarar suas preocupações, perspectivas e sugestões durante a consulta.

A relação médico-paciente continua a ser a pedra angular do cuidado: o meio no qual os dados são coletados, os diagnósticos e planos são feitos, a conformidade é realizada e a cura, a ativação do paciente e o suporte são fornecidos (GOOLD; LIPKIN, 1999).

A relação médico-paciente é uma complexa interação psicossocial de vulnerabilidade, confiança e autoridade em ambiente profissional. Uma comunicação bidirecional aberta tem influência importante em todos os quatro aspectos vitais da relação médico-paciente, que demonstra a satisfação do paciente (HONAVAR, 2018):

- confiança - aqueles que confiam em seu médico, tem o nível mais alto de satisfação;
- conhecimento - pacientes relatam alto nível de satisfação quando o médico permite que eles forneçam informações, entendem e resolvem suas preocupações;
- consideração - percepção da cordialidade do médico, apoio emocional e cuidado; e

- lealdade - continuidade dos cuidados pelo profissional melhora a satisfação do paciente.

É preciso estabelecer confiança para se obter boa relação médico-paciente, que muitas vezes demanda tempo e disposições prévias, assim como saber ouvir o paciente, olhar no seu rosto, interpretar suas expressões corporais e ter sensibilidade. Os pacientes querem ser ouvidos e perceber que há interesse por eles, querem que o médico procure entender o que pensam, o que sentem, mesmo que não saibam ou consigam expressá-lo (BLASCO, 2012).

Ser médico é, antes de tudo, uma harmonia profissional de ciência e arte em pesos equivalentes. As anomalias que hipertrofiaram um aspecto em detrimento do outro, não têm como resultado apenas a baixa qualidade do profissional médico, mas atingem a sua própria essência (MORETO; BLASCO, 2012). A capacidade do médico de comunicar-se abertamente e com compaixão é essencial para assistência à saúde, sendo essa habilidade um fato importante e vital para o relacionamento entre os pacientes pediátricos e seus médicos (LEVENTOWN, 2008).

A relação médico-paciente em cenário de atendimento pediátrico tem se tornado assunto de grande importância médica, pois é necessário compreender a situação, perspectiva e os sentimentos desses pacientes muitas vezes relatados pelos seus responsáveis ou seus cuidadores. A empatia é uma habilidade essencial no estabelecimento e manutenção dessa relação (LEVENTOWN, 2008).

1.1 Empatia

O termo empatia, do grego *empathia*, significa a apreciação do sentimento do outro. Em seu sentido mais amplo, pode ser definida como as reações cognitivas e emocionais de um indivíduo frente as experiências do outro (DAVIS, 1983).

Em medicina, empatia envolve a capacidade de identificar e perceber os pensamentos e sentimentos do doente e tomar a perspectiva do doente acerca do problema apresentado (HOJAT et al., 2004). Ela remete à sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas momento a momento pelo paciente (COSTA; AZEVEDO, 2010). A vertente cognitiva engloba a capacidade de perceber os sentimentos e as experiências pessoais de cada

paciente, assim como a capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa (AGUIAR et al., 2009; HOJAT et al., 2004; 2009; 2018; HOJAT; DESANTIS; GONNELLA, 2017).

Deve-se diferenciar os conceitos de empatia e simpatia, pois normalmente são erroneamente interpretados. Simpatia é definida como a resposta emocional ao sofrimento de outro, enquanto empatia é a compreensão das circunstâncias. Compreensão é a base da conexão interpessoal. A empatia não tem limites restritos, porque supõe-se que a compreensão é sempre benéfica no atendimento ao paciente. Em contraste, a simpatia, em excesso, compartilhando emoções poderia interferir no diagnóstico e tratamento (DAVIS, 2009; HOJAT et al., 2002; 2009; HOJAT; LANOUE, 2014).

Para a neurociência, os neurônios-espelho influenciam no processo de empatia. Esses neurônios exibem correlação fisiológica com a empatia, que podem ser ativadas durante uma ação ou sensação no corpo quando a mesma ação é meramente observada em outra pessoa. Esses neurônios espelham movimentos e emoções, ou seja, quando presencia uma emoção de outra pessoa, o cérebro reproduz a mesma emoção, gerando o processo de empatia. Fatores como pressão, tensão e estresse podem diminuir os neurônios espelhos, diminuindo a capacidade de compreender o outro, reduzindo a empatia (NEUMANN, 2011).

A empatia tem sido descrita como um dos componentes humanísticos mais citados no atendimento ao paciente, um caminho real para o tratamento, um símbolo de saúde e um componente importante do profissionalismo na medicina. Engloba uma característica fundamental da “comunicação de compreensão”, sendo a reciprocidade entre o médico e o paciente um fator importante e sugere que as percepções dos pacientes em relação aos médicos devem ser levadas em consideração como uma importante dimensão do engajamento empático (HOJAT et al., 2017).

A empatia apresenta-se como um elemento importante do profissionalismo médico. A sua importância como base para relações positivas entre pacientes e médicos tem sido discutida na educação médica e na pesquisa em saúde. Além de desempenhar papel importante na obtenção do enfoque no paciente, a empatia do médico associada a habilidades de comunicação eficazes aumentam a satisfação dos pacientes, melhoram a adesão dos pacientes aos tratamentos e aumentam a capacidade do médico de diagnosticar e tratar seus pacientes (KANE et al., 2007; NEUMANN, 2011).

Entende-se também a empatia como uma habilidade social que distingue as espécies humanas e não humanas, sendo que na espécie humana existe a tomada de perspectiva, autoconsciência, consciência do outro, reavaliação da emoção, além de expressão verbal e não verbal de entendimento. Habilidades empáticas compõem um vetor importante para o desempenho social da equipe (NASCIMENTO, 2018). A vertente cognitiva da empatia engloba os seguintes domínios (AGUIAR, 2009):

- “Cuidado Compassivo” - capacidade de perceber os sentimentos;
- “Tomada de Perspectiva” - capacidade de perceber as experiências pessoais de cada paciente;
- “Capacidade de se colocar no lugar do outro” - capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa.

1.2 Comunicação e empatia em Pediatria

A empatia e a comunicação em consultas pediátricas possuem características peculiaridades comparadas aos adultos, visto que a criança está em processo de desenvolvimento cognitivo, social e psicológico. Alguns profissionais não sabem abordar a criança verbalmente; outros, apesar de terem interesse no que elas pensam e desejam, tentam protegê-las de informações médicas (GABARRA, CREPALDI; 2011).

Percebe-se que as crianças são, desde cedo, sensíveis aos estados emocionais de terceiros e que, ao mesmo tempo, são capazes de os compreender. O comportamento emocional dos outros é, aliás, rico em informação que a criança vai utilizar na compreensão e regulação do seu próprio comportamento, uma vez que vai adquirindo a capacidade de se colocar no lugar do outro e ter tomada de perspectiva – indispensável ao desenvolvimento da empatia (ASSUNÇÃO; MATOS, 2010).

No estudo de Clark et al. (2000), por exemplo, dois grupos de pediatras, submetidos a um programa de treinamento sobre comunicação, foram comparados a partir das habilidades comunicativas estabelecidas em consultas. Os autores destacam que a qualidade da comunicação esteve diretamente associada com a melhor adesão às recomendações: o grupo de médicos submetido à intervenção incluiu mais habilidades instrumentais em suas consultas

(protocolos educativos e instruções escritas sobre sintomas), aspectos que foram salientados pelos cuidadores como relevantes à comunicação. Como resultado, as crianças atendidas por este grupo tiveram menos internações e visitas à emergência, em comparação ao grupo controle e às ocorrências anteriores ao treinamento.

Preocupações sobre as habilidades de comunicação dos médicos não é um tema novo. Por décadas, tem havido pedidos para que os médicos prestem mais atenção à pessoa com a doença do que à própria doença. Em 1925, Peabody disse a estudantes de medicina de Harvard: “O segredo do cuidado do paciente está em cuidar do paciente” (LEVISON; PIZZO, 2011).

A formação durante a graduação não tem incluído aprofundamento satisfatório sobre a dinâmica das consultas pediátricas. Médicos enfatizam a importância de estudar habilidades comunicativas específicas em Pediatria, porém a abordagem deste conteúdo ao longo da graduação tem sido referida como insuficiente (KOHLSDORFI; COSTA, 2016).

Cursos sobre a relação com a criança e sua família, que incluam a comunicação da tríade, precisam ser criados para a capacitação desses profissionais, para que estejam preparados para identificar a forma de comunicação da criança e lidar com o conteúdo expresso. Assim, perceber outras formas de comunicação, além da linguagem verbal e direta, torna-se fundamental para lidar com esse tipo de pacientes. A preocupação dos profissionais de saúde deve focalizar o cuidado global das pessoas doentes e suas famílias, englobando seus aspectos emocionais e cognitivos (GABARRA, CREPALDI; 2011).

Considerando o treinamento sobre comunicação geralmente insatisfatório na formação acadêmica na Pediatria, a literatura destaca que intervenções breves, após o início da prática profissional, têm se mostrado promissoras, ao alterar o repertório de comportamentos interativos em contextos pediátricos, indicando que os profissionais podem se beneficiar desses treinamentos (KOHLSDORF, COSTA; 2013).

1.3 Empatia em estudantes de medicina

A preocupação com a falta de empatia na prática clínica é agravada pela percepção, tanto na pesquisa em educação médica, quanto na sociedade, de que a empatia dos estudantes de medicina diminui durante o curso de graduação (HOJAT et al., 2009).

Verificou-se na literatura que a empatia dos estudantes de medicina tende a decrescer ao longo do seu percurso nas escolas médicas, em particular com o primeiro ano de contato com a realidade clínica (HOJAT et al., 2009). Em revisão de literatura Neumann (2011) identificou 669 estudos na área da empatia. Entre esses, 18 satisfizeram todos os critérios de inclusão e não exclusão para sua análise. Onze investigaram empatia durante o curso de medicina e sete estudaram empatia durante a residência médica. Nenhum dos 18 estudos documentados revelou aumento na empatia autoavaliada entre formados em medicina. Dois dos estudos mostraram aumento da empatia durante os primeiros anos de faculdade, mas houve declínio significativo ao entrar na fase de prática clínica, quando os alunos tiveram contato com os pacientes.

Os estudantes de medicina experimentam mudanças de comportamento ao longo do curso em decorrência da convivência com a doença, o sofrimento e a dificuldade em prover assistência adequada aos pacientes. Isto reduz o seu idealismo inicial e resulta em afastamento do paciente como mecanismo de defesa, contribuindo para a desumanização da assistência (MORETO; BLASCO, 2012). É interessante notar que a magnitude do declínio foi maior entre os homens em comparação com as mulheres, e entre aqueles que seguiram carreiras voltadas para a tecnologia em comparação com suas contrapartes em especialidades orientadas para as pessoas (HOJAT et al., 2009).

O declínio da empatia pode ser associado a aspectos relativos à pressão e estresse mais frequentes com o avanço do curso, momento em que os alunos são sobrecarregados com atividades e responsabilidades, o que pode contribuir para a perda da qualidade de vida e ocasionar o esgotamento emocional ou *burnout*. Outros fatores que dificultam o desenvolvimento da empatia se referem à falta de atenção a esse aspecto nos cursos de medicina, a interações negativas com pares e/ou professores e às condições adversas de trabalho (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

As relações empáticas na Pediatria são essenciais para se alcançar uma boa relação médico-paciente e bons resultados terapêuticos. Em um contexto de atenção à saúde pediátrica, o atendimento envolve a tríade médico-acompanhante-paciente e necessita de relação de confiança e respeito, que facilitará o fluxo de informações e explicações, resultando em melhora clínica e melhor adesão ao tratamento. Sendo assim, deve-se estudar e compreender as definições de empatia de acordo com a literatura e estudar melhor os fatores relacionados ao seu aumento ou declínio, o que permitirá planejar estratégias de ensino capazes de melhorar a empatia dos estudantes e médicos em relação ao paciente pediátrico e seus responsáveis. Não foram identificados estudos analisando a empatia dos estudantes de medicina e médicos em relação ao paciente pediátrico na revisão da literatura. Portanto, é importante conhecer melhor essa realidade.

3 OBJETIVOS

O objetivo principal desse trabalho foi avaliar o nível de empatia em estudantes de medicina em relação ao paciente pediátrico.

Os objetivos específicos foram:

- avaliar o nível de empatia dos estudantes de medicina em relação ao paciente pediátrico em diferentes períodos do curso de medicina;
- avaliar fatores que influenciam na empatia, como características sociodemográficas e tipo de especialidade médica pretendida, entre outros.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no Curso de Medicina do Campus Alfenas da Universidade José do Rosário Vellano e no Hospital Universitário Alzira Velano.

4.1 População e amostra

Foram incluídos no estudo alunos do 4° e 6° anos do curso de medicina. A amostra dos participantes foi não probabilística de conveniência. Foram escolhidos os participantes do 4° ano, pois nesse período os alunos já tiveram contato com os pacientes pediátricos no 3° ano na disciplina de Semiologia Pediátrica e em ambulatórios de Pediatria. Os alunos do 6° ano já realizaram o Internato de Pediatria e tiveram contato com o paciente pediátrico em ambulatórios, pronto atendimento e setores de emergência no 5° ano. O estágio curricular da pediatria tem 45 dias por ano de atividades e aulas dirigidas para o paciente pediátrico. Dos 156 alunos matriculados no 4° ano, 96 alunos já tinham cursado o estágio curricular de Pediatria, assim como dos 150 alunos matriculados no 6° ano, 100 alunos já haviam cursado pediatria. Dessa forma, a população potencial do estudo era composta por 196 alunos.

O critério de inclusão foi ser aluno de medicina do 4° ou 6° ano do curso, ter concluído o estágio curricular de Pediatria e assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE 1).

Foram excluídos todos os acadêmicos reprovados no estágio curricular de Pediatria, com a matrícula trancada ou afastados por outros motivos e aqueles que não assinaram o TCLE.

Os alunos foram convidados a participar por convites presenciais em sala de aula, reuniões da Liga de Pediatria ou e-mail.

4.2 Procedimentos

A pesquisa utilizou o instrumento Escala de Empatia de Jefferson (JSE), versão adaptada para a população brasileira por Paro et al. (2012) (ANEXO 1), e um questionário sociodemográfico construído pelos autores (APÊNDICE 2). A JSE é o instrumento mais pesquisado e utilizado na avaliação de empatia e já foi traduzido para 56 idiomas (HOJAT et al., 2018). Existem três

versões da JSE, cada uma para uma população específica: estudantes de medicina, profissionais de saúde de nível superior e estudantes de outras áreas da saúde que não medicina (HOJAT; LANOUE, 2014). Como não foi identificado na literatura instrumento específico de empatia em pediatria, optou-se por utilizar a escala de empatia de Jefferson.

A escala permite avaliar a percepção do estudante acerca do seu comportamento empático na prestação de cuidados ao paciente e da relevância da qualidade da relação médico-paciente (HOJAT et al., 2009). A JSE avalia o aspecto cognitivo, a perspectiva e a capacidade em se colocar no lugar do paciente. Contém 20 perguntas, sendo de simples aplicação e rápido preenchimento. Os itens são respondidos em escala do tipo Likert de 7 pontos (1 - Discordo totalmente a 7 - Concordo fortemente). Para efeito de pontuação, 10 itens (1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19), formulados na negativa, são recodificados inversamente. Posteriormente, o valor da pontuação de cada item é somada. O escore global varia de 20 a 140 pontos. Quanto maior o escore total, maior é o nível de empatia (AGUIAR et al., 2009; PARO et al., 2012). A versão brasileira da JSE possui três domínios: "Tomada de perspectiva" (sete itens - 4, 5, 9, 10, 13, 17 e 18), "Cuidado compassivo" (11 itens - 1, 2, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 19 e 20) e "Capacidade de se colocar no lugar do outro" (dois itens - 3 e 6) (PARO et al., 2012).

Antes da aplicação dos questionários, o pesquisador ressaltou que os questionários deveriam ser preenchidos pensando no atendimento pediátrico. O pesquisador certificou-se que a orientação havia ficado clara para os estudantes. O questionário sociodemográfico, que foi preenchido antes da escala de empatia, enfatizava o relacionamento pediátrico nas seguintes perguntas:

- Gosta de atender Pediatria?;
- Acha difícil o exame físico na criança?;
- Gosta de estudar patologias pediátricas?;
- Acha importante ter um contato próximo com o paciente pediátrico em ambulatórios, pronto atendimento e setores de emergência?;
- Já teve contato com paciente pediátrico grave?;
- Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis dos pacientes pediátricos?

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido com o objetivo de avaliar variáveis que possam influenciar na empatia, como idade, sexo, filhos, irmãos, número de irmãos, irmãos mais novos, estado civil, opção de área de atuação médica, ter outra graduação, doença grave pessoal ou na família, diagnóstico prévio de doença mental (autorrelato) e a relação com pacientes pediátricos.

4.3 Análise estatística

O desfecho principal foi o escore global de empatia e os desfechos secundários os níveis dos diferentes domínios de empatia medidos pela JSE. A principal variável de exposição foi o ano do curso de medicina, dividido em dois grupos: quarto ano e sexto ano. O banco de dados foi construído utilizando-se o software Remark Office OMR (Remark, USA) e a análise estatística feita pelo software IBM® SPSS® Statistics v. 19 (IBM, USA). Antes da análise estatística, foi feita conferência manual do banco de dados e conferência por amplitude e lógica, para garantir a integridade dos dados. O escore global e os escores dos domínios foram calculados por meio do SPSS®.

A análise descritiva utilizou média e desvio padrão para variáveis contínuas e distribuição de frequência para variáveis categóricas. Utilizou-se o teste t de *Student* para comparação dos escores de empatia e as diversas variáveis categóricas. O teste exato de Fisher bicaudal foi utilizado na comparação entre variáveis categóricas. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a associação idade e os escores de empatia. Realizou-se análise de regressão múltipla entre as variáveis que apresentaram $p < 0,25$ na análise bivariada. Foi considerado o nível de significância de 0,05.

4.4 Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UNIFENAS (Parecer nº 3.065.732 - ANEXO 2). Todos participantes assinaram o TCLE antes de sua inclusão e todos os esforços foram feitos para a manutenção do sigilo das informações.

Nenhum dos estudantes recebeu pagamento ou benefício pessoal por sua participação no estudo. As avaliações foram aplicadas em dias de aula habitual dos estudantes, sua participação também não implicou em nenhuma despesa adicional.

5 RESULTADOS

No período de fevereiro de 2019 a abril de 2019, 159 estudantes concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. Desses, 10 (6,2%) foram excluídos por preenchimento incompleto do questionário. A amostra final foi de 149 estudantes, sendo 74 (49,7%) do quarto ano e 75 (50,3%) do sexto ano de medicina. Esse total representa 76,0% dos 196 alunos que preenchiam o critério de inclusão, sendo 77,1% dos alunos elegíveis do 4º ano (74/96) e 75,0% dos alunos elegíveis do 6º ano (75/100).

5.1 Caracterização da população

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e pessoais dos 149 estudantes de acordo com o ano do curso. Observa-se predomínio de pessoas do sexo feminino (91 - 61,1%) e de solteiros (144 - 96,6%). A média de idade foi de 23,9±2,6 anos. Apenas dois (1,9%) participantes tinham filhos. Dez (6,7%) apresentavam graduação prévia. A maior parte deles (134 - 89,9%) relataram ter irmãos, sendo que 75 (56,0%) tinham irmãos mais novos. Setenta e oito (58,2%) participantes tinham apenas um irmão, 39 (29,1%) dois irmãos e 17 (12,7%) três ou mais irmãos. Vinte e quatro (16,1%) estudantes relataram ter doença crônica pessoal. Percentual significativamente maior de estudantes do sexto ano relatou doença crônica familiar (46,7% *versus* 25,6%; $p = 0,010$). Os distúrbios mentais, autorrelatados, também foram significativamente mais frequentes entre estudantes do sexto ano (18,7% *versus* 6,8%; $p = 0,047$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e pessoais dos 149 estudantes de acordo com ano do curso (continua)

Variável		4º ano (n=74)		6º ano (n=75)		Total (n=149)	
		N	%	N	%	n	%
Sexo	Masculino	29	39,2	29	38,7	58	38,9
	Feminino	45	60,8	46	61,3	91	61,1
Estado civil	Solteiro	73	98,6	71	94,7	144	96,6
	Casado	0	0,0	4	5,3	4	2,7
	Separado	1	1,4	0	0,0	1	0,7
Filhos	Sim	2	2,7	0	0,0	2	1,3
	Não	72	97,3	75	100	147	98,7
Graduação prévia	Sim	5	6,8	5	6,7	10	6,7
	Não	69	93,2	70	93,3	139	93,3
Tem irmãos	Sim	68	91,9	66	88,0	134	89,9
	Não	6	8,1	9	12,0	15	10,1

Tabela 1 - Características sociodemográficas e pessoais dos 149 estudantes de acordo com ano do curso (conclusão)

Tem irmãos mais novos	Sim	36	52,9	39	59,1	75	56,0
	Não	32	47,1	27	40,9	59	44,0
Número de irmãos	1	38	55,9	40	60,6	78	58,2
	2	23	33,8	16	24,2	39	29,1
	>3	7	10,3	10	15,2	17	12,7
Doença crônica pessoal	Sim	11	14,9	13	17,3	24	16,1
	Não	63	85,1	62	82,7	125	83,9
Doença crônica familiar*	Sim	19	25,7	35	46,7	54	36,2
	Não	55	74,3	40	53,3	95	63,8
Distúrbio mental prévio**	Sim	5	6,8	14	18,7	19	12,8
	Não	69	93,2	61	81,3	130	87,2
Idade	Média	23,1		24,8		24,0	
	Desvio padrão	2,7		2,3		2,6	

* p=0,010; **p=0,047

Em relação à opção da área de atuação médica, a maioria dos estudantes apresentaram a pretensão em realizar a residência de Clínica Médica (44 - 29,9%), 31 (21,1%) em Clínica Cirúrgica, 16 (10,9%) Pediatria e 13 (8,8%) em Ginecologia e Obstetrícia (Tabela 2). Os estudantes do sexto ano manifestaram maior pretensão em realizar residência de Pediatria (9 - 12,2%) em comparação com os estudantes que estavam na metade do curso (7 - 9,6%), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Tabela 2 - Opção da área de atuação médica dos 149 estudantes de acordo com ano do curso

Variável	4º ano (n=74)		6º ano (n=75)		Total (n=149)	
	N	%	N	%	n	%
Clínica médica	21	28,8	23	31,1	44	29,9
Clínica cirúrgica	22	30,1	9	12,2	31	21,1
Pediatria	7	9,6	9	12,2	16	10,9
Ginecologia e obstetrícia	5	6,8	8	10,8	13	8,8
Radiologia	4	5,5	3	4,1	7	4,8
Anestesiologia	4	5,5	2	2,7	6	4,1
Neurocirurgia	2	2,7	1	1,4	3	2,0
Saúde da família e comunidade	0	0,0	3	4,1	3	2,0
Ortopedia	0	0,0	2	2,7	2	1,4
Urgência e Emergência	1	1,4	1	1,4	2	1,4
Psiquiatria	0	0,0	2	2,7	2	1,4
Oftalmologia	0	0,0	2	2,7	2	1,4
Dermatologia	0	0,0	2	2,7	2	1,4
Várias opções	7	9,6	7	9,5	14	9,5
Total	73	100	74	100	147	100

Como observado na Tabela 3, apesar de apenas 16 (10,7%) participantes pretenderem fazer Pediatria, mais da metade (101 - 67,8 %) gosta de atender crianças e 104 (70,3%) gostam de estudar doenças pediátricas. A maior parte dos participantes (101 - 67,8%) acha difícil realizar o exame físico na criança. A maior parte deles (143 - 96,6%) acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios e setores de emergência durante a graduação e 125 (83,9%) ficam à vontade para conversar com os responsáveis dos pacientes pediátricos durante atendimento. A metade deles já teve contato com paciente pediátrico grave, mas o percentual de alunos nessa situação é significativamente no sexto ano (76,0% versus 25,7%, $p < 0,001$).

Tabela 3 - Variáveis relacionadas ao atendimento pediátrico entre 149 estudantes de acordo com ano do curso

Variável		4º ano (n=74)		6º ano (n=75)		Total (n=149)	
		N	%	N	%	n	%
Pretende fazer Pediatria?	Sim	7	9,5	9	12,0	16	10,7
	Não	67	90,5	66	88,0	133	89,3
Gosta de atender crianças?	Sim	49	66,2	52	69,3	101	67,8
	Não	25	33,8	23	30,7	48	32,2
Gosta de estudar doenças pediátricas?	Sim	48	64,9	56	75,7	104	70,3
	Não	26	35,1	18	24,3	44	29,7
Acha difícil fazer exame físico na criança?	Sim	55	74,3	46	61,3	101	67,8
	Não	19	25,7	29	38,7	48	32,2
Já teve contato com paciente pediátrico grave?*	Sim	19	25,7	57	76,0	76	51,0
	Não	55	74,3	18	24,0	73	49,0
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, pronto atendimento e emergência?	Sim	71	97,3	72	96,0	143	96,6
	Não	2	2,7	3	4,0	5	3,4
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis dos pacientes pediátricos?	Sim	62	83,8	63	84,0	125	83,9
	Não	12	16,2	12	16,0	24	16,1

* $p < 0,001$

5.2 Níveis de empatia

A Tabela 4 ilustra o escore global e por domínios de empatia de acordo com o ano do curso. De modo geral, observa-se que os escores global do quarto e sexto ano são semelhantes, não apresentando diferenças estatisticamente significativa. Comparando-se os escores por domínios dos estudantes de medicina, observa-se uma média de $70,5 \pm 6,8$ para o domínio “Cuidado compassivo”, seguido de $39,9 \pm 5,4$ no domínio “Tomada de perspectiva” e de $8,9 \pm 3,0$ no domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro”.

Tabela 4 - Escore global de empatia e por domínios de 149 estudantes de acordo com ano do curso

Variável	4º ano (n=74)		6º ano (n=75)		Total (n=149)		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	
Escore global	118,1	15,1	118,8	15,5	118,5	15,3	0,701
Cuidado compassivo	70,2	6,8	70,8	6,9	70,5	6,8	0,604
Tomada de perspectiva	38,9	5,3	39,1	5,5	39,9	5,4	0,881
Capacidade de se colocar no lugar do outro	8,9	3,0	8,9	3,1	8,9	3,0	0,939

D.P. - Desvio padrão

A Tabela 5 ilustra a média e o desvio padrão do escore global da escala de Jefferson de acordo com outras variáveis. De modo geral, não houve diferenças significativas entre as diferentes variáveis analisadas, exceto em relação ao sexo. As mulheres apresentaram escore global significativamente mais elevado do que os homens ($120,4 \pm 9,2$ versus $115,4 \pm 12,2$; $p = 0,005$).

Tabela 5 - Média e desvio padrão do escore global da Escala de Jefferson de acordo com as características pessoais de 149 estudantes de medicina

Variável	Feminino		Masculino		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Sexo	120,4	9,2	115,4	12,2	0,005
Variável	Sim		Não		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Tem outra graduação?	119,5	10,9	118,4	10,7	0,753
Tem irmãos?	118,2	10,8	121,0	10,2	0,336
Tem irmão(s) mais novo(s)?	117,3	11,1	119,3	10,4	0,292
Possui algum tipo de doença crônica pessoal?	121,3	10,8	117,9	10,7	0,159
Possui algum tipo de doença crônica familiar?	119,5	9,3	117,8	11,5	0,358
Já teve diagnóstico prévio de algum distúrbio psiquiátrico?	119,4	10,2	118,3	10,8	0,678
Pretende fazer Pediatría?	120,6	7,5	118,2	11,0	0,409
Gosta de atender crianças?	118,5	10,1	118,3	12,0	0,932
Gosta de estudar doenças pediátricas?	118,3	10,4	118,6	11,6	0,880
Acha difícil fazer exame físico na criança?	119,0	9,6	117,2	12,8	0,351
Já teve contato com paciente pediátrico grave?	118,7	11,0	118,2	10,5	0,787
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, Pronto atendimento e emergência?	118,2	10,4	123,2	17,3	0,301
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis (exemplo: pais, avós) dos pacientes pediátricos?	118,0	10,6	120,5	11,3	0,311

D.P. - desvio padrão

As Tabelas de 6 a 8 mostram a comparação entre os domínios da Escala de Jefferson e os demais variáveis. Em relação ao domínio “Cuidado compassivo”, o escore foi significativamente mais elevado no sexo feminino ($71,9 \pm 5,6$ versus $68,3 \pm 7,9$; $p=0,030$) e naqueles que relataram possuir doença crônica na família ($72 \pm 5,0$ versus $69,7 \pm 7,6$; $p=0,027$). É interessante destacar que os estudantes que relataram achar o exame físico na criança difícil apresentaram escores mais elevados, $71,4 \pm 6,0$ versus $68,8 \pm 8,0$; com $p=0,050$ (Tabela 6).

Tabela 6 - Média e desvio padrão do domínio “Cuidado compassivo” da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina

Variável	Feminino		Masculino		P
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Sexo	71,9	5,6	68,3	7,9	0,030
Variável	Sim		Não		P
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Tem outra graduação?	69,7	5,6	70,6	6,9	0,685
Tem irmãos?	70,4	7,0	72,0	4,1	0,366
Tem irmão(s) mais novo(s)?	70,0	7,8	71,1	5,6	0,312
Possui algum tipo de doença crônica pessoal?	71,7	5,6	70,3	7,0	0,349
Possui algum tipo de doença crônica familiar?	72,0	5,0	69,7	7,6	0,027
Já teve diagnóstico prévio de algum distúrbio psiquiátrico?	70,0	7,9	70,6	6,7	0,708
Pretende fazer Pediatria?	73,0	4,2	70,3	7,0	0,129
Gosta de atender crianças?	70,7	6,5	70,1	7,4	0,584
Gosta de estudar doenças pediátricas?	70,6	6,1	70,2	8,3	0,742
Acha difícil fazer exame físico na criança?	71,4	6,0	68,8	8,0	0,050
Já teve contato com paciente pediátrico grave?	71,0	6,5	70,0	7,2	0,414
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, Pronto atendimento e emergência?	70,5	6,8	71,2	7,7	0,810
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis (exemplo: pais, avós) dos pacientes pediátricos?	70,3	6,8	71,7	6,9	0,366

D.P. - desvio padrão

Não houve diferença estatística comparando o domínio “Tomada de perspectiva” com as variáveis sociodemográficas e pessoais (Tabela 7).

A Tabela 8 compara os escores do domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro” em relação às demais variáveis. Os estudantes com relato de ter irmãos mais novos apresentaram menor escore nesse domínio ($8,3 \pm 2,8$ versus $9,5 \pm 3,2$ $p=0,026$). Estudantes que não gostam de atender crianças apresentaram escores significativamente maiores ($9,6 \pm 2,8$ versus $8,5 \pm 3,1$; $p=0,036$) que os gostam de atender crianças (Tabela 8).

Tabela 7 - Média e desvio padrão do domínio “Tomada de perspectiva” da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina

Variável	Feminino		Masculino		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Sexo	39,6	5,3	38,1	5,5	0,124
Variável	Sim		Não		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Tem outra graduação?	39,6	5,4	39,0	5,4	0,730
Tem irmãos?	38,9	5,4	40,0	5,1	0,434
Tem irmão(s) mais novo(s)?	40,0	5,4	39,1	5,4	0,928
Possui algum tipo de doença crônica pessoal?	40,3	5,8	38,8	5,3	0,197
Possui algum tipo de doença crônica familiar?	38,6	6,1	39,2	4,9	0,521
Já teve diagnóstico prévio de algum distúrbio psiquiátrico?	40,4	4,5	38,8	5,4	0,230
Pretende fazer Pediatria?	39,1	5,9	39,0	5,4	0,939
Gosta de atender crianças?	39,2	5,5	38,6	5,1	0,513
Gosta de estudar doenças pediátricas?	38,7	5,6	39,6	4,9	0,376
Acha difícil fazer exame físico na criança?	38,8	5,4	39,5	5,5	0,444
Já teve contato com paciente pediátrico grave?	39,1	5,6	38,9	5,2	0,834
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, Pronto atendimento e emergência?	38,9	5,3	40,6	7,1	0,491
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis (exemplo: pais, avós) dos pacientes pediátricos?	38,8	5,5	40,4	5,0	0,183

D.P. - desvio padrão

Tabela 8 - Média e desvio padrão do domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro” da Escala de Jefferson de acordo com as variáveis de 149 estudantes de medicina

Variável	Feminino		Masculino		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Sexo	8,9	3,0	8,9	3,1	0,886
Variável	Sim		Não		p
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Tem outra graduação?	10,2	2,9	8,8	3,1	0,161
Tem irmãos?	8,9	3,0	8,9	3,9	0,980
Tem irmão(s) mais novo(s)?	8,3	2,8	9,4	3,2	0,026
Possui algum tipo de doença crônica pessoal?	9,2	2,7	8,8	3,1	0,575
Possui algum tipo de doença crônica familiar?	8,9	3,1	8,9	3,1	0,963
Já teve diagnóstico prévio de algum distúrbio psiquiátrico?	9,0	3,3	8,9	3,0	0,863
Pretende fazer Pediatria?	8,4	2,5	8,9	3,1	0,537
Gosta de atender crianças?	8,5	3,1	9,6	2,8	0,036
Gosta de estudar doenças pediátricas?	9,0	3,0	8,8	3,1	0,764
Acha difícil fazer exame físico na criança?	8,8	3,2	9,0	2,8	0,843
Já teve contato com paciente pediátrico grave?	8,6	3,1	9,2	3,0	0,213
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, Pronto atendimento e emergência?	8,8	3,1	11,4	2,9	0,059
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis (exemplo: pais, avós) dos pacientes pediátricos?	9,0	3,0	8,4	3,3	0,414

D.P. - desvio padrão

A Tabela 9 representa a correlação entre idade e escore global e por domínios de empatia. A correlação entre as duas variáveis foi fraca ($R < 10$) e sem significância estatística.

Tabela 9 - Correlação entre idade e escore global da escala de Jefferson e seus domínios

Variável	R	p*
Escore total	0,030	0,719
Cuidado compassivo	-0,006	0,946
Tomada de perspectiva	0,010	0,899
Capacidade de se colocar no lugar do outro	0,098	0,234

* teste de correlação de Pearson

5.3 Análise multivariada

Além das variáveis com $p < 0,25$ na análise bivariada, foram incluídas na análise multivariada a variável sexo e “pretende fazer Pediatría”, uma vez apenas algumas indicaram a intenção de fazer a especialidade (dados não apresentados). A Tabela 10 apresenta os valores de p_{bruto} (análise bivariada) e p_{ajustado} pela análise multivariada. As mulheres apresentaram escore estatisticamente superior ($p_{\text{ajustado}}=0,009$) que os homens no escore global, assim como no domínio “Cuidado compassivo” ($p_{\text{ajustado}}=0,013$). Ainda nesse domínio, a relação entre escores mais elevados e doença crônica familiar e dificuldade de fazer o exame físico na criança permaneceu estatisticamente significativa após a análise multivariada, com $p_{\text{ajustado}}=0,038$ e $p_{\text{ajustado}}=0,037$, respectivamente. Nos outros dois domínios, “Tomada de perspectiva” e “Capacidade de se colocar no lugar do outro”, nenhuma das variáveis mostrou significância estatística na análise multivariada.

Tabela 10 - Regressão múltipla de variáveis selecionadas por escore global de empatia e seus diferentes domínios (continua)

Variável	Coeficientes não padronizados		Pbruto	Pajustado
	Beta	Erro padrão		
Escore total				
Sexo	-4,904	1,842	0,005	0,011
Pretende fazer Pediatría	0,410	2,909	0,409	0,943
Doença crônica pessoal	1,561	1,801	0,159	0,276

Tabela 10 - Regressão múltipla de variáveis selecionadas por escore global de empatia e seus diferentes domínios (conclusão)

Cuidado compassivo	Beta	Erro padrão	Pbruto	Pajustado
Sexo	-2,900	1,153	0,030	0,013
Pretende fazer Pediatria	2,436	1,836	0,129	0,187
Doença crônica familiar	2,316	1,108	0,027	0,038
Acha difícil fazer exame físico na criança	2,470	1,173	0,050	0,037
Tomada de perspectiva	Beta	Erro padrão	Pbruto	Pajustado
Sexo	-1,372	0,954	0,124	0,153
Pretende fazer Pediatria	-0,497	1,518	0,939	0,744
Doença crônica pessoal	0,961	1,232	0,197	0,436
Distúrbio mental prévio	1,683	1,346	0,230	0,213
Sente-se à vontade para conversar com os responsáveis dos pacientes pediátricos?	-1,391	1,235	0,183	0,153
Capacidade de se colocar no lugar do outro	Beta	Erro padrão	Pbruto	Pajustado
Sexo	-1,457	0,965	0,886	0,133
Pretende fazer Pediatria	-0,568	1,547	0,537	0,714
Graduação prévia	0,415	1,810	0,161	0,819
Tem irmão mais novo	0,055	0,903	0,026	0,952
Gosta de atender crianças	0,643	1,033	0,036	0,535
Acha importante ter contato com paciente pediátrico em ambulatórios, pronto atendimento e emergência?	-2,739	2,591	0,059	0,292

6 DISCUSSÃO

A empatia é uma habilidade muito importante na prática médica. Em Pediatria, ela assume um papel central na relação médico-paciente-cuidador devido as peculiaridades nesse atendimento. O objetivo principal desse estudo foi avaliar o nível de empatia em estudantes de medicina em relação ao paciente pediátrico e seus acompanhantes por meio da Escala de Empatia de Jefferson.

Os resultados indicaram níveis elevados de empatia em relação ao escore global, $118,5 \pm 15,3$ (84,6% dos pontos possíveis), “Cuidado compassivo”, $70,5 \pm 6,8$ (91,6% do total do total possível) e “Tomada de perspectiva”, $39,9 \pm 5,4$ (81,4% do total possível). O domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro” apresentou pontuação baixa $8,9 \pm 3,0$ (63,6% do total de pontos possíveis). Os dados da análise global e de todos os fatores evidenciaram níveis elevados de empatia nos estudantes frente ao atendimento do paciente pediátrico. O estudo de Nascimento et al. (2018) avaliou 152 alunos do último curso de medicina em Goiânia e observou dados semelhantes, com escore global de $117,0 \pm 13,9$, “Cuidado compassivo” ($69,1 \pm 8,6$), “Tomada de perspectiva” ($39,4 \pm 6,3$) e “Capacidade de se colocar no lugar do outro” ($8,5 \pm 3,0$). Paro et al. (2012), observaram também níveis elevados em empatia ($114,95 \pm 12,4$) em 296 estudantes de medicina do último ano do curso em São Paulo.

Nesse estudo, não se observou diferença entre o escore global de empatia e seus domínios entre os estudantes do quarto ano e sexto ano. Na literatura, segundo Hojat et al. (2009), ao realizar um estudo longitudinal em 2002 e 2004 com 456 estudantes de medicina no ingresso na faculdade nos EUA e posteriormente no final de cada ano letivo, mostraram que os escores de empatia não mudaram durante os dois primeiros anos da faculdade. No entanto, um declínio significativo nos escores de empatia foi observado no final do terceiro ano, que persistiu até a graduação. No estudo de Kataoka et al. (2009) avaliou-se a psicométrica de uma versão japonesa da Escala de Empatia de Jefferson em 400 estudantes da faculdade de medicina de Okayama em 2006 a 2007, evidenciando um aumento da empatia ao decorrer dos anos cursados na faculdade. Alguns fatores como culturais, a forma de ingresso do acadêmico na faculdade e o currículo das escolas médicas no Japão podem explicar essa diferença. Por exemplo, o vestibular para medicina no Japão é fortemente orientado para a ciência e não em disciplinas humanísticas e habilidades relacionadas ao profissionalismo, favorecendo a níveis menores de empatia. No Japão são oferecidos cursos especiais como história da medicina,

questões bioéticas, vida e morte e habilidades de comunicação ao longo da graduação médica, motivando os alunos e proporcionando aumentar da empatia ao longo do curso. De acordo com Magalhães et al. (2011), ao comparar esses estudos transversais no Japão e na Coreia com estudos americanos em relação aos níveis empáticos com o tempo de formação acadêmica, destacou para as evidências incertas sobre a generalização do declínio da empatia nas escolas de medicina.

A análise multivariada indicou que os voluntários do sexo feminino apresentaram escore global ($p_{ajustado}=0,011$) e do domínio “Cuidado compassivo” ($p_{ajustado}=0,013$) mais elevados. Esses achados são semelhantes a outros relatos da literatura, que também indicam que as mulheres possuem níveis mais elevados de empatia que os homens (AGUIAR et al., 2009; HOJAT et al., 2004; 2009; 2018; NEUMANN, 2011). Um estudo realizado na escola de medicina Osteopática nos Estados Unidos evidenciou que a diferença entre os sexos foi estatisticamente significativa $p_{ajustado} < 0,0001$, em uma amostra 6009 estudantes, sendo 53,0% homens e 47,0% mulheres, utilizando a Escala de Empatia de Jefferson (HOJAT et al., 2018). Segundo o estudo de Nascimento (2018), as mulheres tendem a estabelecer relações médico-paciente mais harmoniosas, colaborativas e democráticas. A mulher médica é capaz de entender com mais facilidade as particularidades e preferências de cada paciente, com maior cuidado compassivo.

Várias explicações podem ser oferecidas para diferença de sexo na empatia. Alguns autores sugerem que as mulheres são mais receptivas que os homens a sinais emocionais, uma qualidade que pode contribuir para uma melhor compreensão e, portanto, para um melhor relacionamento empático. Além disso, acredita-se que as mulheres desenvolvam atitudes mais cuidadoras em relação aos filhos do que os homens. As descobertas sobre diferenças de sexo na empatia estão de acordo com relatos de que as médicas passam mais tempo com seus pacientes, têm menos pacientes e desempenham atendimentos mais preventivos e orientados aos pacientes (HOJAT et al., 2002, NEUMANN et al., 2011, NASCIMENTO et al., 2018).

Outro ponto importante nesse estudo foi a relação dos níveis de empatia com a presença de doença crônica familiar, com escore significativamente mais alto para o domínio “Cuidado compassivo” entre os voluntários que relataram essa situação. Estudo realizado com 191 estudantes em uma faculdade de Medicina na Espanha, não encontrou associação entre empatia e doença pessoal ou familiar, mas identificou que alunos que tinham amigos doentes

apresentavam escore global de empatia mais elevado (ESQUERDA et al., 2016). Esse achado sugere que o contato com o doente crônico pode aumentar a capacidade de perceber problemas de outras pessoas.

A maior parte dos participantes desse estudo (101 - 67,8%) achou difícil realizar o exame físico na criança. Interessante observar que justamente os que relataram essa dificuldade, apresentaram níveis mais elevados no domínio “Cuidado compassivo”, talvez por serem capazes de compreender as preocupações e sentimentos em relação ao paciente pediátrico e seus acompanhantes, mesmo havendo dificuldades técnicas em desempenhar o exame físico.

As limitações deste estudo incluem seu desenho transversal e ter sido realizado em apenas um curso de medicina, o que pode comprometer a generalização dos resultados. Em relação ao instrumento em si, questionários autoaplicados tendem a superestimar os escores, uma vez que podem ser influenciados pela desejabilidade social no momento de seu preenchimento. Além disso, o Escala de Empatia de Jefferson, apesar de ser um dos instrumentos mais utilizados para avaliação de empatia, é um instrumento genérico, não sendo específico para o atendimento pediátrico, que possui peculiaridades em relação as outras especialidades. O fato dos valores encontrados nesse estudo serem muito semelhantes aos estudos que utilizaram a JSE no atendimento em geral e os estudantes não estarem fazendo Pediatria no momento da aplicação dos questionários, pode indicar foi medida em relação ao atendimento em geral e não ao atendimento pediátrico. Por outro lado, a revisão da literatura não identificou nenhum instrumento autoaplicado que avalie a atitude empática do médico ou estudante de medicina em relação a paciente pediátrico. Existe um instrumento para avaliação da empatia médica pelo paciente, o *Consultation and Relational Empathy* (CARE), que possui uma versão para pacientes adultos e uma para Pediatria (PLACE et al., 2016; ARIGLIANI et al., 2018). Ele avalia a capacidade do médico em compreender a situação do paciente, as circunstâncias familiares, perspectivas, sentimentos e a comunicação com os familiares. O CARE pediátrico, que ainda não foi adaptado para o Brasil, possui três versões:

- 5Q - para crianças de 7 a 11 anos;
- 10Q - para indivíduos com idade entre 12-16 anos; e
- 10Q PAIS - para pais de crianças com 0 a 6 anos ou para crianças incapazes de preencher.

Apesar de suas limitações, até onde se sabe, esse é o primeiro estudo que procurou avaliar a empatia dos estudantes de medicina em relação a pacientes pediátricos no Brasil, o que lhe confere um caráter inédito. Além disso, apresenta bom número de participantes, teve pequeno percentual de perdas e as associações observadas apresentam significância estatística e são plausíveis com os achados na literatura.

A empatia em Pediatria é tema de grande relevância para a educação e a prática profissional e precisa ser melhor estudado. Novos projetos nessa linha poderiam focar na adaptação transcultural e validação do CARE pediátrico para o português e no desenvolvimento de questionário autoaplicado que avalie a atitude empática em médicos e estudantes de medicina, utilizando o CARE pediátrico como parâmetro de controle ou comparação externa.

7 CONCLUSÕES

Os níveis de empatia (escore global e diferentes domínios) observados neste estudo foram elevados, com exceção do domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro”. Não se observou relação entre escore global de empatia e seus diferentes domínios e o período do curso médico. As mulheres apresentaram escore global de empatia mais elevado. As pessoas do sexo feminino, com familiares com doença crônica e com dificuldade de realizar o exame físico pediátrico apresentaram escore mais elevado no domínio “Cuidado compassivo”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a necessidade e importância de se criar um instrumento dirigido para a população pediátrica com peculiaridades adequadas para cada faixa etária e estágios de desenvolvimento pediátrico, pois a Escala de Empatia de Jefferson não é específica para esse atendimento, o que pode indicar que as medidas do estudo foram em relação ao atendimento geral e não ao paciente pediátrico.

Com o desenvolvimento de um instrumento de avaliação de empatia adequado para a população pediátrica, será possível estudar e entender melhor as relações entre os estudantes de medicina, médicos pediatras e os pacientes pediátricos, possibilitando aperfeiçoamento das relações empáticas com essa população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. et al. Empatia Médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. **Ata do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia**, Braga: Universidade do Minho, 2009.
- AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B; TOLEDO Jr., A. C. Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 14-28, 2018.
- ARIGLIANI, M. et al. Measuring empathy in pediatrics: -0 validation of the Visual CARE measure. **BMC Pediatrics**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 57, 2018.
- ARMELIN, C. B. et al. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 45-54, 2005.
- ASSUNÇÃO, R.; MATOS, P. A vinculação parental e amorosa em adolescentes: o papel da competência interpessoal e da tomada de perspectiva. **Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**, Portugal, p. 1574-1588, 2010.
- BLASCO, P. G. A arte médica (I): A formação e as virtudes do médico. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, p. 5-7, 2012.
- CLARK, N. M. et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. **European Respiratory Journal**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 15-21, 2000.
- COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campinas, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.
- DAVIS, M. A. A perspective on cultivating clinical empathy. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 76-79, may 2009.
- DAVIS, M. H. Measuring individual difference in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychological**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 113-126, 1983.
- ESQUERDA, M. et al. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. **Atención Primaria**, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 8-14, 2016.
- GABARRA, E.; CREPALDI. M. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-2018, jun. 2011.
- GOOLD, S. D.; LIPKIN M. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 26-33, jan 1999.

GUSSON, A. C. T.; LOPES, J. C. Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 115-120, 2010.

HOJAT, M. et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, [S. l.], v. 38, p. 934-941, 2004.

HOJAT, M. et al. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **American Journal of Psychiatry.**, [S. l.], v. 159, p. 1563-1569, 2002.

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

HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. **Advances in Health Sciences Education**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 899-920, July 2018.

HOJAT, M.; DESANTIS, J.; GONNELLA, S. J. Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics. **Journal of Patient Experience**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 78-83, 2017.

HOJAT, M.; LANOUE, M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. **International Journal of Medical Education**, [S. l.], v. 5, p. 73-81, April 2014.

HONAVAR, S. G. Patient-physician relationship - Communication is the key. **Indian Journal of Ophthalmology**, [S. l.], v. 66, n. 11, p. 1527-1528, Nov. 2018.

KANE, G. C. et al. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. **Clinical Science**, Philadelphia, v. 48, n. 6, p. 81-86, 2007.

KATAOKA, H. U. et al. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Student: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 84, n. 9, p. 1192-1197, September 2009.

KOHLSDORFI, M; COSTA, A. Comunicação em pediatria: revisão sistemática da literatura. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 539-552, 2013.

KOHLSDORFI, M; COSTA, A. Comunicação triádica em pediatria: revisão de literatura. **Temas Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 1-17, 2016.

LEVETOWN, M. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. **Pediatrics**, [S. l.], v. 121, n. 5, p. 1441-1460, June 2008.

LEVISON, W; PIZZO, P. Patient-Physician Communication: it's about time. **JAMA**, [S. l.], v. 305, n. 17, p. 1802-1803, May 2011.

- LUECKE Jr., P. E. The history of pediatrics at Baylor University Medical Center. **Proceedings Baylor University Medical Center**, Dallas, v. 17, n. 1, p. 56-60, jan. 2004.
- MAGALHÃES, E. et al. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, [S. l.], v. 11, n. 52, p. 1-7, July 2011.
- MORETO, G.; BLASCO, P. G. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, p. 7-12, 2012.
- NASCIMENTO, H. C. F. et al. Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n.1, p. 150-158, 2018.
- NEUMANN, M. et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. **Academic Medicine**, [S. l.], v. 86, n. 8, p. 996-1009, August 2011.
- PARO, H. B. M. S. et al. Brazilian Version of the Jefferson Scale of Empathy: Psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, [S. l.], v. 12, n. 73, p. 1-7, 2012.
- PESSOA, J. H. L. O Exercício da pediatria nos dias atuais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 22, p. 188-189, 2004.
- PLACE, M. A. et al. A preliminary evaluation of the Visual CARE Measure for use by Allied Health Professionals with children and their parents. **Journal of Child Health Care**, v. 20, n. 1, p. 55-67, 2016.
- SILVA, R. L. **Pediatras**: guardiões da saúde das crianças. [Rio de Janeiro], [201-]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/importancia-do-pediatra/>. Acesso em: 21 agosto 2018.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano está descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: Feminino Masculino

Identidade: _____ - Órgão Expedidor: _____ - Data de Nascimento: ____/____/____

Responsável legal (se aplicável): _____ Gênero: Feminino Masculino

Identidade: _____ - Órgão Expedidor: _____ - Data de Nascimento: ____/____/____

2. Dados da pesquisa:

- a. Título do Projeto: Estudo da empatia em acadêmicos de medicina em relação ao paciente pediátrico e seus acompanhantes
- b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso: UNIVERSIDADE "JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO" Departamento de Pós Graduação, Faculdade de Medicina da Unifenas, Mestrado em Ensino em Saúde
- c. Projeto: Unicêntrico Multicêntrico
- d. Instituição Co-participante: Hospital Universitário Alzira Vellano (HUAV)
- e. Patrocinador: Unifenas e Próprio
- f. Professor Orientador: Prof. Doutor Silvana Maria Élot Santos
- g. Pesquisador Responsável: Estudante de Pós-graduação Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar como evolui a habilidade da empatia entre acadêmicos de medicina do 4º e 6º ano em relação ao paciente pediátrico do Hospital Universitário Alzira Vellano, na cidade de Alfenas/MG. Pretendemos verificar se durante o período de formação médica, há agregação ou não da habilidade de empatia na assistência médica.

4. Justificativa da pesquisa:

A empatia é uma habilidade muito importante na relação médico-paciente e tem seu treinamento inserido na grade curricular, no entanto não é avaliada no contexto da atividade médica. Queremos avaliar até que ponto essa habilidade vem sendo desenvolvida em nossos acadêmicos e quais os fatores estão relacionados ao desenvolvimento, ou não, desta habilidade. Com esses dados, poderemos avaliar e aprimorar as estratégias de ensino educacionais para o desenvolvimento da habilidade da empatia durante o período de formação acadêmica.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

O universo de pesquisa envolve acadêmicos do 4º e 6º ano do curso de medicina. Será utilizada a escala de auto relato, Jefferson Scale of Physician Empathy Revised (JSPE-R). Trata-se de um instrumento já validado para a língua portuguesa, que contém 20 perguntas, apresentadas numa escala Likert com 7 posições sendo 1 = discordo fortemente e 7 = concordo fortemente. Trata-se de uma escala de simples apresentação, fácil preenchimento e de rápida aplicação (10 minutos). Esta escala tem como função a avaliação do atributo cognitivo que envolve a capacidade de compreender a dor do paciente, sofrimento e perspectiva combinada com a capacidade de comunicar esse entendimento e a intenção de ajudar. Será também aplicado, um questionário sócio demográfico contendo 15 itens que tem como objetivo avaliar algumas variáveis que possam ser relacionadas à escala de auto-relato, Jefferson scale of physician empathy revised (JSPE-R) como: idade, gênero, especialidade de interesse, se já concluiu outra graduação na área de saúde, experiência com doença grave na família ou pessoal, contato com crianças. Esse questionário foi construído para essa pesquisa, pelo próprio investigador, com o objetivo de verificar se haveria associação de alguma de suas variáveis com escala de autorrelato e correlacioná-las com o desfecho do presente estudo.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa: Risco Mínimo Risco Baixo Risco Médio Risco Alto

O presente trabalho apresenta um pequeno risco, pelo constrangimento de responder aos questionários. Os questionários não serão identificados e, portanto, existe risco mínimo de quebra de confidencialidade e ou exposição do participante.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Avaliar se as estratégias pedagógicas em nosso programa curricular médico, são capazes de influenciar a evolução da empatia. Se não, definir os fatores que se relacionam ao desenvolvimento desta habilidade, afim de podermos aprimorar nosso projeto pedagógico com o objetivo de obtermos a melhoria dessa habilidade no acadêmico.

8. Despesas, compensações e indenizações:
- Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
 - Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.
9. Direito de confidencialidade:
- Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
 - Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
 - Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.
10. Acesso aos resultados da pesquisa:
Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
11. Acesso aos resultados da pesquisa:
Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.
12. Liberdade de retirada do consentimento:
Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.
13. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:
Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.
- Pesquisador: Natara Silva Cosmo de Araújo
Telefone: 35-991163364
Email: nalaracosmo@yahoo.com.br
14. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:
Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:
- Comitê de Ética - UNIFENAS:
Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas - MG
Tel: (35) 3299-3137
Email: comitedeetica@unifenas.br
Horário de funcionamento: segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderet retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

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

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário

Representante Legal

Pesquisador Responsável

--	--

APÊNDICE 2 - Questionário Sociodemográfico

Questionário Sócio-demográfico

1. Qual sua idade: _____ anos
2. Género: Feminino Masculino
3. Estado civil: Casado(a) Solteiro(a) Separado(a) União estável Viúvo(a)
4. Tem filhos: Sim Não
5. Possui algum tipo de doença crónica pessoal: Sim Não
6. Possui algum tipo de doença crónica familiar: Sim Não
7. Tem outra graduação na área da saúde: Sim Não
8. Período do curso de medicina: _____
9. Qual sua opção da área de atuação médica:

<input type="radio"/> Clínica médica	<input type="radio"/> Anestesiologia
<input type="radio"/> Pediatria	<input type="radio"/> Neurocirurgia
<input type="radio"/> Ginecologia e obstetrícia	<input type="radio"/> Saúde da família
<input type="radio"/> Radiologia	<input type="radio"/> Urgência e emergência
<input type="radio"/> Ortopedia	<input type="radio"/> Outros: _____
<input type="radio"/> Clínica Cirúrgica	
10. Gosta de atender crianças: Sim Não
11. Acha difícil fazer o exame físico do paciente pediátrico: Sim Não
12. Gosta de estudar as patologias pediátricas: Sim Não
13. Acha importante ter um contato próximo com o paciente pediátrico em ambulatórios, pronto atendimentos e setores de emergência na graduação: Sim Não
14. Já teve contato com o paciente pediátrico grave: Sim Não
15. Sente-se a vontade para conversar com os responsáveis (exemplo : pais, avós) dos pacientes pediátricos? Sim Não

ANEXO 1 - Escala de Jefferson de Empatia Médica

Escala de Jefferson de Empatia Médica

De acordo com a relação médico paciente em um atendimento pediátrico, indique para cada afirmação, o seu nível de concordância ou discordância de acordo com a escala abaixo:

Matricula: _____

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

ANEXO 2 - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da empatia em acadêmicos de medicina em relação ao paciente pediátrico e seus acompanhantes

Pesquisador: NAIARA SILVA COSMO DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03107718.0.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.065.732

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rodovia MG 179 km 0

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137

Fax: (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br