

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Paula Vilaça Ribeiro Cançado

**EFEITO DO USO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE DURANTE O
ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM UMA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
ORTOPEDIA**

Belo Horizonte

2020

Paula Vilaça Ribeiro Cançado

**EFEITO DO USO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE DURANTE O
ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM UMA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
ORTOPEDIA**

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

**Orientador: Prof. Dr. José Maria Peixoto
Coorientadora: Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura**

Belo Horizonte

2020

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

61-057(043.3)

C228e Cançado, Paula Vilaça Ribeiro.

Efeito do uso do mapa da empatia em saúde durante o atendimento ambulatorial em uma residência médica de ortopedia. [manuscrito] / Paula Vilaça Ribeiro Cançado. -- Belo Horizonte, 2020.

73 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2020.

Orientador : Prof. Dr. José Maria Peixoto

Coorientadora : Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

1. Empatia. 2. Educação médica. 3. Internato e residência.
4. Relações médico-paciente. I. Peixoto, José Maria. 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

Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.

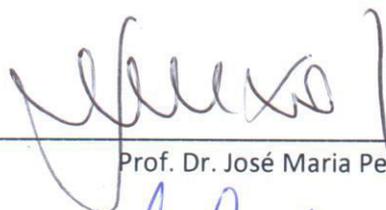
Certificado de Aprovação

**EFEITO DO USO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE DURANTE O ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM
UMA RESIDÊNCIA MÉDICA DE ORTOPEDIA**

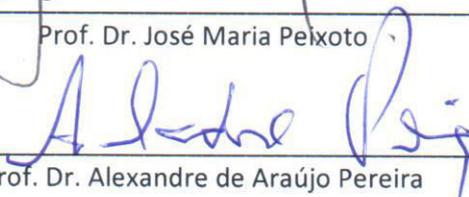
AUTOR: Paula Vilaça Ribeiro Cançado

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Maria Peixoto

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



Prof. Dr. José Maria Peixoto

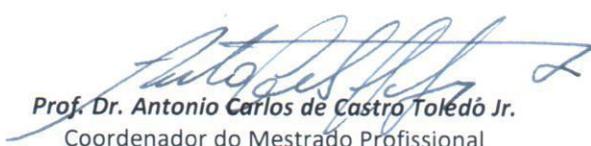


Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2020.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

Dedico este trabalho ao meu filho João e às minhas filhas de coração, Antonia e Maya, a quem o futuro pertence. Que tenham a opção de escolherem suas próprias formações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre colocar oportunidades incríveis no meu caminho e por me abençoar com a minha mais nova alegria, meu filho João, que chegou para me inspirar no meio dos momentos difíceis e decisivos dessa conquista.

Agradeço à minha família pela confiança e motivação. Ao meu marido Luciano, grande companheiro de vida e de profissão, estímulo constante para minha evolução profissional, que esteve sempre ao meu lado, participando com muita abnegação e paciência. À minha mãe, Ana Lúcia, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas na vida, pelo exemplo de mulher forte e decidida, por todo amor e suporte durante mais essa caminhada. Ao meu pai, José Agenor, pelo exemplo de dignidade, caráter, dedicação e carinho com sua família. À minha querida irmã Joanna, amiga inseparável.

Sem dúvidas, às peças-chave e fundamentais de todo o meu projeto, meus orientadores, o Professor Peixoto e a Professora Eliane Perlatto, o meu reconhecimento pela oportunidade e pelo apoio para realizar este trabalho. Agradeço-lhes por toda paciência, disponibilidade, dedicação e ensinamentos.

Aos colegas, Rodolfo e Aedo, que me apoiaram na realização desta empreitada, dando o suporte e a ajuda imprescindíveis nos momentos que precisei me ausentar.

Aos meus estimados residentes, pois somente com a colaboração de vocês, foi possível a realização deste projeto.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão dessa nova etapa! Meu muito obrigada!

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Introdução: A empatia representa um dos domínios da inteligência emocional e, sua prática é associada a melhores resultados diagnósticos e terapêuticos. Apesar da sua importância, foi observado que, durante o período da formação médica, esta habilidade tende a decrescer. Muito se discute sobre os métodos pedagógicos para o ensino e prática da empatia durante o período de formação médica. O Mapa da Empatia em Saúde (MES) é um instrumento estruturado que permite a prática dessa habilidade no ambiente assistencial. **Objetivos:** Avaliar o efeito do uso do MES como método de prática da habilidade da empatia nos escores de empatia dos médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia e na empatia percebida por parte dos pacientes. **Materiais e métodos:** Estudo experimental, com 3 fases, realizado com 22 médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco. Na 1ª fase, avaliou-se a empatia dos médicos residente através da *Escala Jefferson de Empatia Médica* (JSE) e nos pacientes atendidos no ambulatório, foi aplicado o instrumento *Consultation and Relational Empathy* (CARE), que avalia a empatia do médico percebida pelo paciente. Juntamente foram aplicados questionários sociodemográficos, para a caracterização dos residentes e dos pacientes. Na 2ª fase, implantado o uso do MES pelo residente no atendimento ambulatorial por quatro 4 semanas. Uma semana após a interrupção do uso do MES (3ª fase), foram novamente aplicadas a JSE e a CARE. **Resultados:** A análise estatística pelo teste t de *Student* mostrou que os escores de empatia da JSE não apresentaram diferenças significativas entre a 1ª e a 3ª fase. Além disso, o teste do *qui-quadrado* demonstrou que a intervenção não foi suficiente para aumentar a autopercepção da empatia por parte dos residentes. Ao se avaliar a percepção da empatia na perspectiva dos pacientes, a comparação dos escores da escala CARE pelo teste t de *Student*, evidenciou aumento dos escores entre a 1ª e a 3ª fase, indicando uma melhora da empatia percebida por parte do paciente. A análise de *Correlação de Pearson* revelou que não existe dependência entre os resultados dessas duas escalas. **Conclusão:** O MES, por 4 semanas, não promoveu aumento dos escores de autorrelato da empatia nos médicos residentes. Apesar disso, após o uso do MES, houve aumento da percepção da empatia do médico residente na perspectiva do paciente. Não houve correlação entre a autoavaliação da empatia dos médicos e as avaliações de seus pacientes. Do ponto de vista dos pacientes, encontramos melhorias na empatia dos residentes após a intervenção, demonstrando que o comportamento empático pode ser ensinado integrando treinamento e o uso do MES nos programas da residência médica.

Palavras-Chave: Empatia. Educação médica. Internato e residência. Relações médico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: Empathy is one of the domains of emotional intelligence, and its practice is connected to better diagnostic and therapeutic results. In despite of its importance, it has been observed that this ability is prone to decrease during the medical training. The pedagogical methods for teaching and practicing empathy over the period that physicians are trained have been widely discussed. The Health Empathy Map (HEM) is a structured instrument that enables the practice of this skill in a health care environment. **Objectives:** Assess the effectiveness of the use of HEM as empathy skill practice method on the scores of empathy of the orthopedics and traumatology resident physicians and also the patients perception of empathy. **Materials and Methods:** Experiential study, carried out by 22 orthopaedics and traumatology resident physicians at São Francisco Hospital Complex. In the first phase, the empathy of resident physicians was assessed using the Jefferson Scale of Medical Empathy (JSE), and in the patients seen in the first-aid room, the *Consultation and Relational Empathy* (CARE) instrument was applied in order to assess the empathy based on the patient perspective. Sociodemographic questionnaires were applied together to characterize residents and patients. In the second phase, the implementation of the use of HEM was carried out by the resident in the outpatient service for four weeks. One week after the interruption of the use of MES (3rd phase), JSE and CARE were again applied. **Results:** The statistics analysis by the student's t-test showed that the empathy scores of JSE did not show significant differences between the first and the third phases. Furthermore, the chi-squared test demonstrated that the intervention was not enough to increase the self-perception of residents level of empathy. When the patients perception of empathy is assessed, the comparison of the scores from the CARE scale by the student's t-test, showed an increase of these scores between the first and third phases, showing an improvement of empathy perceived by the patient. The Pearson analysis of correlation revealed that there is no dependence between the results of these two scales. **Conclusion:** The HEM, for four weeks, did not produce an increase on the scores of self-report of the resident physicians empathy. Notwithstanding, after the use of HEM there have been an increase in the perception of the resident physician empathy during the medical care from the patients point of view. There was no correlation between the in-training physicians empathy self-assessment and their patients assessment. From the patient's viewpoint, there was an improvement of the resident's empathy after the intervention, demonstrating that an empathic behaviour can be taught integrating the training and the HEM use in the Medical Residency Programmes.

Keywords: Empathy. Medical education. Internship and residency. The doctor-patient relationship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Desenho experimental do estudo.....	32
Gráfico 1	- Número de residentes por ano de residência	37
Gráfico 2	- Porcentagem de residentes por tempo de formação em medicina	38
Gráfico 3	- Comparação dos escores da JSE entre as duas fases do estudo.....	39
Gráfico 4	- BOXPLOT do EEG de acordo com as duas fases do estudo.....	40
Gráfico 5	- Número de pacientes por faixa etária em cada fase do estudo	41
Gráfico 6	- Percepção da empatia pelo paciente, segundo a escala CARE, antes e após o uso da Mapa de Empatia em Saúde.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos médicos residentes participantes do estudo.....	36
Tabela 2 - Distribuição das variáveis acadêmicas dos médicos residentes participantes do estudo.....	37
Tabela 3 - Medidas descritivas e comparativas entre a 1ª fase e a 3ª fase do estudo quanto às médias dos escores da JSE dos médicos residentes participantes do estudo.....	38
Tabela 4 - Avaliação do grau de Empatia dos médicos-residentes antes (1ª fase) e após intervenção (3ª fase)	40
Tabela 5 - Caracterização dos pacientes em relação as duas fases do estudo e no geral.....	41
Tabela 6 - Medidas descritivas e comparativas dos escores obtidos das respostas dos pacientes em relação à empatia do médico segundo a escala CARE, entre a 1ª e a 3ª a fase do estudo.....	42
Tabela 7 - Análise de Correlação entre a JSE e a escala CARE, por fase do estudo....	43
Tabela 8 - Análise de Correlação entre os escores da JSE, por fase do estudo.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CARE	<i>Consultation and Relational Empathy</i>
EC	Escore de Compaixão
ECCLLO	Escore da Capacidade de Colocar-se no Lugar do Outro
EEG	Escore de Empatia Geral
EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal
ETPD	Escore Tomada de Perspectiva do Doente
FHCS	<i>The Four Habits Coding Scheme</i>
HEM	<i>Health Empathy Map</i>
JSE	Escala Jefferson de Empatia Médica
MES	Mapa da Empatia em Saúde
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEOT	Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia
UNIFENAS-BH	Universidade José do Rosário Vellano, campus Belo Horizonte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Conceitos introdutórios sobre empatia	13
1.2	A empatia na relação médico-paciente	14
1.3	Empatia durante a graduação em medicina e residência médica	15
1.4	Empatia nos estudantes de residências clínicas x cirúrgicas	17
1.5	Residência médica	18
1.6	Residência de Ortopedia e Traumatologia	19
1.7	Mensuração da empatia.....	20
1.8	Mapa da empatia	21
2	JUSTIFICATIVA	23
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1	Desenho do Estudo	25
4.2	Local do estudo	25
4.3	População	25
4.4	Critérios de inclusão	25
4.5	Critérios de exclusão	26
4.6	Amostra, amostragem e recrutamento	26
4.7	Coleta de dados	26
4.7.1	<i>Instrumentos</i>	26
4.7.1.1	Mapa da Empatia em Saúde.....	26
4.7.1.2	Escala Jefferson de Empatia Médica.....	27
4.7.1.3	Consultation ands Relational Empathy.....	29
4.7.1.4	Questionários sociodemográficos	29
4.7.2	<i>Procedimentos</i>	30
4.7.2.1	Procedimentos da 1ª fase.....	30
4.7.2.2	Procedimentos da 2ª fase.....	31
4.7.2.3	Procedimentos da 3ª fase.....	31
4.8	Análise estatística	32
4.8.1	<i>Estatísticas descritivas</i>.....	32

4.8.2	<i>Teste de Shapiro-Wilk</i>	32
4.8.3	<i>Teste t de Student para amostras pareadas</i>	33
4.8.4	<i>Teste qui-quadrado de Mcnemar</i>	33
4.8.5	<i>Teste t de Student para amostras independentes</i>	33
4.8.6	<i>Análise de correlação de Pearson</i>	34
4.8.7	<i>Probabilidade de significância (p)</i>	34
4.9	Aspectos éticos	34
5	RESULTADOS	36
5.1	Caracterização sociodemográfica dos médicos residentes	36
5.2	Avaliação da empatia autorrelatada pelos residentes	38
5.3	Caracterização dos pacientes participantes	41
5.4	Avaliação da empatia dos residentes relatada pelos pacientes após o atendimento ambulatorial	42
5.5	Correlação entre a JSE e a escala CARE	43
6	DISCUSSÃO	45
7	CONCLUSÃO	54
8	APLICABILIDADE	55
	REFERENCIAS	56
	APÊNDICES	63
	ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceitos introdutórios sobre empatia

A palavra empatia tem origem do termo grego *empathéia* e significa apreciação aos sentimentos do outro, podendo ser definida, em seu sentido mais amplo, como as reações cognitivas e emocionais de um indivíduo frente às experiências do outro. Para muitos, é considerada um dom, mas também se trata de um processo intelectual e um comportamento a ser aprendido e aprimorado durante a vida. Como competência, representa um dos domínios centrais da inteligência emocional, das habilidades sociais e de comunicação (DAVIS, 1996; SCHUTTE *et al.*, 2001).

O conceito de empatia é multidimensional, sendo interpretado de diversas formas por muitos autores: como um traço de personalidade, um atributo cognitivo, ou como a capacidade de compreender e transmitir compreensão ao outro (HEMMERDINGER, 2007). Constitui um elemento importante do profissionalismo na área de saúde e envolve escuta ativa, identificação de problemas e das emoções vinculadas a eles, linguagem corporal e expressão da empatia (ROGERS, 1975).

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais mencionadas na medicina atualmente, é o elemento chave de um comportamento ético e tem sido considerada essencial em qualquer estratégia de humanização (COSTA *et al.*, 2009). Analisando-se a relação médico-paciente mais detalhadamente, percebe-se o quão influente é o papel que a empatia exerce sobre ela. Além da sua dimensão humanística, o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais significativos entre médicos e pacientes é de grande importância para o aperfeiçoamento clínico e está associado a melhores resultados diagnósticos e terapêuticos (HOJAT, 2007). A empatia é capaz de promover satisfação tanto do paciente quanto do médico, contribuindo significativamente para uma boa evolução terapêutica, dado maior sucesso na adesão do paciente ao tratamento (KIM; KAPLOWITZ; JOHNSTON, 2004; HART *et al.*, 2006; ZACHARIE *et al.*, 2003).

1.2 A empatia na relação médico-paciente

Para Halpern (2001), a empatia entre médico e paciente é importante porque deixa o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. Gadamer (1994) complementa ao dizer que a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado da arte médica. Por esse motivo, nas últimas décadas, ganhou destaque na educação médica e tem sido objeto de estudo de várias pesquisas com estudantes, residentes e profissionais da área de saúde (STEPIEN; BAERNSTEIN, 2006).

O comportamento empático do médico apresenta um elemento afetivo e outro cognitivo. O primeiro está centrado nas emoções, na capacidade de o profissional sentir as experiências do paciente. Já o elemento cognitivo refere-se à capacidade de o profissional entender e articular a perspectiva do paciente (DAVIS, 2009). Historicamente, percebemos controvérsias e dualidade nos conceitos propostos para o termo empatia, sendo que as principais teorias contrastam esses dois elementos.

As divergências das definições começam a ser minoradas com as propostas conceituais de Hoffman (1977), nos quais a empatia passa a ser uma “resposta afetiva mais apropriada à situação do outro do que à própria situação”. Nessa definição são contemplados tanto aspectos cognitivos – a tomada de perspectiva, como aspectos afetivos – sentimentos de angústia e preocupação. Essa visão de Hoffman, no entanto, ainda apresenta o problema de abordar aspectos afetivos e cognitivos como dois fenômenos exclusivos (DAVIS, 1996).

Davis (1996) formula um conceito mais inclusivo para o termo: “um conjunto de construtos relacionado às respostas de um indivíduo às experiências do outro”, sendo o primeiro a estabelecer uma definição mais ampla para o termo. Essa proposta engloba tanto o processo cognitivo quanto as consequências intrapessoais e interpessoais advindas da empatia.

Comparando esses conceitos ao contexto clínico, temos o seguinte: a motivação interna do médico para entender a perspectiva do paciente, como um elemento moral; a capacidade intelectual para identificar e entender a perspectiva do paciente como um elemento cognitivo; a habilidade de imaginar os sentimentos e perspectivas do paciente como um elemento emotivo;

a capacidade de transmitir ao paciente a compreensão dos seus sentimentos e perspectivas como um elemento comportamental (STEPIEN; BAERNSTEIN, 2006).

1.3 Empatia durante a graduação em medicina e residência médica

Apesar da importância da habilidade da empatia em médicos, tem sido constatado que, entre os estudantes de medicina, esta habilidade tende a decrescer exatamente no momento em que os estudantes começam a atender pacientes, portanto iniciam um contato real na atividade clínica. Hojat (2009), tentando identificar o momento durante a graduação em que ocorre a erosão da empatia, desenvolveu um estudo na Jefferson Medical College em estudantes do 1º, 2º 3º e 4º anos do curso de medicina durante o período de 2002 a 2004. Identificou considerável erosão da empatia a partir do final do 3º ano da graduação. Outros estudos também identificaram este declínio no escore de empatia, entre os graduandos do 3º ano de medicina comparado com os anos que iniciaram o curso (CHEN *et al.*, 2007).

Em outros países, alguns dos resultados obtidos não foram concordantes com os dos estudos americanos. Nem todos os estudos mostraram a queda da empatia ao longo da graduação, como se pôde verificar com os estudos desenvolvidos no Japão e na China (KATAOKA *et al.*, 2009; WEN *et al.*, 2013). No currículo de escolas de medicina orientais, durante os primeiros quatro anos, os alunos têm oportunidades raras ou limitadas de participar do atendimento ao paciente e contemplar a relação médico-paciente. Quando os alunos finalmente desfrutam de estágios clínicos, eles sentem que finalmente têm a oportunidade de se comportar como médicos, e esta excitação pode ser a razão para o crescimento dos alunos em empatia. Em um estudo iraniano, não só a empatia aumentou ao longo dos anos, como também houve associação positiva entre o início da prática clínica e os escores obtidos (RAHIMI-MADISEH *et al.*, 2010).

Outro dado interessante são os próprios valores numéricos dos escores obtidos em cada população analisada. De um modo geral, os países ocidentais apresentaram valores maiores do que os países orientais. Esse resultado foi discutido nos estudos japonês, coreano e iraniano, e todos correlacionam essa variação não a uma efetiva menor empatia, mas sim às diferenças culturais entre esses países, assim como às diferentes formas de ingresso no curso de graduação (KATAOKA *et al.*, 2009; RAHIMI-MADISEH *et al.*, 2010; SUH *et al.*, 2012). O desenvolvimento clínico e profissional precoce não está integrado ao currículo oriental, o que explica por que os escores de empatia foram diferentes em comparação com os estudantes de

medicina americanos, onde currículos de escolas médicas, seleção de estudantes, formação de estudantes de medicina e, em particular, a importância dada às habilidades de comunicação são totalmente diferentes (RAHIMI-MADISEH *et al.*, 2010).

A redução da empatia também foi observada nos poucos trabalhos conduzidos em médicos residentes (HOJAT *et al.*, 2002a). Paiva (2018) avaliou os escores de empatia por meio da JSE em 36 médicos residentes de um Hospital Universitário da Universidade José do Rosário Vellano em Minas Gerais, na cidade de Alfenas (UNIFENAS-Alfenas). Observou que os escores de empatia eram maiores entre os residentes do primeiro ano, em relação aos do segundo ano em diante.

Vemos, portanto, que durante o período de formação do médico, os estudos americanos têm demonstrado uma redução da empatia, do início ao final da graduação, com um processo de dessensibilização afetiva. Assim os pacientes perdem sua identidade e passam a ser tratados pelos seus diagnósticos ou leitos (PERESTRELLO, 1986).

Muitos médicos começam a formação médica com ideais humanísticos, mas o treinamento da empatia não é especificamente realizado na maioria dos cursos de graduação ou programas médicos de pós-graduação (SMITH *et al.*, 1995; ALDER *et al.*, 2007). Isso pode refletir uma desvalorização dos aspectos humanísticos da medicina ou uma crença comum de que a empatia é um traço inato e imutável. A neurociência, no entanto, desafiou essas suposições mostrando circuitos cerebrais específicos associados a comportamentos empáticos e mudanças correlacionadas com o declínio da empatia durante a formação médica (DECETY; YANG; CHEN, 2010). Estudos de neuroimagem constataram que profissionais da área de saúde submetidos a experiências visuais de pessoas que sentiam dor, apresentaram empatia à dor diminuída quando comparada ao grupo controle (BELLODI, 2001), fenômeno conhecido como dessensibilização empática.

Pelos motivos apresentados, constata-se a necessidade do desenvolvimento de qualidades humanísticas em estudantes de medicina como aponta Hornblow (1998). Muito se discute sobre os métodos pedagógicos por meio dos quais essa habilidade pode ser ensinada e praticada durante o período de formação profissional do médico.

1.4 Empatia nos estudantes de residências clínicas x cirúrgicas

O período de residência médica requer o aprendizado e aperfeiçoamento de habilidades técnicas e pessoais, resultando na sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e transmitidas pelo paciente ao longo do tempo (COSTA; AZEVEDO, 2010). Desde o primeiro ano de residência, os médicos, constantemente atarefados, são responsáveis por pacientes, muitas vezes auxiliando em tratamentos de doenças ainda desconhecidas por eles. É dessa forma que se inicia o contato médico-paciente para os residentes de muitas especialidades, sobretudo os de Ortopedia e Traumatologia, que possuem mínimo ou nenhum contato com a especialidade, durante a formação acadêmica básica.

Bellodi (2001) realizou um estudo para investigar e caracterizar, entre residentes brasileiros, os estereótipos profissionais associados ao médico clínico e ao cirurgião. O clínico geral foi caracterizado pelos médicos residentes como alguém com uma abordagem holística com proximidade com o paciente, atendendo-o de forma global. Sua personalidade foi descrita como descontraída e calma, com uma maneira equilibrada e prudente de resolver problemas. Por outro lado, foi considerado teórico e não muito prático; trabalhando com incerteza, hipóteses e probabilidades, e um pouco lentamente; em suma, ele foi caracterizado negativamente como indeciso. Já o cirurgião, por sua vez, foi descrito positivamente pelos residentes como prático e objetivo, proposital e rápido na tomada de decisões, resoluto e autoconfiante, ativo e dinâmico. Ele também foi caracterizado como sendo um profissional com boas habilidades manuais e como sendo altamente técnico, tendo somente uma visão parcial do paciente, de quem apenas os aspectos orgânicos são considerados. Em relação a suas características negativas, ele foi visto como um médico que está distante do paciente, agressivo, onipotente, arrogante e dominador. Ele também é ansioso, estressado, impetuoso e impulsivo em suas ações.

Estudantes de medicina que escolhem as áreas cirúrgicas, como é o caso da Ortopedia e Traumatologia, para atuar, apresentam menores escores de empatia autoavaliada do que aqueles que optam por especialidades clínicas (NEUMANN *et al.*, 2011). Na literatura, os estudos que avaliam a empatia em médicos residentes das especialidades cirúrgicas têm crescido. O estudo de Nunes (2018) avaliou o perfil de empatia médica de residentes do 3º ano de Ortopedia e Traumatologia, encontrando uma pontuação média de 82,6 (78,6%) na escala Lickert graduada de 15 a 105, não havendo nenhum grupo com características distintas que determinasse ou possibilitasse a associação ao mau desempenho na pesquisa. Um estudo multicêntrico, que

comparou residentes de patologia, pediatria e cirurgia, revelou que os cirurgiões apresentaram pontuações mais baixas de empatia e de expressão emocional, e pontuações mais altas no que diz respeito ao controle emocional (MCKINLEY *et al.*, 2015). Não se sabe ao certo se esse fenômeno ocorre devido ao treinamento da especialidade, embora seja sugerido em outros estudos que pode haver estagnação do crescimento ou uma diminuição da empatia durante os anos de residência (JENSEN *et al.*, 2008). Essas diferenças dão credibilidade à ideia de que há uma personalidade cirúrgica distinta, portanto requer uma personalidade distinta de treinamento (MCGREEVY; WIEBE, 2002).

1.5 Residência médica

O processo de profissionalização que se desenvolve durante o curso de medicina consolida-se durante a residência médica (MARTINS, 2010). Embora o treinamento prático dos estudantes de medicina se inicie durante os estágios curriculares obrigatórios, é, no processo de especialização na residência médica, que se propicia a verdadeira iniciação do profissional na prática (FEUERWERKER, 1998). Durante o treinamento, o residente vai constituir as bases da sua identidade profissional, que se apoia no desenvolvimento do clássico tripé psicopedagógico: conhecimentos, habilidades e atitudes (MARTINS, 2005).

A residência médica é um processo de desenvolvimento em que o residente deve fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional. Nesse momento, o residente depara-se com as dificuldades do exercício profissional, tendo que lidar com os intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer, com as incertezas e limitações do conhecimento médico, bem como com as expectativas dos pacientes e familiares (BRENT, 1981; LOURENÇÃO; MORCARDINI; SOLER, 2010).

Ensinar empatia em ambientes assistenciais é uma tarefa muito árdua, já que é necessário associar ensino e assistência em um momento único. Neste contexto, fica difícil para residentes, com pouca experiência em determinada área de conhecimento médico, coordenarem as habilidades cognitivas necessárias para o desempenho das atividades assistenciais e ainda considerarem a perspectiva do paciente.

No entanto, uma vez que a empatia se trata de uma qualidade influente na relação médico-paciente, deve-se encontrar um ponto ou um direcionamento nessa relação, em que o desenvolvimento na formação médico-especializada fosse trabalhado de forma objetiva.

Durante a formação médica, há vários recursos disponíveis para desenvolver a empatia dos estudantes, como literatura, artes, cinema, teatro, dentre outros. A utilização de meios alternativos como esses permite-lhes descobrir como seus próprios sentimentos são expressos, fornecendo, assim, novas concepções sobre suas respostas emocionais ao sofrimento e à dor (HAS; FAN; MAO, 2008).

1.6 Residência de Ortopedia e Traumatologia

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) foi fundada em 19 de setembro de 1935. Em 80 anos, a SBOT tornou-se a maior instituição de Ortopedia e Traumatologia da América Latina e uma das maiores do mundo. O exame para obtenção do título de especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) e o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia transformaram-se em referências mundiais, pelo número de participantes, alto padrão de organização e rigor científico.

A SBOT foi uma das primeiras sociedades médicas brasileiras a elaborar e aplicar um exame de titulação (o TEOT). Em 1972, foi realizada a primeira prova do TEOT, em Belo Horizonte, com aprovação de 54 dos 59 participantes. Em 2017 o TEOT aprovou 653 novos ortopedistas, no exame realizado em Campinas, em março (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2018). Existem 168 serviços de residência em Ortopedia e Traumatologia, credenciados pela SBOT, em todo o Brasil, e 2032 residentes de Ortopedia inscritos em serviços credenciados pela SBOT, sem contar os residentes nas subespecialidades, que não foram avaliados nesse estudo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2018).

A formação médica do especialista em Ortopedia e Traumatologia ocorre durante três anos quase que integralmente no âmbito hospitalar. Durante esse período, grande parte dos serviços se utiliza de corridas de leitos e reuniões clínicas para a discussão dos casos clínicos e cirúrgicos. Talvez devido à grande quantidade de temas ortopédicos e, conseqüentemente, de

subespecialidades (10 num total) com os quais os residentes precisam se familiarizar, a relação médico-paciente e, conseqüentemente, a empatia são temas pouco abordados.

A Residência médica em Ortopedia e Traumatologia, assim como todas as outras especialidades, é guiada por normatizações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A Resolução n.2 de 2006 da CNRM estabeleceu os requisitos mínimos para os programas de residência médica em que há a obrigatoriedade do ensino, em todos os programas, de atividades teórico-complementares relacionadas aos temas: Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística (BRASIL, 2006). Não se observa qualquer referência ao treinamento/desenvolvimento de habilidades socioemocionais. A SBOT, através de sua Comissão de Ensino e Treinamento, tem em seu Programa de Formação de Especialista em Ortopedia e Traumatologia um item sobre Relação médico-paciente. Entretanto a partir de março de 2020 entrará em vigor a resolução n. 22 de 8 de abril de 2019 que estabeleceu a matriz de competências para a o Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia. Entre os objetivos específicos dessa matriz pode-se destacar: “Comunicar de forma humanizada a natureza e a gravidade da enfermidade ao paciente e seus familiares” e “aprimorar a relação médico-paciente...” (BRASIL, 2019). Observa-se que está ocorrendo uma preocupação no ensino e treinamento da relação médico paciente o que pode ser percebido no TEOT, onde desde 2015 tem ocorrido a prova de atitude. Nela a atitude do residente é avaliada frente a simulação de situações inerentes à relação médico-paciente.

1.7 Mensuração da empatia

A existência de diversos conceitos distintos de empatia e a multidimensionalidade própria do termo resultam em dificuldades em sua mensuração. Muitos instrumentos avaliam um construto relacionado ao conceito, mas não abrangem outras possíveis dimensões igualmente ligadas à empatia.

Devido ao importante papel da empatia nas relações interpessoais, alguns instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de graduá-la. A maioria desses instrumentos foi elaborada para avaliar empatia na população geral, sendo o seu uso extrapolado para o contexto da prática da medicina e da educação médica. Em uma revisão sistemática dos testes de empatia, Hemmerdinger, Stoddart e Lilford (2007) relataram a existência de oito questionários utilizados

na avaliação de estudantes e médicos, com evidência de validade e confiabilidade, sendo dois de observação do comportamento empático e seis escalas de autorrelato.

O *Consultation and Relational Empathy (CARE)* e o *The Four Habits Coding Scheme (FHCS)* são baseados na observação e não no autorrelato, tendo a vantagem de diminuir o viés de resposta produzido pela tendência de o indivíduo responder de uma forma socialmente esperada (HEMMERDINGER; STODDART; LILFORD, 2007). O CARE trata-se de uma escala simples, composta por 10 itens, sendo um questionário que utiliza a percepção do paciente acerca do comportamento empático do médico na consulta (MERCER *et al.*, 2004). O FHCS avalia a consulta médica por meio de quatro domínios principais, sendo dois deles relacionados à empatia: extração da perspectiva do paciente e demonstração de empatia (KRUPAT *et al.*, 2006). Esse questionário depende da codificação de um observador externo.

Já os questionários de autorrelato dependem muito do autoconhecimento e apresentam a possibilidade do viés de resposta. O respondente tende a apresentar-se da forma mais positiva e socialmente aceita (HOJAT, 2007). Pesquisadores afirmam, no entanto, que essas escalas avaliam as disposições empáticas e são capazes de representar as habilidades medidas (FALCONE *et al.*, 2008).

Dentre esses instrumentos merecem destaque a *Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal* de Davis (EMRI) (DAVIS, 1980) e a *Escala Jefferson de Empatia Médica (JSE)* (HOJAT *et al.*, 2001). Ambas tratam de autorrelatos e abrangem domínios tanto afetivos como cognitivos. A EMRI abrange os domínios afetivos e cognitivos em uma abordagem ampla e inclusiva do construto. Já a JSE, específica para o contexto clínico, avalia predominantemente o domínio cognitivo da empatia, mas também aborda alguns aspectos afetivos. Ela baseia-se em três pilares: a tomada de perspectiva, o cuidado compassivo e a capacidade de o médico se colocar no lugar do paciente (HOJAT *et al.*, 2001).

1.8 Mapa da empatia

Um artifício, usado na área empresarial para aprimorar os métodos de aprendizagem, é o *Visual Thinking* (aprendizagem visual), utilizado para organizar os pensamentos, melhorar a forma de pensar, comunicar e assimilar os conteúdos. O Mapa da Empatia, desenvolvido na área empresarial por Scott Matthews, baseia-se no fato de que o pensamento visual ajuda a ir além

do mundo linear da comunicação escrita e entrar no mundo não-linear de relações complexas espaciais, proporcionando uma melhor visualização dos clientes (GRAY; BROWN; MACANUFO, 2010). O Mapa procura facilitar a prática da empatia através de uma abordagem centrada no usuário, com foco na compreensão do pensamento do outro (BRATSBURG, 2012). Respondendo à necessidade de intervenções de treinamento específicas, concisas e reproduzíveis, o Mapa da Empatia foi adaptado para o ensino e prática da habilidade no ensino em saúde (PEIXOTO; MOURA, 2019) e vem sendo utilizado no ensino ambulatorial em estudantes do 5º período de medicina, durante o Bloco de Síndromes Cardiológicas, na Universidade José do Rosário Vellano em Belo Horizonte, Minas Gerais (PEIXOTO; MOURA, 2019).

Essa ferramenta foi projetada para melhorar as habilidades do médico na detecção de sinais de emoções, em si mesmos e em seus pacientes, e para fornecer apoio e resolução de desafios de comunicação. Os objetivos do seu uso são estimular a prática reflexiva durante as atividades acadêmicas nas áreas de saúde, estimulando o treinamento da tomada da perspectiva do paciente. Foi idealizada considerando de forma explícita os componentes da empatia (a tomada de perspectiva, o compartilhamento emocional e a preocupação empática), com isso, além de oportunizar a prática da empatia, o instrumento apresenta os elementos cognitivos e afetivos relacionados à empatia, para que possam ser gradativamente apropriados pelo aprendiz. Espera-se com seu uso melhorar a consciência do médico sobre os aspectos emocionais do processo do adoecimento e outras vulnerabilidades presentes no contexto do paciente, favorecendo a compreensão e comunicação empática.

Consiste em um instrumento objetivo e estruturado que permite o treino dessa habilidade e facilita a prática empática no ambiente assistencial. Espera-se que este exercício de forma repetida seja capaz de promover o aprendizado da empatia em estudantes, médicos residentes e demais profissionais da saúde. No entanto, nenhum estudo ainda foi conduzido para avaliar os efeitos da aprendizagem da habilidade de empatia com o referido instrumento.

2 JUSTIFICATIVA

A relação médico-paciente vai além do encontro rotineiro no consultório, onde ocorrem perguntas, o exame físico e a prescrição de medicamentos. Uma boa relação traz benefícios gerais, como melhora nos resultados clínicos, menor queixa por parte do paciente, maior satisfação do paciente no trato com seu médico responsável e deixa o paciente mais seguro para informar com mais clareza seus sintomas e dúvidas.

Uma vez que a empatia possui forte vínculo com a melhora no exercício da profissão médica, os médicos devem trabalhar, conscientemente, no intuito de criar e aprimorar relações mais recíprocas, considerando no planejamento do cuidado a perspectiva do paciente. Sendo um dos fatores mais importantes na relação entre os profissionais de saúde e os enfermos, entende-se ser necessário conhecer o quanto os médicos residentes consideram ser a empatia importante em suas atividades de trabalho, além de discutir e traçar planos de ação, que direcionem as instituições de ensino no treinamento dessa habilidade.

Está clara a importância de se investigarem métodos para o ensino da habilidade de empatia no período da formação médica, tanto na graduação quanto na residência médica. Tradicionalmente, as especialidades cirúrgicas apresentam um grau menor de empatia que as especialidades clínicas. Nesse contexto pressupõe-se que o grau de empatia dos residentes de Ortopedia e Traumatologia seja baixo, trazendo consequências para a sua atuação profissional. Isso nos motivou a testar o Mapa da Empatia em Saúde (MES) e verificar seus efeitos nos escores de empatia entre médicos residentes de Ortopedia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos geral

- Avaliar o efeito do uso do MES como método de ensino da empatia nos médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a empatia autorrelatada pelos residentes de Ortopedia e Traumatologia.
- Avaliar a empatia dos residentes de Ortopedia e Traumatologia relatada pelos pacientes após o atendimento ambulatorial.
- Verificar o impacto da utilização ambulatorial do MES partir dos escores de empatia obtidos dos residentes e pacientes avaliados.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, experimental não-controlado que comparou os escores de empatia dos médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia, medidos pela JSE e pela escala CARE, antes e após a utilização do MES no seu atendimento ambulatorial.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido com os residentes de Ortopedia e Traumatologia no Complexo Hospitalar São Francisco, unidade Santa Lúcia. A residência médica de Ortopedia e Traumatologia, credenciada pelo MEC e SBOT, tem duração de 3 anos e as atividades são baseadas em treinamento teórico e prático restrito a temas relacionados à prática ortopédica.

A teoria é ensinada pelo corpo docente por meio de reuniões clínicas e aulas semanais, discussão de casos, workshops, análise crítica de artigos científicos e incentivos à pesquisa. As atividades práticas são constituídas de atendimento de urgências e emergências, enfermagem, participação em centro cirúrgico e atendimentos ambulatoriais. No ambulatório, o médico residente, do primeiro, segundo e terceiro anos realiza, sob supervisão do preceptor, o atendimento, aprendendo a rotina médica e o tratamento dos pacientes.

4.3 População

A população do estudo foi constituída por todos os 22 médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco, do primeiro ao terceiro ano.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do primeiro ao terceiro ano que, no momento da aplicação do estudo, realizavam atendimento ambulatorial. Fizeram parte do estudo somente os sujeitos que consentiram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os médicos residentes que estavam de férias ou afastados por outros motivos e aqueles que não participaram das duas etapas do estudo.

4.6 Amostra, amostragem e recrutamento

Foram convidados a participar do estudo todos os 22 médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia da instituição. O estudo foi amplamente divulgado pela pesquisadora principal, através de conversas individuais, com os residentes, durante suas atividades diárias, e o recrutamento ocorreu ao final de reuniões clínicas e aulas regulares.

A seleção da amostra foi intencional (de conveniência) não probabilística, sendo o tamanho da amostra de 22 médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco em curso no ano de 2019, já que todos concordaram em participar e preencheram os critérios de seleção já descritos.

4.7 Coleta de dados

4.7.1 Instrumentos

4.7.1.1 Mapa da Empatia em Saúde

O Mapa da Empatia é uma ferramenta desenvolvida pela companhia de pensamento visual XPLANE, com o objetivo de idealizar modelos de negócios baseado na perspectiva dos usuários, procurando entender como se comportam, suas aspirações e preocupações (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011).

O instrumento tem uma organização visual, de fácil aplicação e orienta a análise da perspectiva dos clientes, por meio de perguntas. O objetivo do instrumento é facilitar a prática da empatia, uma abordagem centrada no usuário, ou seja, o foco está na compreensão do outro indivíduo, olhar o mundo através de seus olhos (BRATSBURG, 2012).

Tradicionalmente os Mapas de empatia, possuem 4 quadrantes (Diz, Pensa, Faz e Sente) e tem a caricatura do usuário colocado ao centro do mapa. No quadrante “Diz”, será informado que o usuário verbalizou na entrevista, idealmente citações; no quadrante “Pensa”, o que o usuário pensou durante o encontro; no quadrante “Faz”, as ações que o usuário executa, e no quadrante “Sente”, o estado emocional do usuário, em geral um adjetivo.

A partir de aspectos teóricos relacionados à empatia e da análise do Mapa da Empatia desenvolvido pela companhia de pensamento visual XPLANE, este instrumento foi adaptado para o ensino e prática da habilidade da empatia no ensino ambulatorial (ANEXO A).

Diferentemente do instrumento desenvolvido para área de negócios, no MES, os 4 quadrantes contemplam três processos da cognição moral que se relacionam aos componentes da empatia: o “compartilhamento emocional” (contágio emocional), a “preocupação empática”, que é a motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis ou angustiados e a “tomada de perspectiva”, associados à competência social e ao raciocínio social, que é a capacidade de colocar-se no lugar do outro e imaginar o que está pensando ou sentindo, vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos (DECETY; COWELL, 2014). No centro do Mapa, no lugar da caricatura do paciente, há um desenho incompleto de um *emoji*, onde faltam as sobrancelhas e a boca. Como os *emojis*, são ideogramas que representam emoções, abaixo dos quadrantes do mapa foram colocados 6 *emojis* representando as 6 expressões faciais universais (RUSSEL; ERNANDEZ-DOLS, 1997). A orientação atual para os alunos que utilizam o MES é para, após o atendimento do paciente preencher todos os quadrantes, colocando suas próprias impressões, e ao final completar o desenho do *emoji*, no centro do mapa, com a expressão facial que acredita representar o sentimento do paciente.

4.7.1.2 Escala Jefferson de Empatia Médica

A versão original da JSE foi construída e validada por um grupo de pesquisadores do Jefferson Medical College na Filadélfia (HOJAT *et al.*, 2001) com base em procedimentos de *validade facial* (i.e., apreciação da relevância dos itens para medir o constructo), *validade de constructo* (i.e., análise da estrutura factorial), *validade de critério* (i.e., análise das correlações entre as pontuações da escala e outras medidas baseadas em critérios) e *fidelidade* (i.e., precisão das respostas numa situação de avaliação). Ela constitui a primeira escala de empatia destinada

especificamente ao âmbito dos cuidados de saúde, ganhando ampla aceitação e se tornando a mais utilizada em pesquisas sobre o tema no mundo.

É um instrumento com 20 itens, respondidos através de uma escala do tipo *Likert*, de 7 pontos (1 = discordo fortemente e 7 = concordo fortemente). Esta escala tem pontuação máxima de 140 pontos (20x7), possui os itens de 1 a 10 redigidos na forma afirmativa, e os itens de 11 a 20 na forma negativa, portanto, para a obtenção do escore final, as pontuações na forma negativa devem ser invertidas, antes de serem somadas. A JSE fornece 4 escores relacionados à empatia (HOJAT *et al.*, 2001): o Escore de Empatia Geral (EEG), obtido pela média da soma dos escores dos 20 itens da escala, o Escore Tomada de Perspectiva do Doente (ETPD), obtido pela média da soma dos itens 2,4,5,9,10,13,15,16,17 e 20; o Escore de Compaixão (EC), obtido pela média da soma dos itens 7,8,11,12,14,18 e 19 e o Escore da Capacidade de Colocar-se no Lugar do Outro (ECCLLO) obtido pela média da soma dos itens de 3 e 6.

O ponto de corte sugerido por Hojat e Gonnella (2015) para identificar baixos escores foi menor ou igual a 95 para homens e menor ou igual a 100 para mulheres. Esse estudo foi realizado com 2637 estudantes de medicina (1.336 mulheres e 1.301 homens), matriculados em Sidney Kimmel (antiga Faculdade Médica Jefferson) na Thomas Jefferson University, na Filadélfia, Pensilvânia, EUA, entre 2002 e 2012. Para determinar as pontuações de corte para escores altos e baixos, foram escolhidos arbitrariamente 2 pontos nas distribuições de pontuação. Foi considerado escore alto o ponto na distribuição de pontuação que foi um desvio padrão e meio acima da pontuação média e, para identificar escore baixo, foi escolhido outro ponto que foi um desvio padrão e meio abaixo da pontuação média. Devido às diferenças de gênero na JSE, os escores de corte para homens e mulheres foram calculados separadamente de suas respectivas distribuições de pontuação. As pontuações de corte baixa e alta para os homens foram ≤ 95 e ≥ 127 , respectivamente; os escores correspondentes para as mulheres foram ≤ 100 e ≥ 129 . Essas pontuações de corte incluem aproximadamente 7% dos melhores escores e 7% dos escores inferiores em ambas as amostras masculinas e femininas (HOJAT; GONNELA, 2015).

As evidências psicométricas demonstram que esta escala, nas suas diferentes versões, é adequada para medir a empatia em médicos, estudantes de medicina, enfermeiros e estudantes de enfermagem (HOJAT *et al.*, 2001).

A JSE foi validada para a língua portuguesa, em um trabalho realizado com 307 estudantes de medicina da escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em Portugal (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Em 2012 esse instrumento foi validado para o português brasileiro (PARO *et al.*, 2012). Apesar de já haver a validação para o português de Portugal, existem diferenças culturais que poderiam comprometer a avaliação da população brasileira. Na versão brasileira da JSE (ANEXO B), as propriedades psicométricas e a análise fatorial, foram adaptadas da versão Portuguesa para alunos de medicina. Seus resultados confirmaram a validade da construção dos três fatores: tomada de perspectiva do doente, compaixão e capacidade de colocar-se no lugar do outro (PARO *et al.*, 2012).

4.7.1.3 Consultation and Relational Empathy

A escala CARE (ANEXO C), traduzida e validada para o português, baseia-se na percepção da empatia por parte do paciente. Criada na Escócia, foi validada para uso em consultórios em nível de atendimento primário (MERCER *et al.*, 2004). Ela baseia-se no princípio de que o grau de percepção da empatia por parte do paciente influencia a efetividade da intervenção médica. Além disso, se os pacientes são capazes de perceber a quantidade de empatia existente na relação médico-paciente, eles estarão em posição de aconselhar os profissionais sobre como melhorar seu comportamento.

A versão em português falado no Brasil da escala CARE é um instrumento simples, de fácil compreensão e utilização por usuários do sistema público de saúde (SCARPELLINI *et al.*, 2014). O processo de tradução utilizou metodologia apropriada, e os resultados obtidos indicam a validade da versão proposta da escala. É composto por 10 itens, com explicações adicionais de linguagem coloquial visando a facilitar a compreensão das perguntas. A graduação é feita com pontuação que varia entre 1 e 5, fornecendo um escore final entre 10 e 50.

4.7.1.4 Questionários sociodemográficos

Um questionário sociodemográfico foi desenvolvido especificamente para o estudo com o objetivo de traçar o perfil dos residentes participantes e identificar possíveis fatores que possam influenciar na sua empatia: ano em curso na residência médica, idade, gênero, estado civil, se

tem filhos, se acredita em Deus, se já concluiu outra residência/especialização ou outra graduação na área de saúde, tempo de formado em medicina, experiência com doença grave na família ou pessoal. (APÊNDICE A).

Um outro questionário sociodemográfico, simples, com dados relativos à idade, sexo, estado civil e se tem ou não filhos, foi desenvolvido para caracterizar os pacientes aos quais foi aplicada a escala CARE (APÊNDICE B).

4.7.2 Procedimentos

O estudo proposto foi realizado em três fases (avaliação inicial da empatia, intervenção e avaliação tardia da empatia).

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação, ao médico residente, de um questionário sociodemográfico e da JSE, para a avaliação da empatia através de um autorrelato. Também foi aplicado, nos pacientes atendidos no ambulatório, a escala CARE, para a avaliação da empatia baseada na perspectiva do paciente, juntamente com um questionário socio- demográfico, para a caracterização destes.

4.7.2.1 Procedimentos da 1ª fase

Nesta fase, todos os residentes participantes da pesquisa, reunidos no dia da reunião clínica semanal do serviço, realizada no dia 25 de abril de 2019, de presença obrigatória, responderam por escrito ao questionário sociodemográfico e a escala de autorrelato de empatia JSE, após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em um segundo momento, no período entre 29 de abril e 26 de maio de 2019, ainda na 1ª fase, para a avaliação da empatia de cada médico residente participante, através da perspectiva do paciente, a escala CARE foi aplicada em 4 pacientes por residente, número escolhido de forma arbitrária, após a consulta ambulatorial com aquele médico.

De acordo com a escala de atividades vigente na residência, os atendimentos ambulatoriais são realizados, de forma assistida, pelos médicos residentes do primeiro ao terceiro ano, sendo que no mesmo mês, todos eles executam essa função em mais de um momento. Dessa forma, foram

escolhidos de forma aleatória (o primeiro e o último pacientes atendidos, em dois dias distintos) 4 pacientes atendidos por cada residente, para responder por escrito, ao final da consulta, à escala CARE, juntamente com um questionário sociodemográfico, finalizando, assim, a primeira fase da pesquisa.

4.7.2.2 Procedimentos da 2ª fase

Na intervenção, inicialmente, os médicos residentes passaram por um treinamento sobre os aspectos teóricos da habilidade da empatia e sobre como utilizar o MES nos atendimentos ambulatoriais. Esse treinamento foi realizado pelo pesquisador na reunião clínica do dia 30 de maio de 2019 com um tutorial de cerca de 15 minutos, para os residentes se familiarizarem com a ferramenta.

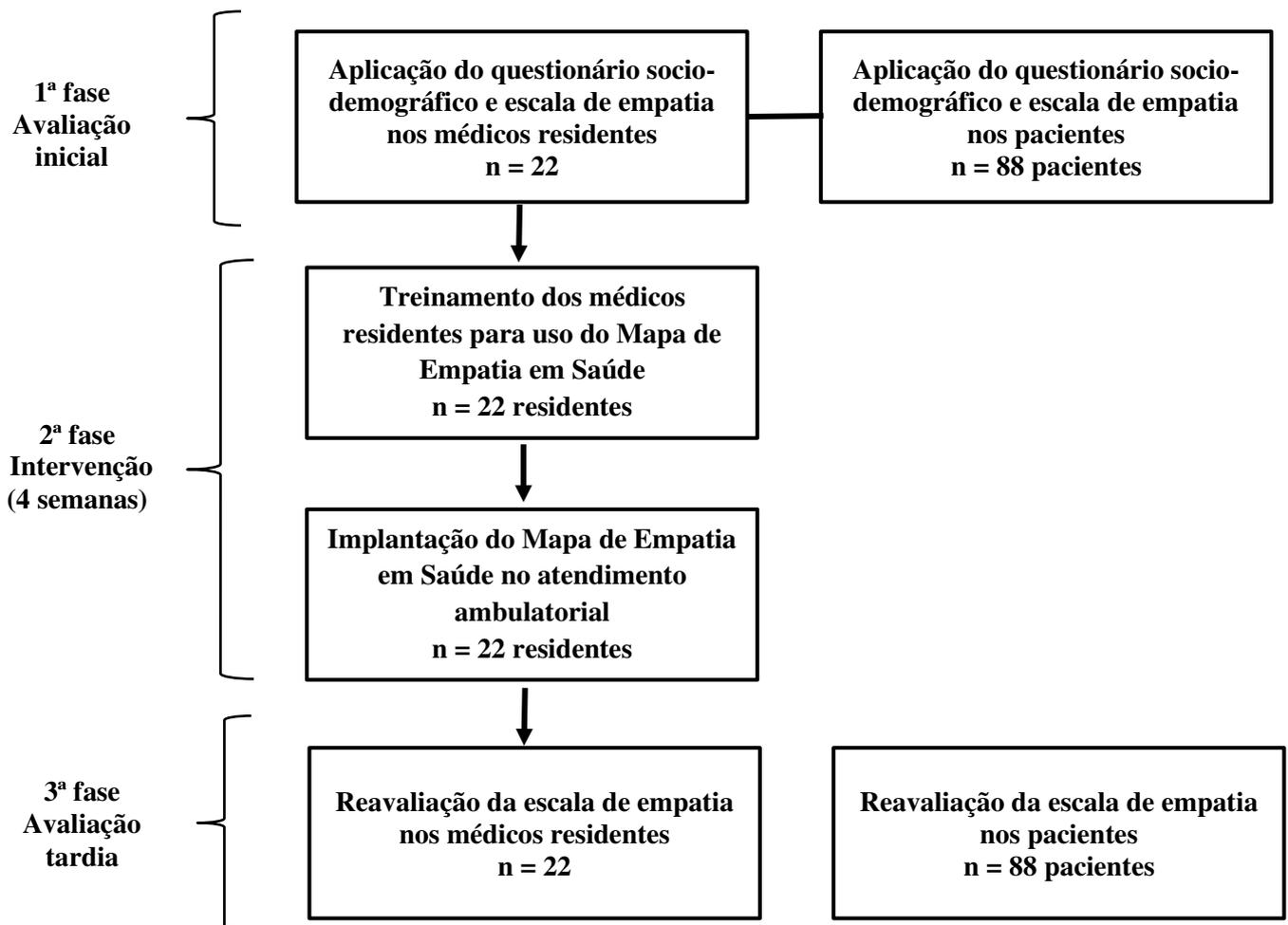
Após esse treinamento, o uso do mapa da empatia foi implementado no serviço. Os residentes tinham acesso a essa ferramenta impressa no ambulatório e a orientação era que eles a preenchessem ao final de cada consulta ambulatorial no período entre 03 de junho e 30 de junho de 2019. O MES preenchido era recolhido semanalmente pela pesquisadora principal, durante a reunião clínica, onde todos estavam presentes.

Após 4 semanas o uso desse instrumento foi interrompido.

4.7.2.3 Procedimentos da 3ª fase

Por último, na avaliação tardia (3ª fase), uma semana após a interrupção do uso do MES, no período entre 08 de julho e 28 de julho de 2019, foram novamente medidos os escores de empatia da mesma forma que foi realizado na 1ª fase do estudo, tanto nos médicos residentes, como nos pacientes (FIG. 1).

Figura 1 - Desenho experimental do estudo



Fonte: Da autora.

4.8 Análise estatística

4.8.1 Estatísticas descritivas

Neste estudo, foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana (Q2), Quartis (Q1 e Q3), média, desvio-padrão (d.p.) e intervalo de 95% confiança para a média, além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

4.8.2 Teste de Shapiro-Wilk

O teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para verificar se os dados avaliados da amostra estudada apresentam uma distribuição normal.

4.8.3 Teste *t* de Student para amostras pareadas

Na comparação entre medidas dos escores JSE, realizadas numa mesma unidade experimental (médico-residente) e avaliadas em 2 momentos distintos, antes (1ª fase) e após intervenção (2ª fase), o teste estatístico *t* de student para amostras pareadas / dependentes foi utilizado. Este teste paramétrico tem como objetivo avaliar se a média das diferenças entre duas medidas realizadas numa mesma unidade experimental (no presente estudo, médico-residente) é estatisticamente igual a zero (Hipótese nula) ou diferente de zero (Hipótese alternativa).

4.8.4 Teste qui-quadrado de Mcnemar

Com o objetivo de avaliar situação do tipo “antes” e “depois” de uma intervenção aplicada aos médicos-residentes no aumento da Empatia (JSE) foi utilizado o teste do *qui-quadrado* de *Mcnemar*. Este teste não-paramétrico teve como objetivo analisar frequências (proporções) de duas amostras relacionadas / pareadas, isto é, tem como objetivo avaliar a mudança no Grau de Empatia em situações em que a avaliação é realizada numa mesma unidade experimental (médico-residente) em 2 momentos distintos (1ª e 2ª fases do estudo).

As hipóteses a serem testadas são:

H0 (hipótese nula): Não existe mudança antes e depois da intervenção.

H1 (hipótese alternativa): Existe mudança antes e depois da intervenção.

4.8.5 Teste *t* de Student para amostras independentes

Com o objetivo de comparar 2 grupos independentes, os pacientes atendidos antes e após a intervenção, quanto às medidas da média de uma variável de interesse do tipo intervalar, neste caso, a escala CARE, foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Trata-se de um teste paramétrico que tem como objetivo comparar médias entre 2 grupos distintos / independentes, isto é, este teste avalia se existe diferença significativa ou não entre 2 grupos quanto às médias de uma determinada variável quantitativa de interesse.

Ressalta-se que o teste de *Levene* foi utilizado com o objetivo de averiguar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada, por grupo. O objetivo deste teste é verificar se as

variâncias são diferentes ou não, entre os 2 grupos estudados, em relação a uma variável de interesse, ou seja, verificar se a probabilidade de significância do teste é inferior a 5% ($p < 0,05$). Neste presente estudo, decidiu-se por assumir a heterogeneidade das variâncias, com isso, optou-se por utilizar os valores do teste *t de student*, assumindo a *não igualdade de variâncias*, o que contribui para resultados mais robustos.

4.8.6 Análise de correlação de Pearson

A análise de *Correlação de Pearson* (Teste paramétrico), quando envolvem duas variáveis do tipo intervalar (contínua ou discreta), tem como objetivo avaliar a relação entre duas variáveis de interesse. Foi usada no presente estudo para avaliar correlações estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre os escores pertencentes à JSE e entre os escores da JSE e a escala CARE.

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

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

Um alto valor de r (negativo ou positivo) - próximo de +1 ou -1 - indica uma forte relação, enquanto um valor próximo de zero mostra uma relação fraca ou nula.

4.8.7 Probabilidade de significância (p)

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

4.9 Aspectos éticos

Diante do fato de a pesquisa ser realizada com seres humanos, este projeto está em consonância com as normas éticas brasileiras de pesquisa em seres humanos, definidas pela resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 466/2012 e resoluções complementares.

Os médicos residentes foram convidados a participar da pesquisa como voluntários, não havendo, portanto, nenhum tipo de remuneração.

A pesquisa trouxe risco mínimo aos participantes, como eventual cansaço ou constrangimento, minimizado pelos questionários sociodemográficos e pelas escalas JSE e CARE serem instrumentos curtos, com tempo estimado para seu preenchimento de aproximadamente 15 minutos e pelo fato de o anonimato ser garantido em todo o momento. O residente pôde retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo ao seu desempenho acadêmico ou profissional.

Todas as informações pessoais obtidas foram confidenciais, e os registros estão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Os participantes não tiveram nenhuma despesa pessoal para participar da pesquisa, sendo a mesma realizada nas dependências do hospital em horário propício.

A obtenção do consentimento livre e informado, com todas as informações especificadas acima, foi através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C). Este termo constou de esclarecimentos sobre sua participação, referindo-se à confiabilidade e privacidade de seus dados pessoais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na UNIFENAS (Parecer nº 3.263.143-ANEXO D).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica dos médicos residentes participantes do estudo

Os 22 médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco de Assis foram convidados a participar do estudo. Todos os 22 concordaram em participar e preencheram os critérios de seleção já descritos. As TAB. 1 e 2 apresentam uma descrição dos participantes quanto aos dados sociodemográficos e acadêmicos de interesse.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos médicos residentes participantes do estudo

Variável	Frequência	
	n	%
Qual a sua Idade?		
<i>25 anos</i>	2	9,1
<i>26 anos</i>	1	4,5
<i>27 anos</i>	2	9,1
<i>28 anos</i>	3	13,7
<i>29 anos</i>	1	4,5
<i>30 anos</i>	5	22,7
<i>32 anos</i>	3	13,7
<i>34 anos</i>	3	13,7
<i>37 anos</i>	1	4,5
<i>38 anos</i>	1	4,5
Sexo		
<i>Masculino</i>	20	90,9
<i>Feminino</i>	2	9,1
Estado Civil		
<i>Casado(a)</i>	5	22,7
<i>Solteiro(a)</i>	17	77,3
Filho(s)		
<i>Sim</i>	4	18,2
<i>Não</i>	18	81,8
Crença em Deus		
<i>Sim</i>	20	90,9
<i>Não</i>	2	9,1
Experiência de doença grave pessoal ou na família		
<i>Sim</i>	5	22,7
<i>Não</i>	17	77,3

Base de Dados: 22 médicos-residentes

A idade dos participantes variou de 25 a 38 anos, com uma média de $30,3 \pm 3,6$ anos, sendo 90,9% do sexo masculino. Quando avaliado o estado civil, observou-se que 77,3% eram

solteiros, enquanto 22,7% afirmam ser casados. 81,8% dos residentes não tinham filhos. A maior parte acredita em Deus (20 = 90,9%) e não possuía experiência de doença grave pessoal ou na família (17 = 77,3%) (TAB. 1).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis acadêmicas dos médicos residentes participantes do estudo

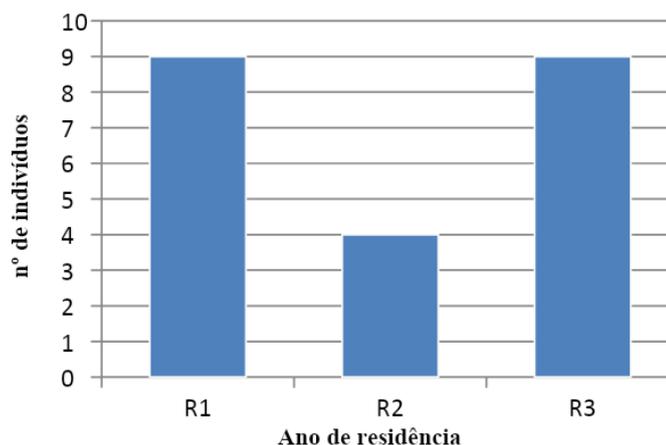
Variável	Frequência	
	n	%
Outra residência / especialização prévia		
<i>Sim</i>	2	9,1
<i>Não</i>	20	90,9
Outra graduação na área de saúde		
<i>Sim</i>	5	22,7
<i>Não</i>	17	77,3

Base de Dados: 22 médicos-residentes.

Apenas 2 (9,1%) médicos residentes cursaram outra residência ou especialização previamente e 5 (22,7%) possuem outra graduação na área de saúde (TAB. 2).

Em relação ao período da residência em curso, 9 (40,9%) se encontravam no 1º ano (R1), 4 (18,2%) no 2º ano (R2) e 9 (40,9%) no 3º ano (R3) (GRAF. 1).

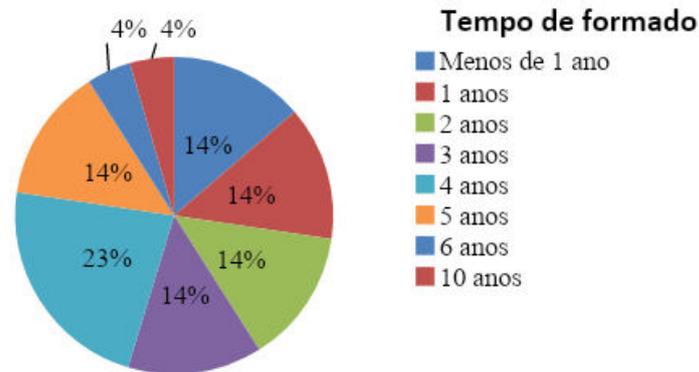
Gráfico 1 - Número de residentes por ano de residência



Base de Dados: 22 médicos-residentes

O tempo médio de formado no curso de medicina foi de $3,1 \pm 2,4$ anos, com tempo mínimo menor que 1 ano e máximo de 10 anos (GRAF. 2).

Gráfico 2 - Porcentagem de residentes por tempo de formação em medicina



Base de Dados: 22 médicos-residentes

O teste de Shapiro-Wilk demonstrou que os dados da amostra estudada apresentam uma distribuição normal.

5.2 Avaliação da empatia autorrelatada pelos residentes

A TAB. 3 apresenta a comparação dos escores da JSE dos médicos residentes antes e após a intervenção. Foram avaliados os valores mínimo, máximo e a média, referentes aos 3 domínios, e o escore geral fornecidos por esse questionário: EEG, ETPD, EC e ECCLO.

Tabela 3 - Medidas descritivas e comparativas entre a 1ª fase e a 3ª fase do estudo quanto às médias dos escores da JSE dos médicos residentes participantes do estudo

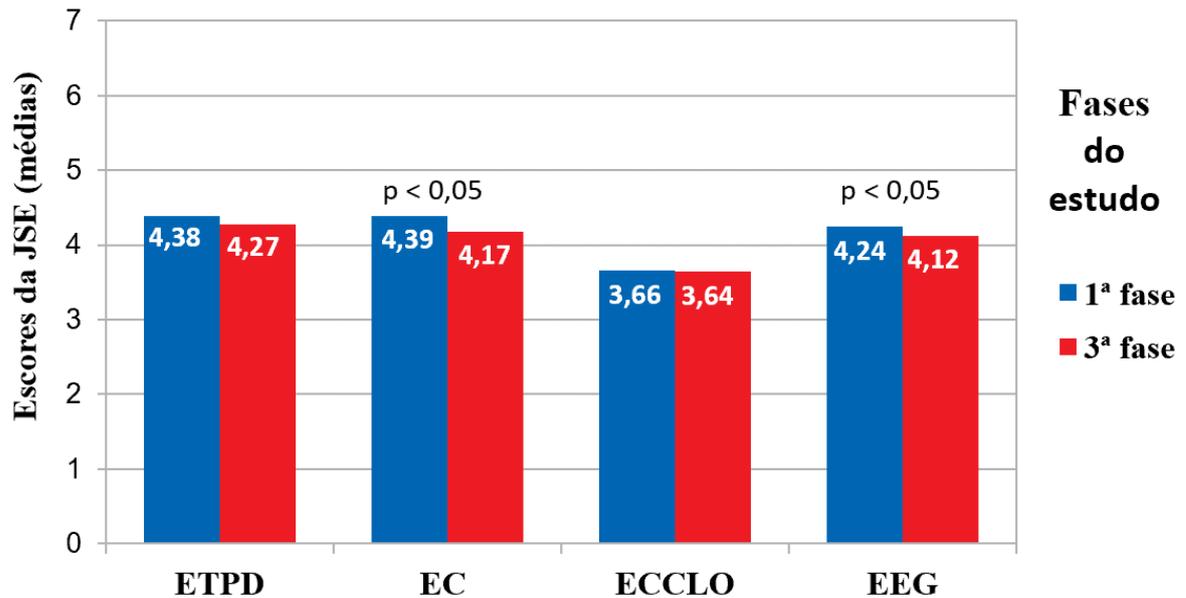
JSE	Fase	n	Medidas descritivas				p
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.	
ETPD	1ª	22	3,20	6,20	4,38	0,62	0,335
	2ª	22	3,40	5,60	4,27	0,47	
EC	1ª	22	3,17	5,83	4,39	0,64	0,024
	2ª	22	3,17	5,00	4,17	0,44	
ECCLO	1ª	22	2,50	5,25	3,66	0,73	0,847
	2ª	22	2,50	5,00	3,64	0,68	
GERAL	1ª	22	3,55	5,50	4,24	0,46	0,047
	2ª	22	3,50	4,80	4,12	0,30	

Base de Dados: 22 médicos-residentes.

Nota: **p** → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras pareadas / dependentes***d.p.** → Desvio-padrão

Os resultados mostram que foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre a 1ª e 3ª fases do estudo para o EC ($p=0,024$) e para o EEG ($p=0,047$). Em ambos os casos, em média, a empatia dos médicos residentes na 1ª fase, antes da intervenção, foi significativamente maior do que na 3ª fase do estudo (GRAF. 3).

Gráfico 3 - Comparação dos escores da JSE entre as duas fases do estudo

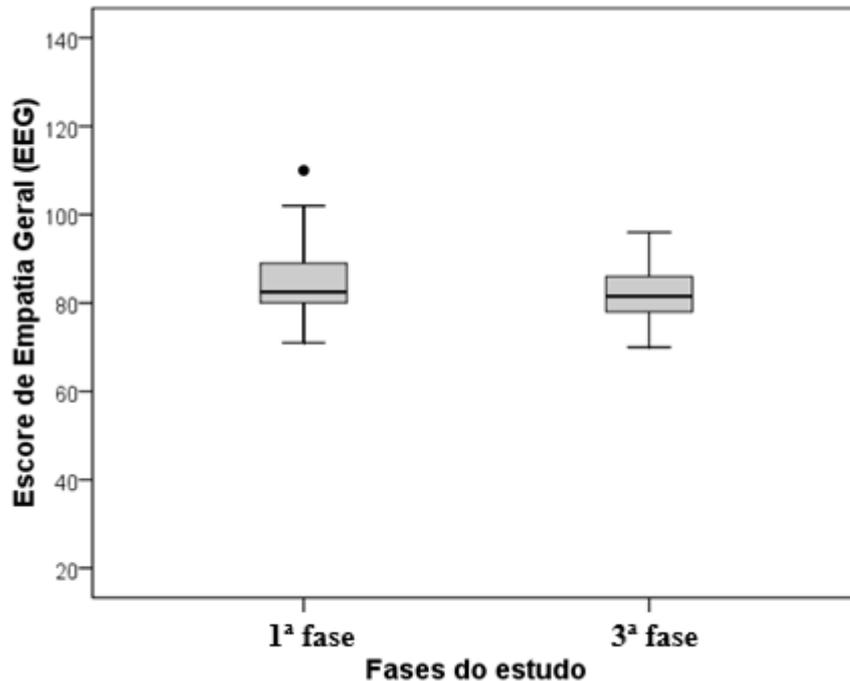


Base de Dados: 22 médicos-residentes.

Nota: $p \rightarrow$ Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras pareadas / dependentes*

Além disso, na avaliação do EEG, considerando que na literatura o ponto de corte sugerido para identificar baixos escores foi menor ou igual a 95 para homens e menor ou igual a 100 para mulheres, observamos que a grande maioria dos residentes apresentou um baixo escore de empatia tanto na primeira, quanto na terceira fase do estudo. A pontuação média encontrada na 1ª fase foi de 84,8 e, na 3ª fase, foi de 82,4. O GRAF. 4 mostra uma melhor visualização da distribuição do EEG da JSE.

Gráfico 4 - BOXPLOT do EEG de acordo com as duas fases do estudo



Base de Dados: 22 médicos-residentes

Com o propósito de verificar se o uso do MES pelo médico residente, no atendimento ambulatorial do paciente, foi capaz de interferir significativamente no grau de empatia avaliado pela JSE, foi aplicado o teste do *qui-quadrado de McNemar*. Segundo os dados que constam na TAB. 4, foi possível constatar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados da 1ª e 3ª fases do estudo quanto ao grau de empatia dos médicos residentes ($p \geq 0,05$). Ou seja, a proporção de Grau Baixo de Empatia na 1ª fase do estudo (86,4%) não difere significativamente do Grau Baixo de Empatia na 3ª fase (95,5%). Portanto, pode-se afirmar que a intervenção adotada não modificou a autopercepção de empatia dos médicos residentes em relação aos pacientes durante o atendimento clínico.

Tabela 4 - Avaliação do grau de Empatia dos médicos-residentes antes (1ª fase) e após intervenção (3ª fase)

<i>JSE</i>	<i>JSE 3ª fase</i>		Total
	Baixo	Alto	
1ª fase			
<i>Baixo</i>	19	0	19 (86,4%)
<i>Alto</i>	2	1	3 (13,6%)
Total	21 (95,5%)	1 (4,5%)	22

Base de Dados: 22 médicos-residentes.

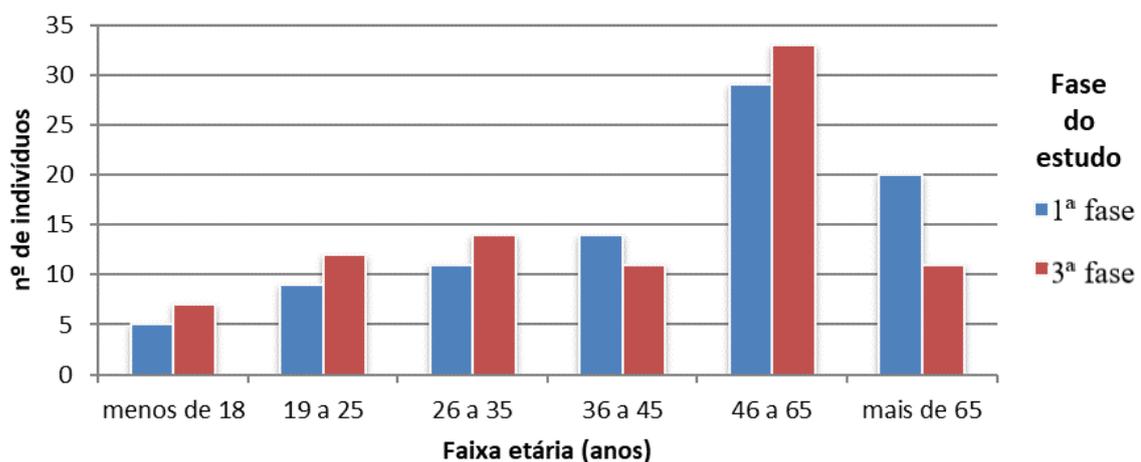
Nota: $p = 0,500$ (Probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado de McNemar*)

5.3 Caracterização dos pacientes participantes

Para a avaliação da empatia baseada na perspectiva do paciente, participaram do estudo 196 pacientes, sendo que os 88 pacientes avaliados na 1ª fase são diferentes dos 88 avaliados na 2ª fase. O GRAF. 5 e a TAB. 5 apresentam uma caracterização dos pacientes que participaram do estudo quanto à idade, ao sexo, ao estado civil e se tem filhos ou não, por fase do estudo.

A caracterização da amostra, segundo variáveis pessoais, mostra que os pacientes nas duas fases do estudo apresentaram média de idade similar de $47,3 \pm 20,1$ anos (GRAF. 5), sendo que na 1ª fase a média era de $49,9 \pm 21,3$ anos e na 3ª fase $44,8 \pm 18,6$ anos.

Gráfico 5 - Número de pacientes por faixa etária em cada fase do estudo



Base de Dados: 176 pacientes, no geral (1ª fase → 88 casos e 3ª fase → 88 casos)

Os resultados mostraram que 55,7% dos pacientes eram do sexo feminino, 36,9% eram casados e que 52,3% dos pacientes tinham filhos (TAB. 5).

Tabela 5 - Caracterização dos pacientes em relação as duas fases do estudo e no geral (continua)

Variável	Fase do estudo				GERAL	
	1ª fase		3ª fase		n	%
	n	%	n	%		
Sexo						
<i>Masculino</i>	39	44,3	39	44,3	78	44,3
<i>Feminino</i>	49	55,7	49	55,7	98	55,7
TOTAL	88	100,0	88	100,0	176	100,0

Base de Dados: 176 pacientes, no geral (1ª fase → 88 casos e 3ª fase → 88 casos)

Tabela 5 - Caracterização dos pacientes em relação as duas fases do estudo e no geral (conclusão)

Variável	Fase do estudo				GERAL	
	1ª fase		3ª fase		n	%
	n	%	n	%		
Estado civil						
<i>Casado(a)</i>	36	40,9	29	33,0	65	36,9
<i>Solteiro(a)</i>	28	31,8	28	31,8	56	31,8
<i>Separado(a)</i>	10	11,4	15	17,0	25	14,2
<i>Relação estável</i>	14	15,9	16	18,2	30	17,1
TOTAL	88	100,0	88	100,0	176	100,0
Tem filho(s)?						
<i>Sim</i>	47	53,4	45	51,1	92	52,3
<i>Não</i>	41	46,6	43	48,9	84	47,7
TOTAL	88	100,0	88	100,0	176	100,0

Base de Dados: 176 pacientes, no geral (1ª fase → 88 casos e 3ª fase → 88 casos)

5.4 Avaliação da empatia dos residentes relatada pelos pacientes após o atendimento ambulatorial

A análise dos escores de empatia do médico residente relacionados às respostas obtidas dos pacientes, por meio da escala CARE, demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases do estudo ($p < 0,001$). Obteve-se, na primeira 1ª fase, uma pontuação média de $27,4 \pm 8,8$ na escala e, na 3ª fase, $42,9 \pm 6,2$ (TAB. 6).

Tabela 6 - Medidas descritivas e comparativas dos escores obtidos das respostas dos pacientes em relação à empatia do médico segundo a escala CARE, entre a 1ª e a 3ª a fase do estudo

Fase	n	Medidas descritivas				p
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.	
1ª	88	10,0	50,0	27,4	8,8	p < 0,001
3ª	88	20,0	50,0	42,9	6,2	

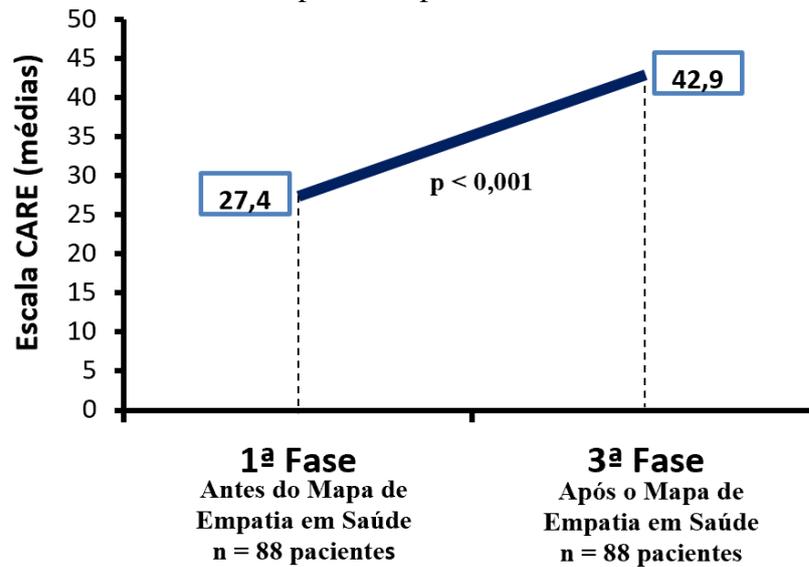
Base de Dados: 176 pacientes, no geral (1ª fase → 88 casos e 2ª fase → 88 casos)

Nota: **p** → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*

d.p. → Desvio-padrão

A análise estatística pelo teste *t de Student* para amostras independentes revelou que, na percepção dos pacientes, pela escala CARE, houve uma melhora da empatia do médico residente após a intervenção (GRAF. 6).

Gráfico 6 - Percepção da empatia pelo paciente, segundo a escala CARE, antes e após o uso da Mapa de Empatia em Saúde



Base de Dados: 176 pacientes, no geral (1ª fase → 88 casos e 2ª fase → 88 casos)
 Nota: Escala variando de 10 a 50 pontos

5.5 Correlação entre a JSE e a escala CARE

A análise de *Correlação de Pearson* permitiu avaliar correlações entre os escores da JSE e a escala CARE (TAB. 7) e correlações entre os escores pertencentes à JSE (TAB. 8).

Tabela 7 - Análise de Correlação entre a JSE e a escala CARE, por fase do estudo

Correlação	PFIN em pé × PFIN sentado	
	<i>r</i>	<i>p</i>
• 1ª fase		
<i>ETDP</i> × <i>CARE</i>	0,04	0,858
<i>EC</i> × <i>CARE</i>	-0,01	0,958
<i>ECCLLO</i> × <i>CARE</i>	0,21	0,342
<i>GERAL</i> × <i>CARE</i>	0,09	0,689
• 3ª fase		
<i>ETDP</i> × <i>CARE</i>	0,13	0,559
<i>EC</i> × <i>CARE</i>	0,21	0,358
<i>ECCLLO</i> × <i>CARE</i>	0,06	0,796
<i>GERAL</i> × <i>CARE</i>	0,22	0,331

Base de Dados: 22 médicos-residentes e 22 casos do CARE (Média das medidas do CARE considerando-se os 4 pacientes de cada médico-residente)

Nota: *r* → Coeficiente de correlação de *Pearson*

p → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras pareadas*

Tabela 8 - Análise de Correlação entre os escores da JSE, por fase do estudo

Correlação	PFIN em pé × PFIN sentado	
	<i>r</i>	<i>p</i>
• 1ª fase		
<i>ETPD × EC</i>	0,30	0,183
<i>ETPD × ECCLLO</i>	0,10	0,653
<i>EC × ECCLLO</i>	0,17	0,458
• 2ª fase		
<i>ETPD × EC</i>	-0,09	0,686
<i>ETPD × ECCLLO</i>	-0,01	0,990
<i>EC × ECCLLO</i>	0,21	0,353

Base de Dados: 22 médicos-residentes e 22 casos do CARE (Média das medidas do CARE considerando-se os 4 pacientes de cada médico-residente)

Nota: *r* → Coeficiente de correlação de *Pearson*

p → Probabilidade de significância do teste *t de student para amostras pareadas*

Não foram observadas correlações estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) entre os escores da JSE e a escala CARE. Portanto, não existe dependência entre os resultados das JSE e da escala CARE.

6 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs avaliar os escores de empatia dos médicos residentes de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco e investigar o efeito do uso do MES como método de ensino e prática da habilidade da empatia.

Nossos resultados demonstram que os escores de autorrelato de empatia pela JSE dos médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia podem ser considerados baixos e que o uso do MES, durante o atendimento ambulatorial, não promoveu aumento destes escores nos médicos residentes. Entretanto, após o uso do MES houve aumento da percepção da empatia do médico residente na perspectiva do paciente.

A originalidade deste estudo reside no fato de avaliar o impacto do uso de uma ferramenta facilitadora do ensino e prática da habilidade de empatia durante o período de formação profissional do médico residente de Ortopedia e Traumatologia.

Em relação às características do grupo de médicos participantes deste estudo, apesar ter sido uma amostra de conveniência composta por 22 médicos, o perfil sociodemográfico se assemelha muito ao encontrado por Araújo (2018), em estudo realizado com 250 residentes do último ano de residências credenciadas pela SBOT, presentes no 48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia.

Observou-se, assim como no estudo de Araújo (2018), que os participantes eram em sua maioria do sexo masculino, com idade média de 30 anos, solteiros, sem filhos e em curso de sua primeira especialidade médica. A maioria acredita em Deus e não possui experiência de doença grave pessoal ou na família.

Analisando os escores de empatia dos médicos residentes, obtidas pela JSE, observa-se que os participantes apresentam uma média do EEG, classificada como de Baixo Grau, tanto na 1ª quanto na 3ª fase do estudo, tomando-se como referência a classificação sugerida por Hojat e Gonnella (2015), em que as pontuações dos escores de corte baixas e altas para os homens são ≤ 95 (67,85%) e ≥ 127 (90,7%), respectivamente, e para as mulheres ≤ 100 (71,43%) e ≥ 129 (92,14%).

Estudos em todo o mundo têm mostrado uma menor empatia em homens (COSTA P.; MAGALHÃES; COSTA M., 2013; WEN *et al.*, 2013; HEGAZI; WILSON, 2013; TAVAKOL, S.; DENNICK; TAVAKOL, M., 2011; HASAN *et al.*, 2013; BERG *et al.*, 2011; SHARIAT; HABIBI, 2013; KATAOKA *et al.*, 2009) e entre os estudantes que preferem uma especialidade orientada para as áreas cirúrgicas. (HOJAT *et al.*, 2002b; TAVAKOL, S.; DENNICK; TAVAKOL, M., 2011; KATAOKA *et al.*, 2009)

Considerando que a amostra avaliada, neste estudo, era composta por médicos residentes de uma especialidade cirúrgica e predominantemente masculina, o achado de baixos escores de empatia, entre os residentes de Ortopedia e Traumatologia, são consistentes com aqueles encontrados em vários estudos que também utilizaram medidas de empatia baseadas no autorrelato.

No estudo de Santos *et al.* (2016), realizado com 595 estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, demonstrou que, entre os alunos que indicaram uma preferência por atuar em especialidade da área clínica, os escores de empatia se apresentavam mais altos, em relação aos que preferiram uma especialidade orientada para área cirúrgica, o que é consistente com outros estudos (HOJAT, 2009; TAVAKOL, S.; DENNICK; TAVAKOL, M., 2011; KATAOKA *et al.*, 2009). A baixa empatia entre médicos de especialidades cirúrgicas pode ser explicada pelas influências de fatores negativos tais como a falta de modelo, aumento progressivo do conteúdo técnico a ser aprendido, ambiente hostil de trabalho, medo de cometer erros, modelo curricular exigente e até redução da qualidade do sono (HOJAT, 2009). Isso é especialmente verdadeiro no período da residência médica, quando ocorre uma sobrecarga por uma curva de aprendizagem do conhecimento íngreme, pacientes cada vez mais complexos, restrições de tempo e responsabilidades administrativas. O aspecto de desempenho da empatia é ainda influenciado por uma variedade de fatores externos, como a população de pacientes ou a necessidade de autodefesa em face do trabalho traumatizante (EASTER; BEACH, 2004).

Estudos descritivos que avaliaram a comunicação do cirurgião com os pacientes mostraram que os cirurgiões passam a maior parte do tempo trocando informações médicas e raramente abordando aspectos emocionais e psicossociais de cuidados (LEVINSON; HUDAK; TRICCO, 2013; LEVINSON; CHAUMETON, 1999). Outros estudos relataram uma resposta do cirurgião a oportunidades empáticas em apenas 10%-30% (LEVINSON; HUDAK; TRICCO, 2013). Hudak (2008) avaliaram 89 cirurgiões ortopédicos e descobriram que os pacientes só relataram

53% de suas preocupações reais sobre a cirurgia para o cirurgião, raramente trazendo à tona questões como falta de apoio social e outras barreiras à cirurgia. No estudo de Tongue *et al.* (2005), 75% dos cirurgiões ortopédicos sentiram que se comunicavam satisfatoriamente com seus pacientes, mas apenas 21% dos pacientes ortopédicos relataram ter uma comunicação adequada com seus cuidadores.

A revisão bibliográfica também demonstra que os escores de empatia que utilizaram medidas de autorrelatos, têm demonstrado que mulheres apresentam escores significativamente mais elevados da empatia média do que homens. Vários autores têm explicações para este fenômeno (MAGALHÃES *et al.*, 2011; WEN *et al.*, 2013; HEGAZI; WILSON, 2013; TAVAKOL, S.; DENNICK; TAVAKOL, M., 2011; VALLABH, 2011). Eles incluem fatores extrínsecos (papel esperado pela sociedade) e fatores intrínsecos, como características biológicas - incluindo correlação com achados neurológicos. Rueckert e Naybar (2008) encontraram, exclusivamente em mulheres, uma correlação entre a ativação do hemisfério cerebral direito e a empatia. A teoria do investimento dos pais também foi considerada como uma explicação para maiores escores de empatia entre as mulheres. De acordo com essa teoria, espera-se que as mães desenvolvam um forte senso de cuidado e sejam mais hábeis na compreensão das emoções e necessidades de seus descendentes, a fim de garantir sua sobrevivência. Além disso, estudos concluem que as mulheres têm uma maior receptividade e são mais propensas a desenvolver e valorizar as relações interpessoais e oferecer mais apoio emocional do que os homens, tendendo a ter atitudes mais humanistas, maior sensibilidade social e maior cuidado. Por outro lado, os homens tenderiam a adotar atitudes de "justiça, independência e controle" (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

No entanto, a diferença de gênero para as habilidades empáticas ainda é assunto controverso na literatura (PARO *et al.*, 2012). As inconsistências dos achados acerca das diferenças de gênero para as habilidades ou disposições empáticas foram analisadas por Eisenber e Lennon (1983) em uma extensa revisão de literatura. Os autores concluem que os resultados dependem das diferentes medidas utilizadas entre os estudos. As maiores diferenças de gênero foram encontradas em trabalhos que utilizaram as medidas de autorrelato para avaliar as disposições empáticas. Já os estudos que avaliaram a habilidade empática (ou o comportamento empático), por meio observações externas (BLANCH-HARTIGAN *et al.*, 2010) ou pela acurácia empática (capacidade de prever adequadamente o pensamento ou sentimento do outro) não evidenciaram diferenças de gênero (DECETY; ICKES, 2009; EISENBER; LENNON, 1983; ICKES; GESN;

GRAHAM, 2000). Dessa maneira, podemos pensar que homens e mulheres se apresentam diferentemente em avaliações que contam com sua autopercepção, mas devem ter a mesma capacidade para demonstrar o comportamento empático. Isso explica o fato da média do EEG dos residentes de Ortopedia e Traumatologia ser inferior ao ponto de corte considerado baixo, uma vez que se trata de uma população predominantemente masculina, utilizando uma medida de autorrelato.

Importante salientar que as considerações a respeito do grau de empatia, observado nos residentes de ortopedia deste estudo, tomou como referência os pontos de corte obtidos em um estudo realizado com objetivo de classificar os escores de empatia da JSE (HOJAT; GONNELLA, 2015). No entanto, a distribuição dos escores e o *rank* de percentil relatados nesse estudo podem ser usados com a finalidade de comparar contagens individuais e de determinar o *rank* relativo para alunos de medicina e não para pós-graduação ou médicos especialistas. Além disso, a tentativa de corte sugerida pelos autores não é absolutamente definitiva. Como qualquer outra qualidade pessoal, a empatia varia entre os indivíduos. Portanto, um grupo pode possuir mais ou menos empatia, dependendo de aspectos culturais, sociais, educacionais, além de fatores endógenos e exógenos (HOJAT *et al.*, 2002b). São necessários mais estudos, com amostras representativas de escolas de medicina e médicos em diferentes especialidades e culturas para examinar a validade preditiva dos pontos de escores propostos.

Na análise comparativa dos escores da JSE, entre a 1ª e a 3ª fase do estudo (antes e após o uso do MES no atendimento ambulatorial), observa-se uma média praticamente equivalente dos escores, tendendo a uma maior média antes da intervenção. Encontramos diferenças estatisticamente significativas apenas para as médias dos EC e EEG, que foram ainda menores na 3ª fase do estudo. Além disso, não se identificou relação entre o uso do MES pelo médico residente no atendimento ambulatorial e o grau de empatia avaliado pela JSE. A proporção de Grau Baixo de Empatia na 1ª fase do estudo não difere significativamente do Grau Baixo de Empatia na 3ª fase.

Esses dados são intrigantes e contrários às nossas expectativas. Esperávamos que o uso do MES, no atendimento ambulatorial, favorecesse a percepção do aprimoramento da empatia pelo médico residente.

É importante salientar que a intervenção realizada no presente estudo centrou-se na melhoria das habilidades comportamentais de empatia, o que pode não ter influenciado a consciência dos residentes em relação à própria empatia. A autoavaliação da empatia, através da JSE, por ser uma percepção interior sobre si mesmo, pode ser menos suscetível à mudança do que os aspectos de empatia comportamental, e, ainda, uma intervenção, com duração de quatro semanas, como a realizada neste estudo, não teria o tempo necessário para a promoção de mudanças em crenças e valores previamente adquiridos pelo médico residente ao longo de sua vida pessoal e acadêmica. Isso provavelmente explica o fato dos escores da JSE terem se mantido baixos e, até mesmo diminuídos, como no caso das subescalas EC e do EEG, após essa intervenção. É importante salientar que diferenças estatísticas nem sempre refletem diferenças relevantes no que se refere a comportamentos (BERNARDO *et al.*, 2018)

Outra explicação possível é que a JSE reflita mais o senso comum da população estudada acerca da empatia do que a real disposição empática dos residentes de Ortopedia e Traumatologia. Na adaptação da JSE à cultura brasileira, Paro *et al.* (2012) utilizaram como referência o questionário anteriormente traduzido e validado para o português de Portugal, para alunos de medicina. Foram realizadas as adequações pertinentes e necessárias à adaptação à língua portuguesa do Brasil e, posteriormente, foi realizada a Análise Fatorial descrita pela autora. No entanto, o trabalho apresentado por ela expõe algumas vulnerabilidades do questionário validado, evidenciando comunalidades e correlações com níveis abaixo do aceitável em sete itens de avaliação, que representam cerca de 30% do total do questionário. Foi encontrada, também, uma baixa variância na soma dos fatores, o que demonstra uma menor capacidade de explicar o comportamento dos indivíduos, reduzindo a confiabilidade na medida da empatia por tais itens. Tais fragilidades poderiam contribuir com distorções na avaliação do nível de empatia, fazendo com que a JSE seja pouca discriminativa para a população do presente estudo (NUNES, 2018).

Uma importante questão que pode ser levantada é sobre a capacidade de os estudos que vêm sendo realizados para avaliação da empatia médica, através de escalas de autorrelato, serem capazes de identificar, além dos aspectos cognitivos da empatia, os aspectos comportamentais, ou seja, se efetivamente o médico transforma o que pensa, em relação à empatia, em ação durante a assistência ao paciente. Neste estudo, a análise da empatia do médico residente de Ortopedia e Traumatologia não se restringiu aos quatro escores de autopercepção (EEG, ETPD, EC e ECCLLO) fornecidos pela JSE. A análise também foi realizada pela escala CARE, que

fornece o grau da percepção da empatia por parte do paciente, dado muito importante, uma vez que influencia a efetividade da intervenção médica (SCARPELLINI *et al.*, 2014).

Uma revisão sistemática discute que a avaliação do paciente, em contraste com o autorrelato do médico, é uma medida mais relevante para medir a empatia do médico (HEMMERDINGER; STODDART; LILFORD, 2007). Outros estudos questionam se as avaliações de pacientes e autoavaliações medem o mesmo fenômeno (NEUMANN *et al.*, 2011; COLLIVER *et al.*, 2010).

Embora os pacientes respondentes na 1ª fase do estudo sejam diferentes dos da 3ª fase, as características sociodemográficas das duas amostras são semelhantes. A maioria dos pacientes, nas duas fases do estudo, é do sexo feminino e apresentaram um comportamento similar em relação à idade. Os resultados também mostraram que a maioria dos pacientes é casada e que há um maior percentual de pacientes com filhos nas duas fases do estudo.

Uma consideração importante sobre essa escala é que seu conteúdo reflete com precisão as opiniões dos pacientes em todos os setores da comunidade. A redação da escala CARE foi cuidadosamente desenvolvida para produzir uma medida significativa para os pacientes em todo o espectro socioeconômico (MERCER; REYNOLDS, 2002; MERCER *et al.*, 2004). Além disso, o estudo de Mercer *et al.* (2005) demonstrou que os escores da escala CARE não variaram entre os grupos de pacientes, em termos de gênero, razão para consulta médica, presença de doença crônica ou grupo de privação, apoiando a validade do uso da ferramenta em diferentes cenários.

No presente estudo, no que se refere à percepção do paciente, a respeito da empatia do médico residente, a análise das médias dos escores obtidos através da escala CARE demonstrou diferença entre as duas fases do estudo. Observou-se um aumento significativo da média do escore após a intervenção. Não encontramos na literatura um estudo que normalize valores de corte para a escala CARE, definindo o que deve ser considerado uma pontuação "média", "acima da média" ou "abaixo da média".

Sendo assim, constatou-se, através da escala CARE, uma melhora na empatia do médico residente de Ortopedia e Traumatologia após a intervenção. Isto é surpreendente, pois traduz um resultado comportamental da habilidade da empatia. Segundo Tassinari e Durange (2014), a compreensão empática só é qualificada quando comunicada e compreendida pelo paciente.

Após o uso do MES, mesmo na ausência de mudanças na autopercepção da empatia, os residentes, de algum modo, explícita ou implicitamente, expressaram empatia pelos pacientes atendidos.

Uma grande força dos resultados encontrados por essa escala é que os pacientes não estavam cientes do estudo durante a consulta e conseqüentemente não focalizaram na empatia do seu médico mais do que usual. Além disso, Bernardo *et al.* (2018) demonstraram em seu estudo que a escala CARE foi capaz de captar diferenças entre as medições de empatia de consultas médicas iniciais e subsequentes. Esse achado sugere que a medida CARE pode capturar nuances mais sutis das interações dos pacientes com seus médicos, confirmando seu valor para avaliar a relação entre a medida da empatia e a intervenção realizada.

O MES teve como objetivo aumentar a conscientização do médico sobre seus pacientes e seus próprios estados emocionais e forneceu ferramentas comportamentais para transmitir compreensão empática e preocupação. Essa mudança nos escores indica que a empatia pode de fato ser ensinada (SULMASY, 2000). Os resultados de alguns estudos demonstram que um treinamento em comunicação e empatia centradas no paciente pode reverter o declínio documentado da empatia durante a residência médica. (NUNES; WILLIAM; STEVENSON, 2011; HOJAT, 2009; BELLINI; SHEA, 2005; NEUMANN *et al.*, 2011). Diante disso, o uso do MES pode ser implementado para alcançar esse objetivo.

A presença de diferenças entre a empatia percebida pelo paciente e autorrelatos de empatia de médicos e estudantes de medicina já foram mostradas (CHEN; PAHILAN; ORLANDER, 2010; MERCER *et al.*, 2004). Em nosso estudo, não foram observadas correlações entre os escores da JSE e da escala CARE, o que explica as diferenças entre os resultados obtidos por essas duas escalas.

O estudo de Scarpellini *et al.*, (2014) que traduziu e adaptou a escala CARE do inglês para o português falado no Brasil, também demonstrou que as medidas de empatia referidas pelos médicos não se correlacionaram com as percepções dos pacientes avaliadas com essa escala. Além disso, na adaptação da JSE à cultura brasileira, Paro *et al.* (2012) não testaram a validade simultânea do JSE com outras medidas de empatia.

A baixa correlação entre escores de empatia dos médicos residentes e seus pacientes é consistente com os achados de outro estudo em um ambiente de atenção primária, que constatou que a percepção do paciente sobre empatia do médico não foi um preditor significativo do autorrelato dos médicos de empatia (HOJAT *et al.*, 2010). Essa divergência sugere que questionar os médicos sobre sua empatia não seria suficiente para estimar a percepção dos pacientes. Os médicos tendem a subestimar suas habilidades empáticas, portanto avaliam-se mais baixo do que seus pacientes. Isso pode ser devido a uma sensação de modéstia ou insegurança por parte do médico (HERMANS; HARTMAN; DIELISSSEN, 2018)

A literatura mostra que a JSE e a escala CARE podem estar medindo diferentes componentes da empatia e que outros elementos do encontro clínico afetam a percepção dos pacientes sobre a empatia de seus médicos. A autoavaliação dos médicos de sua própria empatia é insuficiente para avaliar a complexidade da interação entre médicos e pacientes. Por outro lado, a perspicácia da avaliação dos pacientes pode dar oportunidade para desenvolver estratégias de treinamento para médicos dispostos a melhorar suas interações clínicas com os pacientes (BERNARDO *et al.*, 2018).

Nossos dados corroboram o entendimento de que a empatia é uma construção complexa, deve ser avaliada por meio de lentes diferentes, dependendo do objetivo do processo de avaliação. Se a intenção é criar consciência entre médicos ou estudantes de medicina sobre o valor clínico da empatia, a autoavaliação pode representar uma boa estratégia, desde que haja consciência das vantagens e desvantagens dos instrumentos utilizados. Se, no entanto, o objetivo é melhorar o atendimento clínico, então a educação e outras intervenções baseadas em instrumentos de autoavaliação podem não ser suficientes porque a autoavaliação não pode capturar a realidade percebida pelos pacientes.

Em geral, os estudos de empatia apresentam limitações intrínsecas de avaliação, no que se refere tanto à abrangência do construto pelo instrumento de avaliação, quanto à forma autorreferida de apreensão das percepções dos entrevistados. Resultados assim obtidos dependem do estado cognitivo, do autoconhecimento do entrevistado e do padrão de valorização dos eventos que o entrevistado detém.

Para minimizar esse problema, consideramos que foi fundamental a garantia do sigilo durante toda a coleta de dados. Além disso, percebemos também que o contato individual e frequente

ofereceu apoio e suporte necessários para os respondentes, favorecendo a qualidade de respostas aos questionários utilizados.

Ressaltamos outras limitações deste estudo. A primeira delas, inerente ao método, refere-se à aceitação dos sujeitos, que podem ter constituído um público “seleto por afinidade com o tema do projeto”. Ou seja, um grupo que tenda a apresentar uma predisposição positiva com relação ao tema pesquisado, o que pode ter influenciado nos achados da pesquisa. Além disso, os questionários de autorrelato vêm com seu próprio conjunto de vieses, o que pode ter um impacto sobre os resultados. Deixando de lado as várias razões pelas quais os participantes podem precisar subestimar ou superestimar sua empatia, a conveniência social pode levá-los a subestimar ou relatar empatia exageradamente. Este estudo também pode revelar conclusões limitadas por ter sido realizado em apenas um programa de Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia. Admite-se que os resultados obtidos são representativos da população de residentes em Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco, mas não se pode afirmar que sejam generalizáveis para todos os residentes de ortopedia do Brasil, por se tratar de uma amostra de conveniência. Outra limitação foi o fato de não haver acompanhamento a longo prazo dos efeitos do uso do MES. Pesquisas futuras podem examinar a retenção de habilidade de comportamento empático, bem como a necessidade de treinamentos de reforço.

Apesar dessas limitações, este trabalho trouxe contribuições à discussão sobre empatia na residência médica de Ortopedia e Traumatologia. A literatura mostra que a empatia é importante para cirurgiões e que médicos empáticos estão associados à melhoria dos resultados dos pacientes. Além disso, os cirurgiões podem ser excepcionalmente suscetíveis à perda de empatia durante a residência médica, o que é problemático e preocupante (HANG; PAPPAS, 2018). Visto que empatia é uma habilidade que pode ser ensinada e que a pesquisa sugere que o MES é uma ferramenta facilitadora da prática do comportamento empático, os dados obtidos nessa pesquisa poderão gerar subsídios para que esse instrumento de treinamento de empatia seja instituído como uma parte padrão dos currículos de residência. Futuros ensaios clínicos randomizados controlados poderiam também abordar se esse uso do MES resulta não apenas em melhorias nas classificações dos pacientes, mas também em melhores resultados médicos, maior adesão à terapia, melhor satisfação na carreira, redução do *burnout*, e menos alegações de negligência.

7 CONCLUSÃO

O uso do MES por 4 semanas, durante o atendimento ambulatorial de ortopedia, não promoveu aumento dos escores de autorrelato da empatia nos médicos residentes. Apesar disso, após o uso do MES, houve aumento da percepção da empatia do médico residente durante o atendimento, na perspectiva do paciente. Não houve correlação entre a autoavaliação da empatia dos médicos em treinamento e as avaliações de seus pacientes. Do ponto de vista dos pacientes, encontramos melhorias na empatia dos residentes, após a intervenção, demonstrando que o comportamento empático centrado no paciente pode ser ensinado, integrando treinamento e o uso do MES nos programas da residência médica.

Além disso, demonstramos uma incompatibilidade de correlação entre a autoavaliação da empatia dos médicos em treinamento e as avaliações de seus pacientes. Nossos resultados sugerem que, embora a autoavaliação possa funcionar como um estímulo para criar consciência e motivação para mudar os residentes, as perspectivas dos pacientes são cruciais para melhorar o cuidado real e verificar a eficiência das intervenções pedagógicas.

8 APLICABILIDADE

Frente à escassez relatada de empatia, seu declínio durante a formação médica e sua importância na relação médico-paciente, o estudo tem potencial de ser usado para a melhoria das estratégias de ensino da habilidade empática. Pode estimular os serviços que possuem residência médica em Ortopedia e Traumatologia, incluindo o próprio Complexo Hospitalar São Francisco, a investir na discussão de temas relacionados à prática empática, servindo de base para a implementação do MES como instrumento facilitador do ensino e da prática dessa habilidade.

REFERÊNCIAS

- ALDER, J. *et al.* Communication Skills Training in Obstetrics and Gynaecology: Whom Should We Train? A Randomized Controlled Trial. **Archives of gynecology and obstetrics**, Berlin, v. 276, n. 6, p. 605-612, 2007.
- ARAÚJO, A. L. L. C. **Avaliação da Qualidade de Vida dos Residentes de Ortopedia Brasileiros**. 2018. 99 f. Monografia (Mestrado em Ensino em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, Belo Horizonte.
- BELLINI, L. M.; SHEA J. A. Mood change and empathy decline persist during internal medicine residency training. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 80, n. 2, p. 164-167, Fev. 2005.
- BELLODI, P. L. **O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha de especialidade médica**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BERG, K. *et al.* Medical students' selfreported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 86, n. 8, p. 984-988, Aug. 2011.
- BERNARDO, M. O. *et al.* Physicians self-assessed empathy levels do not correlate with patients assessments. **PLoS One**, v. 13, n. 5, May 2018.
- BLANCH-HARTIGAN, D. *et al.* Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 80, n. 3, p. 315-320, Sep. 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 2, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Comissão Nacional de Residência Médica. 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 24 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. 22, de 8 de abril de 2019. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de abril de 2019. Seção 1, p. 213.
- BRATSBURG, H. M. Empathy Maps of the Four Sight Preferences. **Creative Studies Graduate Student Master's Projects**, [S. l.], v. 176, 2012.
- BRENT, D. A. The residency as a developmental process. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 56, n. 5, p. 417 - 422, May 1981.
- CHEN, D. *et al.* A Cross-sectional measurement of medical student empathy. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 22, n. 10, p. 1434-1438, Out. 2007.
- CHEN, D.; PAHILAN M. E.; ORLANDER J. D. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 25, n. 3, p. 200-202, Mar. 2010.

- COLLIVER, J. A. *et al.* Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 85, n. 4, p. 588-593, Abr. 2010.
- COSTA, S. C. *et al.* Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 571-580, 2009.
- COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.
- COSTA, P.; MAGALHÃES, E.; COSTA, M. J. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. **Advances in Health Sciences Education**, Dordrecht, v. 18, n. 3, p. 509-522, Ago. 2013.
- DAVIS, M. H. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. **JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology**, [S. l.], v. 10, p. 85-104, Jan.1980.
- DAVIS, M. H. **Empathy: a social psychological approach**. 2. ed. Madison: Brown & Benchmark Publishers, 1996. 271p.
- DAVIS, M. H. A perspective on cultivating clinical empathy. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, Amsterdam, v. 15, v. 2, p. 76-79, May 2009.
- DECETY, J.; COWELL, J. M. Friends or Foes: Is Empathy Necessary for Moral Behavior? **Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science**, Thousand Oaks, v. 9, n. 5, p. 525-537, Set. 2014.
- DECETY, J.; ICKES, W. J. **The social neuroscience of empathy**. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2009. 272 p.
- DECETY, J.; YANG, C-Y; CHENG, Y. Physicians Down-Regulate Their Pain Empathy Response: An Event-Related Brain Potential Study. **Neuroimage**, Orlando, v. 50, n. 4, p. 1676-1682, May 2010.
- EASTER, D. W.; BEACH, W. Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. **Current Surgery**, New York, v. 61, n. 3, p. 313-318, 2004.
- EISENBER, G. N.; LENNON, R. Sex differences in empathy and related capacities. **Psychological Bulletin**, [S. l.], v. 94, n. 1, p. 100-131, 1983.
- FALCONE, E. *et al.* Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e Validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 321-334, dez. 2008.
- FEUERWERKER, L. Changes in medical education and medical residency in Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.
- GADAMER, H. G. **Dove si Nasconde la Salute**. Milano: Raffaello Cortina: 1994.

GRAY, D.; BROWN, S.; MACANUFO, J. **Gamestorming – A playbook for innovators, rulebreakers and changemakers**. Sebastopol, CA: O'Reilly Media, 2010. 290 p.

HALPERN, J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. **BMJ**, London, v. 323, p. 1373-1375, Dec. 2001.

HANG, J. L.; PAPPAS T.N. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. **Journal of Surgical Education**, New York, v. 75, n. 1, p. 88-94, 2018.

HART, C. N. *et al.* Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. **Patient education & consueling**, Limerick, v. 63, n. 1/2, p. 38-46, Out. 2006.

HASAN, S. *et al.* Level of empathy among medical students in Kuwait University, Kuwait. **Medical Principles and Practice**, Basel, v. 22, n. 4, p. 385-389, 2013.

HAS, S.; FAN, Y.; MAO, L. Gender difference in empathy for pain: an electrophysiological investigation. **Brain Research**, Amsterdam, v. 1196, p. 85-93, Feb. 2008.

HEGAZI, I.; WILSON, I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 12, p. 1002-1008, Dec. 2013.

HEMMERDINGER, J. M.; STODDART, S. D. R; LILFORD, R. J. A systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC Medical Education**, London, v. 7, n. 24, Jul. 2007.

HERMANS, L.; HARTMAN, T. O.; DIELISSSEN, P. W. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. **British Journal of General Practice**, London, v. 68, n. 674, p. 621-626, 2018.

HOFFMAN, M. L. Personality and social development. **Annual Review Psychology**, [S. l.], v. 28, p. 295-321, 1977.

HOJAT, M. **Empathy in Patient Care**. [S. l.]: Springer, 2007.

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

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. **Educational and Psychological Measurement**, London, v. 61, n. 2, p. 349-365, Abr. 2001.

HOJAT, M.*et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education**, London, v. 36, n.6, p. 522-527, Jun. 2002a.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 77, n. 10, p. 58-60, Out. 2002b.

HOJAT, M. *et al.* Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 1, p. 83-87, Dec. 2010.

HOJAT, M.; GONNELA J. S. Eleven years of Data on the Jeferson Scale of Empathy-Medical Student Versin (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. **Medical Principles and Parctice**, Basel, v. 24, p. 344-350, Jun. 2015.

HORNBLow, A. "Tomorrow's doctors" and beyond: medical education in the UK. **The New Zealand medical journal**, [S. l.], v. 27, n. 111, p. 41-43, Feb. 1998.

HUDAK, P. L. Older patients' unexpressed concerns about orthopaedic surgery. **The Journal of Bone and Joint Surgery**, Boston, v. 90, n. 7, p. 1427-1435, Jul. 2008.

ICKES, W.; GESN, P.R.; GRAHAM, T. Gender differences in empathic accuracy: Differential ability or differential motivation? **Personal Relationships**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 95-110, Mai. 2000.

JENSEN, A. R. *et al.* The emotional intelligence of surgical residents: a descriptive study. **American Journal of Surgery**, Belle Mead, v. 195, n. 1, p. 5-10, Jan. 2008.

KATAOKA, H. U. *et al.* Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, Set. 2009.

KIM, S.; KAPLOWITZ, S.; JOHNSTON, M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. **Evaluation & the health professions**, Newbury Park, v. 27, n. 3, p. 237-251, Sep. 2004.

KRUPAT, E. *et al.* The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 62, n. 1, p. 38-45, Jul 2006.

LEVINSON, W.; CHAUMETON, N. Communication between surgeons and patients in routine office visits. **Surgery**, St. Louis, v. 125, n. 2, p. 127-134, Fev. 1999.

LEVINSON, W.; HUDAK, P.; TRICCO, A. C. A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 93, n. 1, p. 3-17, Out. 2013.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e Qualidade de Vida de médicos residentes. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81 - 91, 2010.

MAGALHÃES, E. *et al.* Empatia Médica: Adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. **The National Symposia of Psychology Research**, Lisboa, p.77-89, 2010.

MAGALHÃES, E. *et al.* Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, London, v. 11, n. 52, 2011.

MARTINS, L. A. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 201p.

MARTINS, L. A. Qualidade de Vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. **Cadernos ABEM**, v. 6, p. 12 - 18, 2010.

MCGREEVY, J.; WIEBE, D. A preliminary measurement of the surgical personality. **American Journal of Surgery**, Belle Mead, v. 184, n. 2, p. 121-125, Ago. 2002.

MCKINLEY, S. K. *et al.* A multi-institutional study of the emotional intelligence of resident physicians. **American Journal of Surgery**, Belle Mead, v. 209, n. 1, p. 26-33, Jan. 2015.

MERCER, S. W. *et al.* The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Family Practice**, Oxford, v. 21, n. 6, p. 699-705, Dec. 2004.

MERCER, S. W. *et al.* Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. **Family Practice**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 328-334, Jun. 2005.

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

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

NUNES, P.; WILLIAMS, S.; STEVENSON, K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. **International Journal of Medical Education**, [S. l.], v. 2, p. 12-17, Fev. 2011.

NUNES, R. A. A. **Perfil da empatia médica de residentes do 3º ano de ortopedia e traumatologia**. 2018. 57 f. Monografia (Mestrado em Ensino em Saúde). Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, Belo Horizonte.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. **Business Model Generation**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2011. 300p.

PAIVA, A. H. *et al.* Avaliação da empatia nos Médicos Residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 296-304, 2019 .

PARO, H. B. M. S. *et al.* Brazilian version of Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, Londres, v. 12, n. 1, p. 73-84, 2012.

PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Mapa da Empatia em Saúde: elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da empatia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, e029, 2019.

PERESTRELLO, M. **A formação cultural de Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1986. 304 p.

RAHIMI-MADISEH, M. *et al.* Empathy in Iranian medical students - a preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. **Medical Teacher**, London, v. 32, n. 11, p. 471-478, 2010.

ROGERS, C. R. Empathic - unappreciated way of being. **Counseling Psychologist**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 2-10, 1975.

RUECKERT, L.; NAYBAR, N. Gender differences in empathy: the role of the right hemisphere. **Brain and Cognition**, New York, v. 67, n. 2, p. 162-167, Jul. 2008.

RUSSEL, J. A.; FERNANDEZ-DOLS, J. M. **The Psychology of Facial Expression**. Cambridge University Press, 1997.

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

SCARPELLINI, G. R. *et al.* Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 1, p. 51-58, 2014.

SCHUTTE, N. S. *et al.* Emotional intelligence and interpersonal relations. **The Journal of Social Psychology**, New York, v. 141, n. 4, p. 523-536, 2001.

SHARIAT, S. V.; HABIBI, M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 1, p. 913-918, Set. 2013.

SMITH, R. C. *et al.* A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 70, n. 8, p. 729-732, Ago. 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **História da SBOT**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://portalsbot.org.br/sobre-a-sbot/historia/>. Acesso em: 05 out. 2019.

STEPIEN, K. A.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 5, p. 524-530, 2006.

SUH, D. H. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. **Medical Teacher**, London, v. 34, n. 6, p. 464-468, 2012.

SULMASY, D. P. Should medical schools be schools for virtue? **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 15, n. 7, p. 514-516, Jul. 2000.

TASSINARI, M. A.; DURANGE, W. T. Experiência empática: da neurociência à espiritualidade. **Revista da abordagem gestáltica**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 53-60, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v20n1/v20n1a07.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

TAVAKOL, S.; DENNICK, R.; TAVAKOL, M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. **Education for Primary Care**, Abingdon, v. 22, n. 5, p. 297-303, Set. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Centenário do professor José Henrique Godoy da Matta Machado**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.ufmg.br/narede/date/2015/03/17?c=noticias>. Acesso em: 05 out. 2017.

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. **South African Journal of Bioethics and Law**, Cape Town, v. 4, n. 2, p. 63-68, 2011.

WEN, D. *et al.* Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. **BMC Medical Education**, London, v. 13, n. 1, 2013.

ZACHARIE, R. *et al.* Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. **British Journal of Cancer**, London, v. 88, n. 5, p. 658-665, Mar. 2003.

APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico do médico residente

1- Qual o ano da residência em curso?

2- Qual a sua idade?

3- Gênero: masculino feminino

4- Estado civil: casado(a) solteiro (a) separado(a) Relação estável

5- Tem filho(s): sim não

6- Acredita em Deus: sim não

7- Tem outra residência/especialização prévia? sim não

8- Tem outra graduação na área da saúde? sim não

9- Tempo de formado em medicina? ____ anos

10- Possui experiência de doença grave pessoal ou na família: sim não

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico do paciente

1- Qual a sua idade?

2- Gênero: masculino feminino

3- Estado civil: casado(a) solteiro (a) separado(a) Relação estável

4- Tem filho(s): sim não

APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre 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 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

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

Nome: _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Responsável Legal (se aplicável): _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

2. /Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto: Efeito do uso do Mapa da Empatia em Saúde durante o atendimento ambulatorial em uma residência médica de ortopedia na percepção da empatia por parte do paciente.

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

Universidade José do Rosário Vellano

Departamento de pós-graduação

Faculdade de Medicina da Unifenas

Mestrado em Ensino em Saúde

c. Projeto:(x) Unicêntrico () Multicêntrico

d. Instituição Coparticipante:

Complexo Hospitalar São Francisco – Fundação São Francisco de Assis

e. Patrocinador: Próprio

f. Professor Orientador: Prof. Doutor José Maria Peixoto

Pesquisador Responsável: (x) Estudante de Pós-graduação (...)Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar a empatia dos médicos residentes em ortopedia e traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco e sua associação com o uso do Mapa da Empatia no atendimento ambulatorial.

4. Justificativa da pesquisa:

A empatia é uma habilidade muito importante na relação médico-paciente e tem seu treinamento inserido no conteúdo do Programa de Residência Médica, no entanto não é avaliada no contexto da atividade médica de nosso residente. Esta pesquisa avaliará o impacto do uso do Mapa da Empatia como ferramenta facilitadora da atitude empática na prática clínica, instrumento através do qual essa habilidade pode ser ensinada e praticada durante o período de formação profissional. Os resultados deste estudo poderão servir de base para a implementação desta estratégia na residência médica, contribuindo para o desenvolvimento desta habilidade nos médicos residentes de ortopedia e traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Critério de inclusão será ser médico residente de ortopedia e traumatologia do primeiro ao terceiro ano do Complexo Hospitalar São Francisco que realizam atendimento ambulatorial e estar em atividade no momento da aplicação do estudo; serão excluídos os residentes que se encontrem de férias ou afastados por outros motivos e aqueles que não participarem das duas etapas do estudo. O universo de pesquisa, será a totalidade dos residentes de ortopedia e traumatologia em curso no primeiro semestre de 2019, que atendam ao critério de inclusão acima descrito. Trata-se de estudo quantitativo, experimental não-controlado que irá comparar os escores de empatia dos médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia Na primeira fase do estudo será feito um levantamento do perfil socio demográfico dos médicos residentes de ortopedia e traumatologia do Complexo Hospitalar São Francisco de Assis e serão medidos escores de empatia antes de qualquer intervenção. Serão utilizadas a escala de auto relato, *Escala Jefferson de Empatia Médica* (JSE), e a *Consultation ands Relational Empathy* (CARE), escala baseada na observação. A JSE 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. 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. A CARE é composta por 10 itens, com explicações adicionais de linguagem coloquial visando facilitar a compreensão das perguntas e sua graduação é feita com pontuação que varia entre 1 e 5, fornecendo um escore final entre 10 e 50. Trata-se de duas escalas de simples apresentação, fácil preenchimento e de rápida aplicação (10 minutos). Será também aplicado, um questionário sócio demográfico que tem como objetivo avaliar algumas variáveis que possam ser relacionar à empatia: ano em curso na residência médica, idade, gênero, estado civil, se tem filhos, se acredita em Deus, se já concluiu outra residência/especialização ou outra graduação na área de saúde, tempo de formado em medicina, experiência com doença grave na família ou pessoal. Esse questionário foi construído para essa pesquisa, pelo próprio investigador, com o objetivo de verificar se haveria associação de alguma de suas variáveis com os escores de empatia e correlacioná-las com o desfecho do presente estudo. Será realizada uma intervenção, onde o uso do Mapa da Empatia será implementado no serviço por duas semanas, e os residentes deverão preencher essa ferramenta impressa ao final de todos as suas consultas no ambulatório. Esse instrumento foi adaptado para o ensino e prática da habilidade da empatia no ensino ambulatorial. Possui 4 quadrantes (Diz, Pensa, Faz e Sente) e tem a caricatura do paciente colocado ao centro do mapa após preencher todos os quadrantes, entrevistando o paciente ou colocando suas próprias impressões, o médico desenha o rosto da caricatura, representando uma visão geral de como o paciente aparenta. Após a intervenção, será realizada a fase de avaliação, quando serão novamente medidos os escores de empatia da mesma forma que foi realizado na fase 1 do estudo.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

(x) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

O presente trabalho apresenta mínimo risco individual ou coletivo, exceto pelo constrangimento e cansaço de responder aos questionários. Os questionários não serão identificados e, portanto, não existe risco de quebra de confidencialidade e ou exposição do residente participante.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Avaliar se a estratégia do uso do Mapa da empatia no atendimento ambulatorial é capaz de influenciar a evolução da empatia no residente. Se sim, implementar esse instrumento com o objetivo de obtermos a melhoria dessa habilidade no médico residente.

8. Despesas, compensações e indenizações:

- a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade:

- a. 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.
- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. 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. 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.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

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

Professor Orientador: José Maria Peixoto

Telefone: (31) 99689 9007

Email: jmpeixoto@cardiol.br

13. 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

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 poderei 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.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário		
Representante Legal		
Pesquisador Responsável		

ANEXO A - Mapa da empatia em Saúde

Mapa da Empatia em Saúde

Estudante:

Período:

Pessoa atendida (iniciais):

Idade:

Gênero:

Data: __/__/__

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

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

2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?

[Tomada de Perspectiva]



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

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

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



Alegria



Tristeza



Medo



Surpresa



Raiva



Indiferença

ANEXO B - Jefferson Scale of Physician Empathy

	ÍTENS	1	2	3	4	5	6	7
1	Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.							
2	Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal.							
3	Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.							
4	Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.							
5	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.							
6	Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não verbal e linguagem corporal.							
7	A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.							
8	Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.							
9	Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.							
10	Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.							
11	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um factor irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.							
12	A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.							
13	As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; conseqüentemente, os laços afectivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.							
14	Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um factor sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.							
15	Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.							
16	Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.							
17	É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.							
18	Pelo fato das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes.							
19	Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.							
20	Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.							

As respostas possíveis variam numa escala tipo lickert com 7 posições, em que: 1 = discordo fortemente, 2 = discordo moderadamente, 3 = discordo discretamente, 4 = indeciso, 5 = concordo discretamente, 6 = concordo moderadamente, 7 = concordo fortemente.

ANEXO C - Versão brasileira da escala CARE

Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje
 Por favor, selecione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens.

Como foi o médico ou a médica em	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))						
2. Deixar você contar sua “história” (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)						
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)						
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar “apenas como um número”)						
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)						
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível)						
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)						
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)						
9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar “dando sermão”)						
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)						

Os valores dos itens individuais são somados fornecendo escore final entre 10 e 50. Quando houver a opção por “Não se aplica” ou faltar dados, eles podem ser substituídos pela média dos demais valores obtidos. Questionários faltando mais de dois itens ou com mais do que duas respostas “Não se aplica” devem ser desconsiderados.

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS-BH

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Efeito do uso do Mapa da Empatia em Saúde durante o atendimento ambulatorial em uma residência médica de ortopedia na percepção da empatia por parte do paciente

Pesquisador: José Maria Peixoto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 03909018.9.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.263.143

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada.

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:

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

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 3.263.143

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1299277_E1.pdf	27/03/2019 12:27:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_Escolarecido.pdf	27/03/2019 12:27:13	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Vinculo_FHSFA_Paula_Cancelado.pdf	13/03/2019 23:46:29	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Justificativa_emenda_Paula_Cancelado.pdf	13/03/2019 23:45:19	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_Paula_Cancelado.pdf	13/03/2019 23:45:03	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_FHSFA_Paula_Cancelado.pdf	13/03/2019 23:44:46	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Questionario_Sociodemografico_Paciente.pdf	03/12/2018 19:35:02	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Versao_brasileira_da_escala_CARE.pdf	03/12/2018 19:34:19	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Escala_Jefferson.pdf	03/12/2018 19:32:19	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Mapa_da_empatia_em_Saude.pdf	03/12/2018 19:32:00	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Questionario_Sociodemografico_do_medico_residente.pdf	03/12/2018 19:14:33	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Outros	Termo_de_Conhecimento_Paula.pdf	03/12/2018 19:08:44	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/12/2018 18:49:18	PAULA VILACA RIBEIRO CANCELADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_empatia.docx	02/12/2018 12:00:50	José Maria Peixoto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

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

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 3.263.143

ALFENAS, 12 de Abril de 2019

Assinado por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador(a))

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