

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS-BH

Luíza Uchôa de Resende Sousa

**USO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE COMO FACILITADOR DO
DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA: ESTUDO
QUASE EXPERIMENTAL**

Belo Horizonte

2020

Luiza Uchôa de Resende Sousa

**USO DO MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE COMO FACILITADOR DO
DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA: ESTUDO
QUASE EXPERIMENTAL**

**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.**

Orientadora: Eliane Perlatto Moura

Coorientador: José Maria Peixoto

Belo Horizonte

2020

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

61-057 (043.3)

S719u Sousa, Luíza Uchôa de Resende.

Uso do mapa da empatia em saúde como facilitador do desenvolvimento de empatia em estudantes de medicina: estudo quase experimental. [manuscrito] / Luíza Uchôa de Resende Sousa. -- Belo Horizonte, 2020.

77 f. : il.

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

Orientadora : Eliane Perlatto Moura

Co-orientador: José Maria Peixoto

1. Educação médica. 2. Empatia. 3. Estudantes de medicina.
I. Moura, Eliane Perlatto. 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

USO DO MAPA DE EMPATIA EM SAÚDE COMO FACILITADOR DO DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL

AUTOR: Luiza Uchôa de Resende Sousa

ORIENTADOR: Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

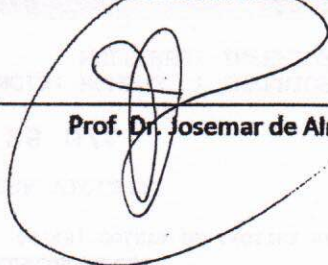
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Profa. Dra. Janafna de Souza Aredes



Prof. Dr. Josemar de Almeida Moura

Belo Horizonte, 14 de maio de 2020.



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

Dedico esta tese à minha família: aos meus pais, pelo apoio incondicional, ao meu querido esposo *Victor*, companheiro para todas as horas, grande fonte de apoio para meu crescimento, e à minha filha *Lara*, que, sem dúvida, é quem mais me motiva a lutar pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a *Deus*, por sempre me guiar e proporcionar caminhos que me têm trazido conhecimento, felicidade e realização pessoal e profissional.

Ao meus pais *Luiz Antônio e Iracema*, meus eternos exemplos, por acreditarem sempre na minha capacidade, incentivarem-me a buscar novas experiências profissionais para verem meus sonhos se concretizarem, apoiando-me de todas as formas. Obrigada por cuidarem da Lara, minha filha, em minhas ausências.

Ao meu querido marido *Victor*, meu amor, agradeço por sua amizade, amor e companheirismo. Agradeço por sempre me ouvir, ajudar e aconselhar em todas as áreas de minha vida e por confiar em meus potenciais, muitas vezes mais do que eu mesma. Sigo feliz por ter alguém que me estimula a prosseguir na busca de novas conquistas. Ficar alguns dias longe de casa, de minha família, não foi fácil, mas o seu apoio não me fez pensar em desistir.

À minha filha Lara, que com apenas um ano de idade, já precisou esboçar sua força e superar minhas ausências mensais, sempre me recebendo nos regressos das viagens com sorrisos e abraços carinhosos. Quero ser um bom exemplo para você.

Ao meu irmão e colega de profissão Thiago, por ser meu porto seguro em toda minha vida.

À minha madrinha, *Moema*, que não mediu esforços e deixou sua vida em segundo plano, para dar apoio à minha família, em vários momentos, além de sempre torcer pelo meu sucesso e vibrar pelas minhas conquistas.

À minha prima, amiga, colega de profissão, Isabela, o meu eterno agradecimento. Obrigada pela parceria, por me dar forças para seguir minhas escolhas e vencer minhas inseguranças, ouvindo, ajudando e aconselhando-me. Com sua companhia, o caminho ficou mais leve.

À minha cunhada *Mylvia*, companheira na trajetória do mestrado, obrigada pelas dicas preciosas para a escolha do tema desse projeto.

À minha orientadora, *Prof. Eliane Perlatto Moura*, agradeço imensamente por todas as oportunidades de aprendizado e crescimento profissional que tem me proporcionado ao longo desses dois anos. Muito obrigada pela paciência, por confiar em mim e acreditar neste trabalho. Obrigada pelas correções e contribuições para a constante melhoria de meu trabalho e também

pela pronta disponibilidade em me ajudar no desenvolvimento da dissertação. Serei sempre muito grata por toda a sua orientação.

Ao *Prof. José Maria Peixoto*, pela co-orientação, que foi essencial para que este estudo fosse realizado.

À *Prof. Camila do Carmo Said*, pela disposição e competência em auxiliar com a análise qualitativa do trabalho.

Agradeço também a *Ana Cláudia Couto de Abreu*, por ter realizado as análises estatísticas deste trabalho com tanto profissionalismo e qualidade.

Aos colegas do mestrado, de São João del Rei, pela companhia durante o curso e viagens de van, sempre divertidas.

Aos demais colegas do mestrado, agradeço a cada um de vocês, pelos ensinamentos e pela oportunidade de trabalharmos em grupo durante as aulas e atividades do mestrado.

A todos os estudantes do curso de Medicina da Unifenas de Belo Horizonte, que foram sujeitos desta pesquisa, agradeço imensamente por terem aceitado participar de meu estudo. Sem vocês, ele não seria possível.

RESUMO

Introdução: A boa relação médico-paciente apresenta propósitos terapêuticos, e a empatia está entre seus princípios, pois é parte fundamental e permite ao médico compreender as experiências interiores e entender o paciente como indivíduo singular. Apesar da dificuldade de conceituar, mensurar e ensinar a empatia, ela tem sido alvo de várias pesquisas na área de ensino em saúde nos últimos anos. O desenvolvimento da empatia durante a graduação tem a finalidade de formar egressos com mais preparo na construção de uma boa relação com seu paciente. O mapa da empatia em saúde (MES) é uma ferramenta adaptada com o propósito de desenvolver, através da autorreflexão, a empatia dos estudantes e futuros médicos. **Objetivos:** Avaliar os efeitos do uso do MES como facilitador da empatia em estudantes de Medicina. **Metodologia:** Estudo quase experimental e qualitativo realizado com 56 estudantes do 5º período de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, UNIFENAS-BH. Os estudantes foram divididos em dois Grupos: G1: estudantes que utilizaram o MES na estratégia Grupo tutorial (GT) do bloco de síndromes cardiológicas; G2: controle, estudantes que não utilizaram MES no GT do mesmo bloco. Todos os estudantes preencheram um questionário sociodemográfico no início do bloco e a Escala de Empatia de Jefferson- versão para estudantes, no início e no final da disciplina. Foram realizadas análises estatísticas para comparar o escore de empatia global e por domínios entre os Grupos e nas diferentes fases do estudo. A análise de conteúdo de alguns mapas foi baseada em categorizações segundo Bardin. **Resultados:** Os níveis de empatia dos estudantes foram elevados e não houve diferença estatística nas duas fases do estudo. Na análise de conteúdo dos mapas foi possível identificar três grandes temas: (1) consciência dos seus próprios sentimentos frente ao caso do paciente (2) percepção dos desejos e necessidades dos pacientes e (3) conduta terapêutica. Também foi possível constatar diferenças nas percepções dos estudantes sobre o problema vivenciado pelo paciente, sendo que alguns focaram somente na doença enquanto a maioria conseguiu perceber a importância dos aspectos psicossociais envolvidos. **Conclusão:** O uso do MES, no GT, não promoveu aumento dos escores de empatia nos estudantes analisados. Apesar disso, a análise de conteúdo dos mapas evidenciou diferentes percepções dos estudantes em relação ao paciente que variaram de percepções mais focadas na doença a percepções mais amplas envolvendo os aspectos biopsicossociais. Assim, o MES mostrou ser uma ferramenta útil para ser utilizada para facilitar o desenvolvimento da empatia no cenário de grupo tutorial, em estudantes de medicina.

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

ABSTRACT

Introduction: The good doctor-patient relationship presents therapeutic purposes, and empathy is amongst its principles, as it's a fundamental part and it allows the doctor to comprehend the inner experiences and understand the patient as a singular subject. Despite the difficulty in conceptualizing, measuring and teaching empathy, it's been the subject of several researches in the health teaching area in the lastest years. The empathy development throughout graduation has the objective of making graduates more prepared to build of a good relationship with their patients. The Health Empathy Map (HEM) is an adapted tool with the purpose of developing, through self-reflection, empathy in students and doctors to-be. **Objectives:** Evaluate the effects of the use of HEM as an empathy facilitator on Medicine students. **Method:** This is a nearly experimental and qualitative study carried out with 56 Medicine students from the fifth term of the José do Rosário Vellano University (UNIFENAS-BH). The students were divided into two groups: G1: students who used HEM in the tutorial group strategy (TG) on the cardiological syndromes block; G2: control, students who did not use HEM in the TG on the same block. All students filled in a sociodemographic questionnaire in the beginning of the block and the students' version of Jefferson Scale of Empathy in the beginning and end of the discipline. Statistical analysis were carried out to compare the global empathy score and by domains between the groups, and at the different stages of the study. The content analysis of some maps was based on categorization according to Bardin. **Results:** The students' level of empathy was raised and there was no statistical difference in the two study stages. On the map content analysis, it was possible to identify three major themes: (1) awareness of their own feelings with regard to the patient's case (2) perception of the patient's desires and needs and (3) therapeutic conduct. It was also possible to verify the differences in the students' perceptions about the problems experienced by the patient, as some of them focused solely on the disease, while most of them could realize the importance of the psychosocial aspects involved. **Conclusion:** The use of HEM, in the TG, did not promote the rise of empathy scores on the analysed students. Despite that, the map content analysis pointed out the different students' perceptions regarding the patient which vary from perceptions more focused on the disease to the broader ones, involving psychosocial aspects. Therefore, HEM has shown to be a useful tool to be utilized in order to facilitate the empathy development in the tutorial group scenario on Medicine students.

Keywords: Health education. Empathy. Medicine students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Representação do mapa da empatia.....	18
Figura 2	-	Mapa da Empatia em Saúde.....	21
Figura 3	-	Fluxograma: Divisão dos estudantes em Grupos e subgrupos.....	27
Figura 4	-	Fluxograma: Representação da divisão dos Grupos controle e intervenção	28
Figura 5	-	Fluxograma: Representação da coleta de dados.....	29
Gráfico 1	-	Motivação principal para a escolha do curso de medicina, considerando-se os Grupos estudados.....	39
Gráfico 2	-	Com quem o estudante mora, considerando-se os Grupos estudados.....	40
Gráfico 3	-	Análise comparativa entre os domínios da empatia, considerando-se o Grupo e a fase do estudo.....	44
Quadro 1	-	Unidades de registro citados no primeiro quadrante do mapa da empatia em saúde.....	48
Quadro 2	-	Registros citados no segundo quadrante do mapa da empatia em saúde.	49
Quadro 3	-	Registros citados no terceiro quadrante do mapa da empatia em saúde...	50
Quadro 4	-	Registros citados no quarto quadrante do mapa da empatia em saúde....	50
Quadro 5	-	Classificação do Conteúdo dos Mapas da Empatia em Saúde em categorias.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização sociodemográfica dos estudantes do 5º período de medicina da UNIFENAS-BH considerando-se os Grupos estudados.....	36
Tabela 2	- Medidas descritivas e comparativas dos escores globais de empatia dos estudantes do 5º período de medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo.....	41
Tabela 3	- Medidas descritivas e comparativas dos escores de <i>Tomada de perspectiva do doente</i> , medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de Medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo.....	42
Tabela 4	- Medidas descritivas e comparativas dos escores de <i>Compaixão</i> medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo.....	42
Tabela 5	- Medidas descritivas e comparativas dos escores de <i>Capacidade de colocar-se no lugar do outro</i> , medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo.....	43
Tabela 6	- Análise comparativa entre os domínios da empatia, considerando-se o Grupo e a fase do estudo.....	44
Tabela 7	- Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores de empatia, considerando-se a avaliação realizada no início do curso.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

AAMC	Associação Americana de Universidades
C	Controle
CCLO	Capacidade de se colocar no lugar do outro
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
d.p	Desvio padrão
EG	Empatia Geral
FIG	Figura
GRAF	Gráfico
GT	Grupo Tutorial
I	Intervenção
IE	Inteligência emocional
IRI	<i>Interpersonal Reactivity Index</i>
JSPE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy- Student Version</i>
Q	Questão
K-S	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
LSD	<i>Least Significant Difference</i>
ME	Mapa da empatia
MES	Mapa da Empatia em Saúde
NAPEM	Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina
OBS	Observação
PBL	Aprendizagem baseada em problemas
RMP	Relação médico-paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TPD	Tomada de perspectiva do doente
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIFENAS-BH	Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
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.....	26
4.4	Crítérios de inclusão.....	27
4.5	Crítérios de exclusão.....	27
4.6	Amostra, amostragem e recrutamento.....	27
4.7	Coleta de dados	28
4.7.1	<i>Instrumentos utilizados no estudo.....</i>	<i>29</i>
4.7.1.1	Questionário Sociodemográfico.....	29
4.7.1.2	Escala Jefferson de Empatia Médica (versão para estudantes).....	31
4.7.1.3	Mapa da Empatia em Saúde (MES).....	32
4.8	Análise dos dados.....	32
4.8.1	<i>Análise estatística.....</i>	<i>32</i>
4.8.1.1	Variáveis.....	32
4.8.1.2	Cálculo do escore.....	32
4.8.1.3	Testes estatísticos.....	33
4.8.2	<i>Análise de conteúdo dos Mapas da Empatia na Saúde.....</i>	<i>34</i>
4.9	Aspectos Éticos.....	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	Caracterização da amostra.....	36
5.2	Escore global de empatia nos Grupos analisados.....	41
5.3	Escore de empatia obtido nos domínios da Escala de Jefferson.....	41
5.3.1	<i>Escore de empatia obtido no domínio Tomada de perspectiva.....</i>	<i>41</i>
5.3.2	<i>Escore de empatia obtido no domínio Compaixão.....</i>	<i>42</i>
5.3.3	<i>Escore de empatia obtido no domínio Capacidade de se colocar no lugar do</i>	

	<i>outro</i>	43
5.3.4	<i>Análise comparativa entre os domínios de empatia considerando-se os grupos e as fases do estudo</i>	43
5.4	Avaliação da influência das variáveis sociodemográficas nos escores de empatia	44
5.5	Análise de conteúdo dos mapas da empatia elaborados pelos estudantes	48
5.5.1	<i>Categorização inicial</i>	48
5.5.2	<i>Categorização intermediária e final</i>	51
6	DISCUSSÃO	53
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	63
8	CONCLUSÃO	64
9	APLICABILIDADE DO PROJETO	65
10	REFERÊNCIAS	66
11	APÊNDICES	71
12	ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente (RMP) sofreu profundas mudanças nas últimas décadas. Alguns dos fatores que impactaram fortemente nessa relação, auxiliando- a ou dificultando- a, foram o inevitável avanço tecnológico na área de propedêutica e tratamento de patologias, o advento da informática e a intermediação do trabalho médico. É incontestável que a RMP apresenta propósitos terapêuticos, mas o uso adequado e compreensivo dessa relação envolve alguns conhecimentos e habilidades por parte do médico. Com base nos conhecimentos atuais, as particularidades da interação entre o médico e seu paciente podem ser compreendidas em profundidade, o que torna possível descrever, ensinar e aprender seus princípios. Uma boa RMP envolve princípios da bioética (beneficência, não maleficência, justiça e autonomia), a empatia (tema do presente estudo), transferência e regressão, contratransferência e cuidados no exame físico (MARQUES FILHO, 2003).

De acordo com Aguiar *et al.* (2009), a empatia tem papel importante nas relações entre as pessoas e está associada a efeitos positivos sobre desfechos clínicos, redução de queixas dos pacientes e aumento da qualidade de vida e satisfação com os médicos.

Para a compreensão da origem desse estudo, faz-se necessário abordar o conceito de empatia.

A palavra “empatia” é derivada do grego, *empathia* (*em*= dentro e *pathos*= sofrimento ou sentimento) e indicava, inicialmente, a relação emocional entre o autor-cantor e seu público, no âmbito da arte. O termo ganhou conotação dissociada da arte ao ser traduzido para o inglês como *Empathy*, por Titchener, em 1909, o qual significa que, por meio de um esforço mental, seria possível conhecer a consciência de outra pessoa. Assim, a empatia pode ser definida como a capacidade de se ouvir, compreender e compadecer-se através de deduções de informações absorvidas ou colocando-se no lugar do outro, fornecendo apoio ao outro indivíduo e fazendo com que ele se sinta compreendido e validado. No âmbito da saúde, empatia é considerada uma característica com dimensões emocionais e cognitivas que permite compreender as experiências interiores e entender o paciente como indivíduo singular, somada à capacidade de transmitir esse entendimento ao paciente. Sua função seria a de identificar, compreender os sentimentos, aflições do paciente e tomar a sua perspectiva, contribuindo para um aumento do respeito, confiança e lealdade entre o médico e seu paciente (TOMAZI; MOREIRA; MARCO, 2014).

A empatia é descrita como um componente da inteligência emocional (IE), termo utilizado para descrever a percepção das emoções em si mesmo e nos outros, bem como a autorregulação e uso dessa percepção no desempenho. Ela não deve ser confundida com compaixão e compartilhamento do sofrimento alheio, o que pode comprometer a objetividade clínica. Envolve a capacidade de demonstrar preocupação, comunicar a compreensão ao paciente, sem comprometer a neutralidade clínica ou o cuidado (HAN; PAPPAS, 2018). Está associada com a habilidade de experienciar, de sentir o que o outro está sentindo e expressar tanto emoções positivas como negativas (CECCONELLO; KOLLER, 2000).

É importante, também, diferenciar simpatia de empatia, uma vez que estão em extremos opostos entre a compreensão e a partilha emocional dos sentimentos do doente. Uma reação mais simpática apresenta o componente emocional como característica principal. Já a empatia engloba o componente predominantemente cognitivo, que envolve a capacidade de perceber os sentimentos e a capacidade de ver o mundo através da perspectiva do outro. Associado a ele está o componente emocional que seria a capacidade de compreensão dos sentimentos do outro. (AGUIAR *et al.*, 2009).

Estudos têm demonstrado declínio da empatia durante o exercício da Medicina e sugerem abordar a empatia no currículo da graduação para combater essa tendência (HAN; PAPPAS, 2018). Nos currículos tradicionais, o terceiro ano, que marca a transição para o ciclo clínico, tem-se mostrado o ponto-chave na redução da empatia (MORETO; BLASCO, 2013). Durante a formação médica tradicional, o estudante é exposto a uma enorme carga de informação científica e, raramente, tem espaço para a abordagem de questões relativas à compreensão do paciente e à RMP. O idealismo, apresentado pela maioria dos estudantes no início do curso, quando estão entusiasmados e mais sensíveis ao sofrimento do paciente, vai sendo esquecido no decorrer da graduação, e o paciente passa a ter papel secundário na prática médica. Outro fator que auxilia na despersonalização da RMP durante a graduação é a cultura que estimula o distanciamento do paciente, como mecanismo de defesa, a fim de se evitar envolvimento emocional. No entanto, para a excelência do cuidado, o médico não deve conhecer somente a patologia, mas é essencial compreender o ser humano que está doente. (MORETO; BLASCO, 2013).

Pesquisas também sugerem que estudantes do gênero feminino mostram níveis de empatia mais elevados quando comparadas aos homens (VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018). Além disso, estudantes que seguem áreas de especialidade mais distantes do paciente, como cirurgia, tendem a apresentar níveis de empatia menores do que os que seguem especialidades mais clínicas (HAN; PAPPAS, 2018).

Associação Americana de Universidades Médicas (em inglês, *Association of American Medical Colleges – AAMC*) incluiu, em diretrizes publicadas em 1998, o desenvolvimento da empatia em sua relação de objetivos para a graduação em Medicina, vistos os diversos benefícios que essa competência traz à prática médica (NEUMANN *et al.*, 2011). No Brasil, em 2001, o Ministério da Educação e Cultura, por meio do Conselho Nacional de Saúde, propôs modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da educação médica. O egresso do curso de Medicina deve ter uma compreensão ampliada de saúde e uma visão social pertinente (BRASIL, 2001). Além da abordagem por competência, as DCN valorizam, entre outros, um egresso com perfil atrelado a um cuidado integral, com ampla visão de saúde e doença e que considere o indivíduo não fragmentado, bem como seu contexto e com conhecimento da realidade em que atua (BRASIL, 2002). Sendo assim, o aprimoramento da empatia, uma das características fundamentais para uma relação médico-paciente mais próxima da ideal, deve ocorrer desde a graduação, principalmente quando os estudantes têm a oportunidade de manter contato precoce com os pacientes, o que é uma tendência dos novos modelos de currículos das faculdades de Medicina. Assim, eles teriam melhor oportunidade de desenvolver suas habilidades empáticas (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Um estudo, publicado há mais de 25 anos, expôs uma lista de 87 características de um bom médico, mesclando o grau de importância e a facilidade ou dificuldade de serem ensinadas. No topo da lista, ficaram as características diretamente relacionadas com a empatia: compreensão das pessoas, motivação e idealismo, compaixão, vontade de ajudar, entusiasmo pela Medicina e dedicação ao trabalho. Essas características foram consideradas difíceis de serem ensinadas. (MORETO; BLASCO, 2013).

A empatia não é um atributo passível de ser ensinado, uma vez que é cultivada ao longo da vida. Apesar disso, ela pode ser facilitada, interrompida ou bloqueada. O papel das escolas médicas seria o de promover a facilitação desse processo, sem bloqueá-lo. Para isso, apenas

cursos pontuais de empatia ou sessões envolvendo técnicas empáticas não são suficientes. O modelo de currículo das escolas de Medicina deve exaltar a importância do autoconhecimento, da autorreflexão, do relacionamento interpessoal, do exercício de colocar-se no lugar dos outros durante todo o período da graduação, fazendo-o de uma forma horizontalizada, além de propiciar um ambiente agradável e adequado para atingir tal objetivo, minimizando as interferências negativas (EKMAN; KRASNER, 2016). Dados de estudos de neurofisiologia evidenciaram que a empatia pode ser estimulada através do exemplo. A associação do exemplo ou modelo, num cenário de aprendizado, com as experiências de vida do estudante, atuaria para o desenvolvimento ou não da empatia. (MORETO; BLASCO, 2013).

A elaboração de práticas para facilitar a empatia e pesquisas que abordem o assunto são dificultadas pela falta de ferramentas operacionais capazes de mensurarem a empatia. O surgimento de algumas escalas, como a *Jefferson Scale of Physician Empathy- Student Version (JSPE-S)* e a *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* e medidas de empatia emocional, de Mehrabian e Epstein, amenizaram tais dificuldades (COSTA; AZEVEDO, 2010). No contexto para o cuidado com o paciente e educação médica, a JSPE- S é a escala mais utilizada. As demais são mais aplicadas para a população geral. (MORETO; BLASCO, 2013). A JSPE-S tem a finalidade de avaliar a percepção dos estudantes a respeito do comportamento médico empático no contexto da prestação de cuidados (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

Vários recursos têm sido utilizados para melhorar a empatia dos estudantes de Medicina. Estratégias como o uso de literatura, teatro, cinema e outras artes os auxiliam a aprender como os sentimentos são expressos e ganham novas concepções sobre as respostas emocionais à doença e ao sofrimento (SUARTZ *et al.*, 2013). Segundo Torres *et al.* (2019), método de ensino baseado na inversão de papéis, proveniente do psicodrama, pode atuar favorecendo o desenvolvimento da empatia, ao estimular que o estudante se coloque no lugar do outro para tentar ver o mundo através de seus olhos. Outras estratégias sugeridas são a música, ópera e as narrativas (MORETO; BLASCO, 2013), treinamento de comunicação, envolvendo, não só os aspectos verbais, como também os não verbais, que estão mais associados com a empatia (VOGEL; MEYER; HARENDZA, 2018). Entrevistas com médicos satisfeitos com a profissão, envolvendo a escolha da carreira, suas dificuldades e como elas foram contornadas, assim como entrevistas com pacientes a respeito do serviço de saúde, sentimento sobre a doença e seus médicos e visitas supervisionadas do aluno ao hospital também são estratégias sugeridas.

(SCHWELLER *et al.*, 2017). Além delas, a implementação no currículo das escolas médicas de um cuidado integral e centrado no paciente, e não apenas na sua patologia, e o estímulo ao trabalho colaborativo multiprofissional também poderiam auxiliar na facilitação da empatia (VISSER *et al.*, 2018). Um curso de empatia baseado em *mindfulness* pode ser uma estratégia viável para a graduação e residência médica e envolve o treinamento de habilidades, através de técnicas de meditação específicas, que têm a finalidade de manter os estudantes conscientes e abertos à experiência do outro, isentos de julgamentos (BENTLEY; KAPLAN; MOKONOGHO, 2018). O treinamento dos estudantes, através da imersão em realidade virtual, através de *softwares*, também mostrou ser um método eficaz para auxiliá-los a desenvolverem empatia. A atividade possibilita que eles experimentem os sintomas de determinadas doenças, como, por exemplo, déficit auditivo e visual (DEYER; SWARTZLANDER; GUGLIUCCI, 2018).

Uma vez que atividades reflexivas se mostraram alternativas para o desenvolvimento da empatia, a utilização do mapa da empatia (ME) é uma ferramenta de potencial utilidade nas escolas médicas para o treinamento e facilitação da empatia de estudantes e futuros profissionais médicos. O ME é utilizado quando há a necessidade de imergir no ambiente do outro para compreendê-lo melhor, através do processo de olhar o mundo através dos olhos do outro (BRATSBERG, 2012).

Para a compreensão da origem do ME, além do conceito de empatia, já exposto, faz-se necessário abordar conceitos de *design thinking* e processo de ideação. O *design thinking* integra o que é desejável ao que é economicamente viável, sendo possível aplicar suas técnicas em problemas variados, e a empatia é uma de suas bases. Ideação é o ato de conceber, criar na mente, planejar, formar ideias. No *design thinking*, a ideação representaria o processo de síntese que ocorre após a observação, no qual o indivíduo discrimina o que viu e ouviu em *insights* que podem levar a soluções. O foco passa a ser a experiência do consumidor ou do público alvo, na busca por respostas aos problemas encontrados. O ME foi elaborado, inicialmente, pelo empresário Scott Matthews, da *Xplane* em 2010 como uma ferramenta cujo objetivo é o de auxiliar os empresários a se colocarem no lugar dos clientes de um negócio. O mapa exercita reflexões sobre o que o cliente diz, faz, vê, pensa, sente e ouve com a finalidade de ajudar no desenho do modelo de negócio de uma empresa. Posteriormente, em 2011, alguns autores o ampliaram e popularizaram. A utilização do ME como ferramenta de *design thinking* ainda está

em consolidação de acordo com recentes pesquisas nas variadas áreas do conhecimento, como na de Design de Interação, na área de Usabilidade, no auxílio à solução para pacientes com problemas mentais e na Inovação Social, contribuindo na ideação de soluções que atendam às necessidades de uma região ou população. Sendo assim, é um tema recente na área acadêmica. Quando um ME é construído, podem-se cobrir 8 áreas que envolvem a capacidade de se colocar no lugar do outro. São elas:

- 1) O que a pessoa vê e percebe no ambiente ao seu redor?
 - 2) O que a pessoa diz? Especificando as frases ou palavras utilizadas mais frequentemente.
 - 3) O que a pessoa faz? Atividades que lhe agrada, o que faz no dia-dia.
 - 4) O que a pessoa pensa atualmente?
 - 5) O que a pessoa sente e como o ambiente afeta seus sentimentos?
 - 6) O que a pessoa ouve? Os sons e palavras que percebe.
 - 7) Quais são suas dores e desafios? Desafios e se algum é doloroso.
 - 8) Ganhos: quais resultados a pessoa está querendo alcançar e como ela mensura o sucesso.
- (OLIVEIRA; NEVES; DANDOLINI, 2017).

A FIG. 1 abaixo representa um modelo de ME

Figura 1 - Representação do mapa da empatia



Fonte: (PEREIRA, 2018)

Baseado no ME original e considerando-se os componentes da cognição moral que se relacionam aos componentes da empatia, o mapa foi adaptado para responder às necessidades de intervenções de treinamento específicas para o ensino e prática da habilidade no âmbito do em saúde, sendo denominado Mapa da Empatia em Saúde (MES) (PEIXOTO; MOURA, 2019). O MES foi elaborado com a finalidade de despertar a autorreflexão dos estudantes e de estimular a capacidade de se colocarem no lugar dos pacientes, podendo ser facilmente aplicado, com custo baixo, em diversos ambientes de aprendizagem durante a graduação, como em atendimento ambulatorial, hospitalar, domiciliar, discussão de casos clínicos e laboratórios de simulação.

Diferentemente do instrumento desenvolvido para área de negócios, no MES os quatro 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”, associado à competência e 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. 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 seis *emojis* representando as seis expressões faciais universais (RUSSEL; FERNANDEZ-DOLS, 1997)

Em cada quadrante do MES (FIG. 2), há uma pergunta a ser respondida pelo estudante após autorreflexão. As perguntas envolvem a tomada de perspectiva do outro, o compartilhamento emocional e a preocupação empática. São elas:

- **O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?** Envolve treinamento de tomada de perspectiva.
- **Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?** Envolve treinamento de tomada de perspectiva.
- **Como me sinto conhecendo a história desta pessoa?** Envolve compartilhamento emocional.
- **Como posso ajudar esta pessoa?** Aborda a preocupação empática.

Após a resposta às 4 perguntas, o estudante deverá completar o desenho de um “rosto” disponível, de modo a demonstrar a imagem que melhor expressa os sentimentos da pessoa/paciente do caso atendido ou discutido, baseados nos *emojis*, que são ideogramas amplamente usados em mensagens eletrônicas.

Figura 2 - 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 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(s) imagem(ns) que melhor expressa(m) o(s) sentimento(s) predominante(s) dessa pessoa (veja exemplos abaixo). Fique à vontade para citar outros sentimentos:



Alegria



Tristeza



Medo



Surpresa



Raiva



Indiferença

Assim, a utilização do MÊS, durante a graduação médica, uma vez que estimula o aluno a refletir sobre a situação do paciente, com o foco principal no mesmo, tem o potencial de funcionar como uma ferramenta para facilitar a empatia, que é um componente fundamental para uma boa relação médico- paciente.

2 JUSTIFICATIVA

É inegável que uma boa RMP é extremamente importante para uma melhor qualidade do atendimento médico, pois melhora a aderência ao tratamento proposto, assim como a satisfação de ambas as partes da relação.

A empatia é um componente fundamental na relação médico-paciente, de difícil abordagem em ambiente acadêmico, devido ao seu caráter complexo e dificuldade de mensuração. Assim, torna-se cada vez mais necessário o desenvolvimento e o estudo da eficácia de estratégias educacionais que visem ao desenvolvimento da empatia ao longo da graduação. Isto nos motivou a testar o Mapa da Empatia em Saúde no contexto do Grupo Tutorial, em sala de aula, e verificar seus efeitos no desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina.

Apesar do desenvolvimento de práticas que estimulem a empatia nos estudantes de medicina, um desafio presente na vida acadêmica é mensurar esta habilidade. Sendo a empatia um construto multidimensional que envolve aspectos afetivos e cognitivos, foram necessários, neste estudo, utilizar a escala de Jefferson (JSPE-S), que tem como premissa a empatia como um atributo predominantemente cognitivo, e a análise de conteúdo de parte dos mapas da empatia em saúde, para avaliar melhor o componente afetivo.

Espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar no desenvolvimento de estratégias educacionais que estimulem a empatia dos estudantes em cenários acadêmicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o efeito do uso do Mapa da Empatia em Saúde como facilitador do desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina.

3.2 Objetivos específicos

- Utilizar o Mapa da Empatia em Saúde no Grupo Tutorial em estudantes do 5º período de Medicina e testar se há associação entre o uso desse instrumento, neste cenário, e a melhora da habilidade de empatia.
- Analisar o conteúdo de parte dos Mapas da Empatia em Saúde elaborados pelos estudantes.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo quase experimental e qualitativo, cuja investigação foi avaliar o efeito do uso do MES através da mensuração dos níveis de empatia em estudantes de Medicina do quinto período, da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte (UNIFENAS- BH), antes e após cursarem o Bloco de Síndromes Cardiológicas, durante o Grupo Tutorial e da análise de conteúdo dos mapas. Ressalta-se que estudos quase-experimentais são delineamentos de pesquisa que não têm distribuição aleatória dos sujeitos pelas intervenções, nem grupos-controle. Optou-se por este modelo de estudo uma vez que a divisão dos estudantes nos respectivos blocos do quinto período foi feita pela instituição de ensino, sem interferência dos pesquisadores. Importante salientar que, durante o bloco de Síndromes Cardiológicas, não houve qualquer outro tipo de intervenção específica com o tema empatia como foco.

A análise de conteúdo de parte dos Mapas da Empatia em Saúde preenchidos pelos estudantes teve a intenção de avaliar a reflexão dos mesmos em relação aos diversos aspectos envolvidos no caso clínico (ANEXO B) discutido.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais. No curso de Medicina da UNIFENAS-BH, criado em 2003, o currículo adotado tem como base o modelo pedagógico do Aprendizado Baseado em Problemas, não havendo separação entre o ciclo básico e o profissional. O currículo é estruturado em unidades ou blocos e não em disciplinas. Neste modelo, utiliza-se como estímulo para o processo de aprendizagem um problema que é analisado pelos estudantes, organizados em pequenos grupos, com o apoio de um professor-tutor, que atua como facilitador do sistema. O professor-tutor não deve transmitir sua *expertise* ao estudante, mas, sim, sondar o seu conhecimento por meio do encorajamento de atividades cognitivas específicas. O aprendizado é ativo e a construção da informação é feita pelos estudantes em equipe. O estudo dos conteúdos das áreas básicas ocorre conjuntamente com os trabalhos dos grupos tutoriais e os ambulatórios, promovendo interação destes com os problemas prioritários da saúde da população (PEIXOTO, 2009).

4.3 População

A população alvo é formada por estudantes de Medicina.

A população acessível foi constituída de estudantes do quinto período da Faculdade de Medicina da UNIFENAS – BH. A opção pelo quinto período baseou-se em estudos que relatam ser o terceiro ano do curso de Medicina, que marca a transição para o ciclo clínico, o ponto-chave na redução da empatia (MORETO; BLASCO, 2013).

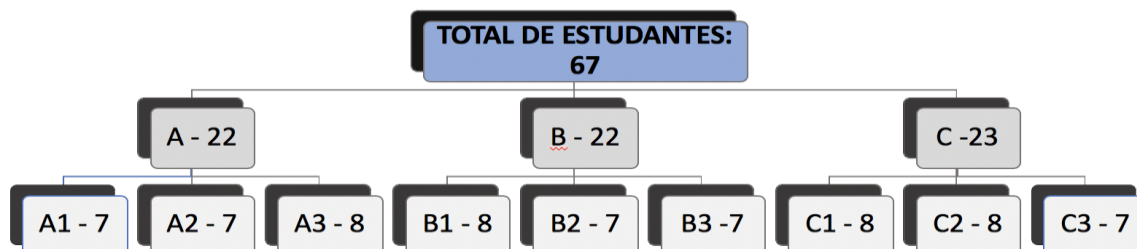
O quinto período do curso de Medicina da UNIFENAS- BH, conforme cronograma habitual pré-estabelecido pela universidade, aborda quatro disciplinas: Pediatria, Síndromes Cardiológicas, Síndromes Respiratórias e Síndromes Gastroenterológicas.

A disciplina de Pediatria é programada para ser cursada por todos os estudantes do período durante as quatro primeiras semanas de aula. O total de estudantes do período é 67. Para as três últimas disciplinas, com duração de cinco semanas cada uma, os estudantes são subdivididos em três grupos menores. Essas disciplinas funcionam com sessões de Grupo Tutorial (GT), Ambulatório, Prática de Laboratório e Treinamento de Habilidades.

Após as primeiras quatro semanas da disciplina de Pediatria, a turma é dividida em três Grupos: A, B e C. Essa divisão é realizada por sorteio, aleatório, pela coordenação da universidade. Esses Grupos irão cursar os blocos de Síndromes Cardiológicas, Respiratórias e Gastroenterológicas e revezam entre si a cada cinco semanas.

Cada bloco tem início com uma aula teórica expositiva e termina com uma aula de encerramento. Após essa aula teórica inicial, os Grupos A, B e C são novamente divididos, pela própria Universidade, em três subgrupos, sendo que cada subgrupo é orientado por um professor diferente, dentro do mesmo bloco. As sessões de GT, foco do estudo, tem duração semanal total de 7 horas e 20 minutos, divididas em duas sessões, uma de análise e outra resolução de sete casos clínicos complexos. Os casos são os mesmos para todos os subgrupos, independente do professor. Todos os alunos do grupo que estão no bloco são expostos a uma aula teórica expositiva no início do bloco e a uma aula de encerramento no final. Essa divisão dos estudantes em Grupos e subgrupos está representada na FIG. 3.

Figura 3 - Fluxograma: Divisão dos estudantes em Grupos e subgrupos



4.4 Critérios de inclusão

- Estar regularmente matriculado no quinto período do curso de Medicina da UNIFENAS, Belo Horizonte, e ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar cursando o bloco de Síndromes Cardiológicas;
- Desejo de participar e compromisso de adesão ao protocolo do estudo;
- Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE (APÊNDICE A).

4.5 Critérios de exclusão

- Estudantes que estejam repetindo conteúdo do bloco de Síndromes Cardiológicas;
- Não preenchimento completo do questionário;
- Desejo declarado do participante de deixar o estudo;
- Falta de aderência ao protocolo do estudo.

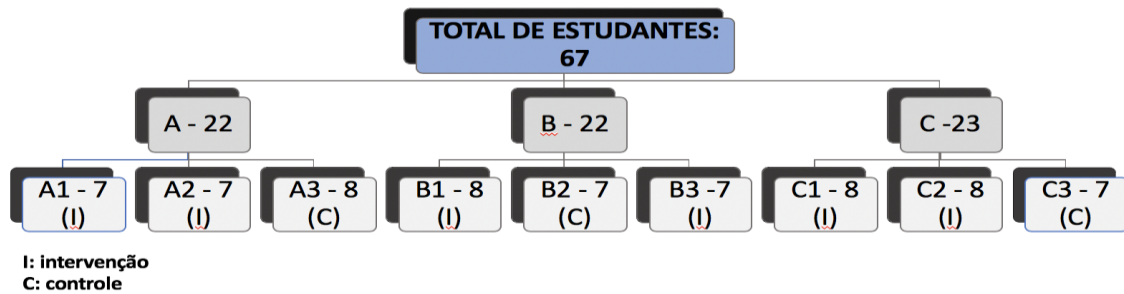
4.6 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra do estudo foi constituída por estudantes de Medicina do quinto período, da UNIFENAS-BH, no momento em que estavam cursando o bloco de Síndromes Cardiológicas, durante o primeiro semestre de 2019.

Durante a apresentação do bloco, momento em que todos os estudantes que cursam o bloco Síndromes cardiológicas estão reunidos, foi feito o convite para participação dos mesmos no estudo. Nas aulas subsequentes os Grupos de estudantes são divididos em três subgrupos. Destes três subgrupos, dois utilizaram o Mapa da Empatia em Saúde (MES) após cada discussão

de caso clínico (Grupo intervenção) e um subgrupo não o utilizou, sendo considerado Grupo-controle. A FIG. 4 abaixo representa melhor esta divisão dos grupos controle e intervenção.

Figura 4 - Fluxograma: Representação da divisão dos Grupos controle e intervenção



Aos estudantes que assinaram o TCLE foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão acima descritos, selecionando assim a amostra probabilística final.

4.7 Coleta de dados

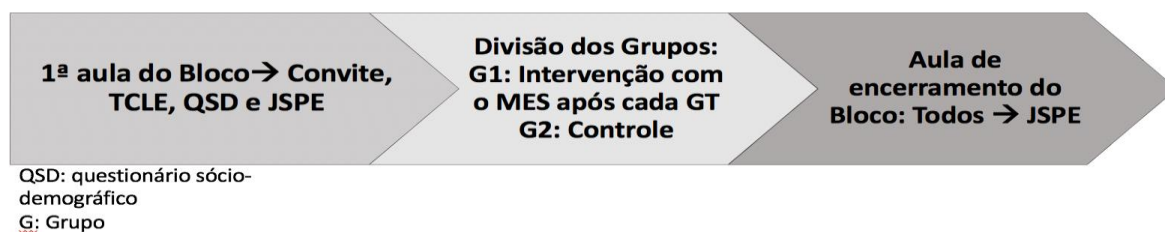
Todos os estudantes que concordaram em participar do estudo assinaram o TCLE na primeira aula do bloco. Logo em seguida, na mesma aula, os estudantes que assinaram o termo foram orientados a preencher o questionário sociodemográfico (APÊNDICE B) e a Escala de Empatia de Jefferson, versão para estudantes, JSPE-S, (ANEXO A). A identificação do discente foi realizada pelo seu nome e número de matrícula. O sigilo foi assegurado ao participante, conforme o TCLE.

Os estudantes classificados como Grupo 1 no estudo eram formados pelos subgrupos que participaram da intervenção, com o Mapa da Empatia em Saúde (MES), após resolução de cada caso clínico, nas sessões de GT. Os mapas também foram identificados pelo nome e número de matrícula do estudante, pelo número do caso clínico discutido e pelo professor. Ressalta-se que todos os casos clínicos abordavam o componente biomédico, psicológico e contexto social do paciente, sendo que o primeiro caso clínico está exemplificado no ANEXO B. Os estudantes do subgrupo-controle, designado como Grupo 2, que não receberam a intervenção, frequentaram as sessões de GT normalmente, sem preencher o MES, e foram identificados pelo nome, número de matrícula, número do caso clínico e professor do GT.

Ao final das 5 semanas do bloco, todos os estudantes do Grupo 1 e do Grupo 2 preencheram novamente a JSPE- S durante a aula de encerramento do bloco, ministrada para todos.

A FIG. 5 representa como foi realizada a coleta de dados do estudo.

Figura 5 - Fluxograma: Representação da coleta de dados



A intervenção se repetiu a cada 5 semanas, da mesma maneira, até que todos os 3 Grupos de alunos (A, B e C) tenham frequentado o bloco de síndromes cardíológicas.

Cada estudante dos subgrupos da intervenção preencheu individualmente um mapa por caso clínico, somando 7 mapas por estudante, ao final do bloco.

4.7.1 Instrumentos utilizados no estudo

No desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados três instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, Escala de Jefferson de Empatia, versão para estudantes e Mapa da Empatia em Saúde.

4.7.1.1 Questionário Sociodemográfico

Um questionário semiestruturado foi elaborado para avaliar questões sociodemográficas e ocupacionais, gerais e específicas, que poderiam se relacionar com a empatia dos estudantes. Este possuía 26 questões, contendo as seguintes variáveis:

- Nome: é a identificação do entrevistado conforme registro em certidão de nascimento ou casamento, informado pelo próprio.
- Número da matrícula: número de registro na instituição de ensino.
- Idade: em anos completos relatados pela mulher ou homem no momento do preenchimento do questionário.

- Sexo: caracterização autoatribuída pelos sujeitos em relação os sexos masculino ou feminino.
- Etnia: caracterização autoatribuída pelos sujeitos quanto a ser da raça branca, parda, negra ou outras.
- Naturalidade: cidade de nascimento.
- Estado Civil: estado marital definido pelo sujeito no momento da pesquisa, categorizada em Casada(o)/União estável, Solteira(o), Separado(a), Viúva(o).
- Possui filhos: sim ou não.
- Número de filhos: campo aberto para resposta.
- Medicina é o primeiro curso superior: sim ou não.
- Motivo principal de escolha do curso de Medicina: questão de múltipla escolha com resposta única, contendo as seguintes opções: curso adequado à aptidão pessoal e vocacional; possibilidade de poder contribuir para a sociedade; possibilidade de emprego; influência de familiares; amplas expectativas salariais; prestígio social da profissão.
- Pretende fazer residência ou especialização: sim ou não.
- Se pretende fazer residência ou especialização, em qual área de atuação: campo aberto para resposta.
- Escola de origem no ensino médio: pública, privada, pública e privada.
- Está frequentando o bloco de síndromes cardiológicas pela primeira vez: sim ou não.
- Possui bolsa estudantil: sim ou não.
- Com quem mora: família (pai, mãe), sozinho, com parentes, república, pensão ou outros.
- Renda familiar mensal aproximada: até 3000 reais, de 3001 a 5000 reais, de 5001 a 10000 reais, de 10001 a 15000 reais e acima de 15000 reais.
- Possui atividade remunerada: sim ou não.
- Possui passatempo ou hobby: sim ou não.
- Se sim, qual: pergunta aberta.
- Pratica atividade artística regularmente como pintura, música, dança, teatro etc: sim ou não.
- Frequenta eventos artísticos regularmente como museu, cinema, teatro, dança etc: sim ou não.
- Apresenta doença crônica: sim ou não.

- Tem familiar com doença crônica: sim ou não.

4.7.1.2 Escala Jefferson de Empatia Médica (versão para estudantes)

O segundo instrumento utilizado foi a Escala Jefferson de Empatia Médica- versão para estudantes (JSPE-S), que avalia o nível de empatia em estudantes de Medicina predominantemente sob uma ótica cognitiva. Esta escala foi escolhida por ser largamente utilizada no estudo da empatia no Brasil e em outros países. Ela foi desenvolvida em 2001 por um grupo de pesquisadores da instituição *Jefferson Medical College*, na Filadélfia (EUA), e adaptada e validada no Brasil (PARO *et al.*, 2012). É uma escala desenvolvida para o contexto do cuidado com pacientes e tem por objetivo a análise de três domínios principais: cuidado compassivo, capacidade de se colocar no lugar do paciente e tomada de perspectiva. É uma escala de autorrelato, composta de 20 perguntas que utilizam uma escala de *Likert*, cujos valores vão de um a sete: um seria “discordo totalmente”, e sete seria “concordo totalmente”. Para os itens formulados na negativa, a pontuação é recodificada inversamente. As pontuações mínimas e máximas possíveis são, respectivamente, 20 e 140 pontos para o escore global; 11 a 77 para o cuidado compassivo; 2 a 14 para a capacidade de se colocar no lugar do paciente; e 7 a 49 para a tomada de perspectiva. Não existe um ponto de corte na avaliação produzida; a pontuação é gradativa, e, quanto maior o escore obtido, mais empático seria o estudante avaliado (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

O domínio referente à tomada de perspectiva do doente avalia a dimensão cognitiva do construto empatia, que envolve a disposição em adotar o ponto de vista do outro (PARO, 2013).

Ele avalia a capacidade de o estudante compreender o que pensa e sente o paciente a partir do quadro de referência deste, exemplificado pelo item 13: “Os médicos deveriam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal”. (COSTA, F.; FERREIRA-VALENTE; COSTA, P., 2017)

O “cuidado compassivo” ou compaixão, domínio da escala que pode ser definido como uma sobreposição entre cognição e emoção, avalia itens como a "importância da atenção às experiências dos pacientes"; "conhecer as próprias emoções e as emoções dos pacientes"; e

"interesse na literatura ou nas artes não médicas". Por fim, o domínio "capacidade de se colocar no lugar do outro" avalia a capacidade de sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. Exemplo: "É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes". (COSTA, F.; FERREIRA-VALENTE; COSTA, P., 2017).

4.7.1.3 Mapa da Empatia em Saúde (MES)

O instrumento a ser utilizado na intervenção, neste estudo, foi o Mapa da Empatia em Saúde (MES) (PEIXOTO; MOURA, 2019), representado na FIG. 2, que se trata de um instrumento elaborado na própria instituição e que se adequava aos objetivos propostos pelo nosso estudo.

Cada estudante do grupo 1, intervenção, preencheu individualmente cada MES referente a cada um dos sete casos clínicos, discutidos no bloco síndromes cardiológicas, ao final de cada encontro de resolução dos casos, totalizando no máximo sete mapas por estudante.

4.8 Análise dos dados

Foram utilizados testes estatísticos para a análise dos dados obtidos com a utilização da Escala de Jefferson e análise de conteúdo de parte dos mapas.

4.8.1 Análise estatística

4.8.1.1 Variáveis

- Independente: Intervenção: uso do Mapa da Empatia em Saúde nas discussões de GT
- Dependente: Desfecho: Empatia

4.8.1.2 Cálculo do escore

Para o cálculo do escore de empatia foi utilizada a fórmula a seguir:

- Empatia Geral (EG)

$$EG = (Q1^* + Q2 + Q3^* + Q4 + Q5 + Q6^* + Q7^* + Q8^* + Q9 + Q10 + Q11^* + Q12^* + Q13 + Q14^* + Q15 + Q16 + Q17 + Q18^* + Q19^* + Q20) / 20$$

- Escore “Tomada de perspectiva do doente” (TPD)

$$TPD = (Q4 + Q5 + Q9 + Q10 + Q13 + Q17 + Q18^*) / 7$$

- Escore “Compaixão”

$$COMPAIXÃO = (Q1^* + Q2 + Q7^* + Q8^* + Q11^* + Q12^* + Q14^* + Q15 + Q16 + Q19^* + Q20) / 11$$

- Escore “Capacidade de colocar-se no lugar do outro” (CCLO)

$$CCLO = (Q3^* + Q6^*) / 2$$

OBS: * As questões com esta sinalização tiveram o sentido da escala invertido, por exemplo, $Q11^* = 8 - Q11$.

4.8.1.3 Testes estatísticos

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas Mediana, Média e Desvio-padrão (d.p.), além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

A associação / relação entre duas variáveis do tipo categóricas (Exemplo: Grupo e Sexo) foram realizadas, utilizando-se o teste do *Qui-quadrado* e o teste *exato de Fisher*.

Com o objetivo de avaliar o efeito / influência dos grupos de estudantes, bem como o efeito / influência da fase do estudo (início e fim do curso) nos escores de empatia, foi utilizada a Análise de Variância baseada em um planejamento de Medidas Repetidas. Portanto, além de avaliar a influência do fator Grupo, foi necessário avaliar a influência da fase do estudo e a interação entre as variáveis Grupo e fase. Ressalta-se que, quando a interação é significativa no modelo de Análise de Variância, o resultado indica que existe diferença no comportamento de um fator (Exemplo: Grupo) para cada nível do outro fator (Exemplo: Fase). E, quando a análise indicou uma influência significativa de um ou mais fatores ou mesmo uma ou mais interações, utilizou-se o teste de comparações múltiplas de médias LSD (Least Significant Difference) para

avaliar as diferenças encontradas dentro de cada um dos fatores significativos. Ressalta-se que os pressupostos para a utilização desta análise foram verificados e aceitos, isto é, a normalidade de resíduos (Teste K-S – Kolmogorov-Smirnov) e variâncias constantes (Teste de Levene). Ressalta-se que, na análise de medidas repetidas, existe uma restrição adicional, a esfericidade (“Variâncias iguais” entre as diferenças de escores entre as 2 fases estudadas). Caso a condição de esfericidade seja violada, os resultados são ajustados pelo método de Greenhouse-Geisser.

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.

4.8.2 Análise de conteúdo dos Mapas da Empatia na Saúde

A técnica de análise de conteúdo é utilizada para analisar comunicações, como, por exemplo, o que foi dito, escrito em entrevistas ou observado pelo pesquisador. Envolve um conjunto de instrumentos metodológicos em evolução constante. Ao se analisar o material, busca-se, através de etapas sequenciais, sua classificação em temas ou categorias, com a intenção de auxiliar na compreensão do que está por trás do discurso (GUERRA, 2014; BARDIN, 1977; SILVA; FOSSÁ, 2015). Para a análise de conteúdo dos mapas de empatia em saúde, as seguintes etapas foram seguidas sequencialmente (BARDIN, 1977):

- 1) Pré-análise: Leitura flutuante e exaustiva dos mapas;
- 2) Exploração do material: após selecionar alguns mapas, foram realizados recortes temáticos com a identificação dos núcleos de sentidos, a descrição dos sentidos atribuídos, a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas;
- 3) Tratamento dos resultados: realização de inferências a partir da interpretação e do confronto com a literatura.

Assim, inicialmente, procedeu-se à leitura flutuante dos mapas. Após este processo, foi selecionada parte dos mapas referentes ao primeiro caso clínico, representado no ANEXO B. Em seguida, fez-se a identificação das ideias principais ou sentimentos em cada um dos quadrantes do mapa, que foram denominados unidades de registro. Estas foram agrupadas de acordo com suas similaridades, sendo denominada categorização inicial. O processo de categorização é uma forma de apresentação didático-científica dos resultados e discussões

obtidos com a análise dos dados. Pode-se entender categoria como palavras ou frases que englobam um número variável de temas, segundo uma proximidade, e que expressam significados importantes, atendendo aos objetivos da pesquisa. (CAMPOS; TURATO, 2009).

Logo após, as categorias iniciais foram agrupadas, levando-se em consideração a relação entre os temas destacados gerando uma segunda categorização (categoria intermediária). E, então, os temas das categorias intermediárias semelhantes foram agrupados, chegando-se às categorias finais.

4.9 Aspectos Éticos

Como se trata de pesquisa com seres humanos, as normas e diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram cumpridas, além dos princípios éticos propostos pela Declaração de Helsinque. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 2000).

Os estudantes convidados a participar do estudo e aqueles que concordaram e assinaram, espontaneamente, após a leitura, o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), foram incluídos no estudo. Este termo foi assinado antes do início do estudo e consta de esclarecimentos sobre sua participação no estudo, referindo-se à confiabilidade e privacidade de seus dados pessoais. O estudante teve liberdade para decidir deixar a pesquisa em qualquer fase do estudo, sem prejuízo ou constrangimento algum, conforme orientado claramente no TCLE.

Ao estudante foi dada a liberdade para esclarecer todas as dúvidas sobre sua participação no estudo, através do contato com os pesquisadores e também o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS através da Plataforma Brasil.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Dos 67 estudantes matriculados no quinto período, 63 assinaram o TCLE. Destes, 59 estudantes participaram efetivamente deste estudo por se enquadraram nos critérios de inclusão propostos (preenchimento completo dos questionários nas duas fases do estudo) e foram subdivididos em dois grupos de estudo: **Grupo 1 (n=41)** utilizou o Mapa de Empatia em saúde no grupo tutorial e **Grupo 2 (n=18)**, que não foi submetido à intervenção, sendo, portanto, o grupo controle.

A TAB. 1 mostra a caracterização dos estudantes em relação aos aspectos sociodemográficos, questões relacionadas ao curso e aspectos gerais de saúde. Como pode ser observado, nenhuma diferença significativa foi identificada na comparação entre os dois Grupos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos estudantes do 5º período de Medicina da UNIFENAS-BH considerando-se os grupos estudados.

Variáveis	Grupo		Total	p
	1	2		
(Continua)				
Sexo				
Masculino	15 (36,6%)	11 (61,1%)	26 (44,1%)	0,081*
Feminino	26 (63,4%)	7 (38,9%)	33 (55,9%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Faixa etária				
De 19 a 21 anos	20 (50,0%)	12 (66,7%)	32 (55,2%)	0,238*
De 22 a 24 anos	20 (50,0%)	6 (33,3%)	26 (44,8%)	
Total	40 (100,0%)	18 (100,0%)	58 (100,0%)	
Cor / Etnia				
Branca	26 (63,4%)	15 (83,3%)	41 (69,5%)	0,223**
Parda	10 (24,4%)	3 (16,7%)	13 (22,0%)	
Preta / Outras	5 (12,2%)	0 (0,0%)	5 (8,5%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Religião				0,483**
Sim	34 (82,9%)	13 (72,2%)	47 (79,7%)	
Não	7 (17,1%)	5 (27,8%)	12 (20,3%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos estudantes do 5º período de Medicina da UNIFENAS-BH considerando-se os grupos estudados.

(continuação)

Variáveis	Grupo		Total	p
	1	2		
Estado civil				
Casado	2 (4,9%)	0 (0,0%)	2 (3,4%)	1,000**
Solteiro	39 (95,1%)	18 (100,0%)	57 (96,6%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Medicina 1º curso superior				
Sim	36 (87,8%)	16 (88,9%)	52 (88,1%)	1,000**
Não	5 (12,2%)	2 (11,1%)	7 (11,9%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Escola de origem no ensino médio				
Pública	4 (9,8%)	1 (5,6%)	5 (8,5%)	1,000**
Privada	36 (87,8%)	17 (94,4%)	53 (89,8%)	
Pública e Privada	1 (2,4%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Possui bolsa estudantil				
Sim	16 (39,0%)	3 (16,7%)	19 (32,2%)	0,091*
Não	25 (61,0%)	15 (83,3%)	40 (67,8%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Renda familiar				
Até 3.000 reais	3 (7,3%)	3 (16,7%)	6 (10,2%)	0,103**
De 3.001 a 5.000 reais	6 (14,6%)	0 (0,0%)	6 (10,2%)	
De 5.001 a 10.000 reais	10 (24,4%)	3 (16,7%)	13 (22,0%)	
De 10.001 a 15.000 reais	8 (19,5%)	1 (5,5%)	9 (15,2%)	
Mais de 15.000 reais	14 (34,2%)	11 (61,1%)	25 (42,4%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Possui atividade remunerada				
Sim	1 (2,4%)	1 (5,6%)	2 (3,4%)	0,521**
Não	40 (97,6%)	17 (94,4%)	57 (96,6%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Possui algum passatempo				
Sim	35 (85,4%)	16 (88,9%)	51 (86,4%)	1,000**
Não	6 (14,6%)	2 (11,1%)	8 (13,6%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	

Tabela 1 - Caracterização dos estudantes em relação aos dados sociodemográficos considerando-se o grupo

Variáveis	Grupo		Total	p
	1	2		
(conclusão)				
Prática de alguma atividade artística				
Sim	10 (24,4%)	5 (27,8%)	15 (25,4%)	0,758**
Não	31 (75,6%)	13 (72,2%)	44 (74,6%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Frequenta eventos artísticos				
Sim	25 (61,0%)	14 (77,8%)	39 (66,1%)	
Não	16 (39,0%)	4 (22,2%)	20 (33,9%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Possui alguma doença crônica				
Sim	9 (22,0%)	3 (16,7%)	12 (20,3%)	0,739**
Não	32 (78,0%)	15 (83,3%)	47 (79,7%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	
Familiar possui doença crônica				
Sim	31 (75,6%)	13 (72,2%)	44 (74,6%)	0,758**
Não	10 (24,4%)	5 (27,8%)	15 (25,4%)	
Total	41 (100,0%)	18 (100,0%)	59 (100,0%)	

Base de dados: 59 estudantes

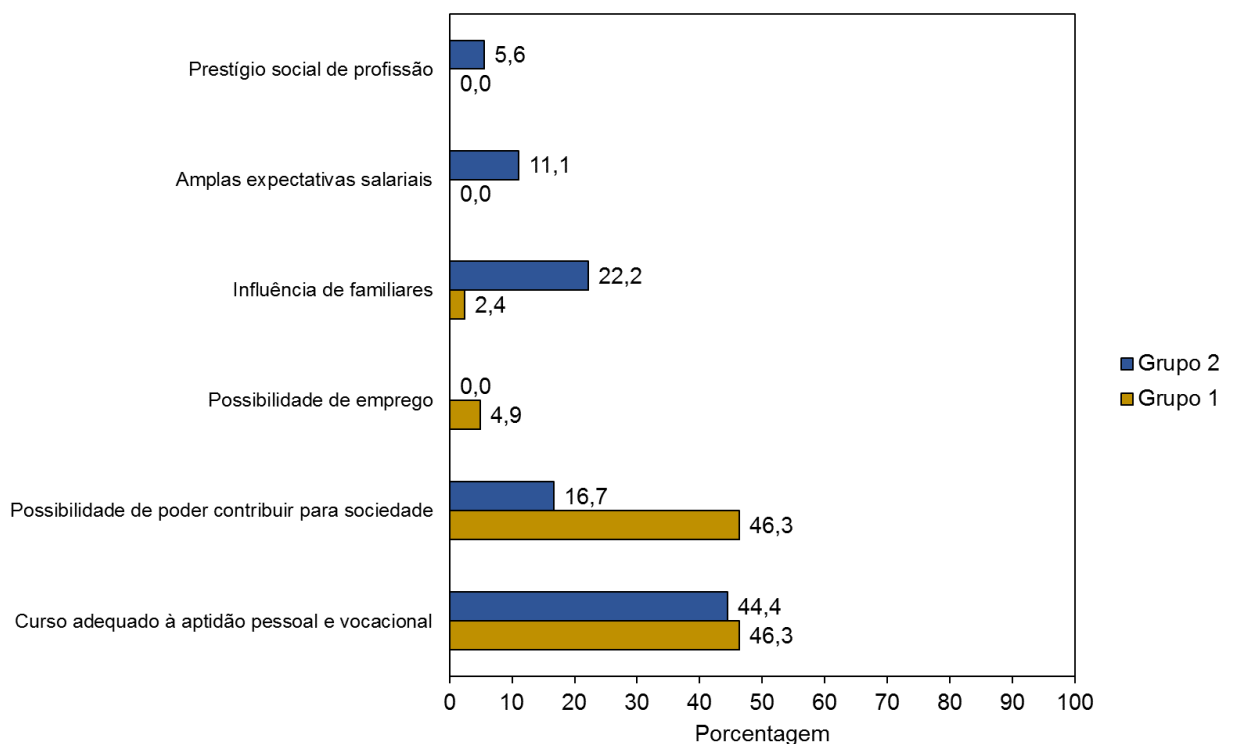
Nota: o valor da probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-quadrado (*) e ao teste exato de Fisher (**)

Dos 59 participantes, a maioria foi do sexo feminino. No Grupo 1, 63,4% eram do sexo feminino e no Grupo 2, 61,1% eram do sexo masculino. Em relação à faixa etária, a maioria dos estudantes tinha entre 19 e 21 anos, sendo 50% no Grupo 1 e 66,7% no Grupo 2. Em relação à cor / etnia dos alunos, foi observada uma maioria da cor branca nos dois grupos de estudo, com 63,4% no Grupo 1 e 83,3% no Grupo 2. A maioria dos estudantes declarou que tinha uma religião (Grupo 1 → 82,9% e Grupo 2 → 72,2%). Apenas 3,4% dos estudantes eram casados, e os demais (96,6%) eram solteiros. E nenhum dos estudantes possui filhos. (TAB. 1).

Em ambos os Grupos, para mais de 85% dos estudantes o curso de Medicina foi o primeiro curso superior. A escola privada foi a origem no ensino médio para a maioria dos estudantes em ambos os grupos (Grupo 1 → 97,8% e Grupo 2 → 94,4%). No Grupo 1, 39% dos estudantes possuem algum tipo de bolsa estudantil e, no Grupo 2, essa é a realidade de 16,7%. (TAB. 1).

No Grupo 1, o fato de o curso ser adequado à aptidão pessoal e vocacional e a possibilidade de poder contribuir para a sociedade foram os principais motivos para a escolha do curso de Medicina. E, no Grupo 2, os principais motivos foram a ideia de o curso ser adequado à aptidão pessoal e vocacional, influência de familiares e a possibilidade de poder contribuir para a sociedade. (GRAF. 1).

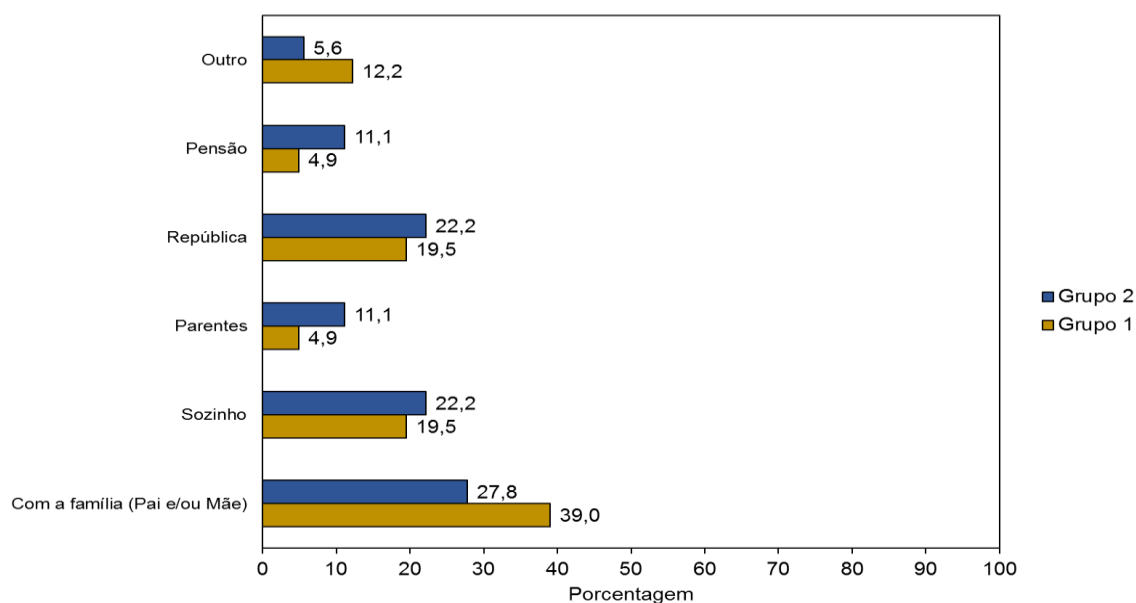
Gráfico 1 - Motivação principal para a escolha do curso de Medicina, considerando-se os grupos estudados



Base de dados: 59 estudantes

No Grupo 1, 39% dos estudantes moram com a família, 19,5% moram sozinhos e 19,5% moram em república. No Grupo 2, 27,8% moram com a família, 22,2% moram sozinhos e 22,2% moram em república. (GRAF. 2).

Gráfico 2 - Com quem o estudante mora, considerando-se os grupos estudados



Base de dados: 59 estudantes

A renda familiar é superior a 15.000 reais para 61,1% dos estudantes do Grupo 2. No Grupo 1, 34,2% possuem uma renda familiar superior a 15.000 reais; para 19,5%, o valor está entre 10.000 e 15.000 reais; para 24,4%, está entre 5.000 e 10.000 reais. Apenas 2 alunos (4,3%) possuem alguma atividade remunerada. (TAB. 1).

A maioria dos estudantes possui algum passatempo, sendo que essa é a realidade de mais de 85% dos alunos em ambos os grupos. A prática de alguma atividade artística foi verificada em 24,4% dos estudantes do Grupo 1 e, em 27,8%, dos alunos do Grupo 2. E a maioria dos estudantes declarou que tem o hábito de frequentar algum evento artístico (Grupo 1 → 61% e Grupo 2 → 77,8%). (TAB. 1).

Entre os estudantes do Grupo 1, 22% declararam que possuem alguma doença crônica e, no Grupo 2, isso foi observado em 16,7% dos estudantes. E, mais de 70% dos estudantes dos dois grupos declararam que algum familiar possui alguma doença crônica.

5.2 Escore global de empatia nos Grupos analisados

O escore global geral de empatia dos estudantes avaliados foi alto e não se observaram diferenças significativas tanto entre os grupos estudados, quanto dentro de um mesmo grupo nas diferentes fases do estudo; na avaliação realizada no início do curso quanto na avaliação realizada no final do curso. Também não ocorreram mudanças significativas entre os dois momentos do estudo, nos dois Grupos de estudantes (TAB. 2)

Tabela 2 - Medidas descritivas e comparativas dos escores globais de empatia dos estudantes do 5º período de Medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo

Grupo	Fase	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
1	I	41	5,3	6,6	6,1	0,4
	II	41	4,6	6,7	6,0	0,5
2	I	18	5,3	6,6	5,9	0,4
	II	18	4,9	6,7	5,8	0,5

Base de dados: 59 estudantes

Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação: Fase → ($F_{1,57} = 1,666$; $p = 0,202$)

Grupo → ($F_{1,57} = 2,124$; $p = 0,150$) Fase × Grupo → ($F_{1,57} < 0,001$; $p = 0,991$)

	FASE I	FASE II
Conclusão p/ Grupo:	Grupo 1 = Grupo 2	Grupo 1 = Grupo 2
	Grupo 1	Grupo 2
Conclusão p/ Fase:	Fase I = Fase II	Fase I = Fase II

Nota: Os valores de **p** na tabela referem-se à probabilidade de significância da Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas.

Nos casos onde há diferenças significativas comparações múltiplas são realizadas.

5.3 Escore de empatia obtido nos domínios da Escala de Jefferson

A escala de Jefferson possui três domínios: Tomada de perspectiva, Compaixão e Capacidade de se colocar no lugar do outro.

5.3.1 Escore de empatia obtido no domínio Tomada de perspectiva

Os estudantes analisados apresentaram médias elevadas de empatia no domínio Tomada de perspectiva e não houve diferença na média de escore entre os grupos e entre as fases do estudo (TAB. 3).

Tabela 3 - Medidas descritivas e comparativas dos escores de *Tomada de perspectiva do doente* medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de Medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo

Grupo	Fase	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
1	I	41	5,0	6,9	5,9	0,5
	II	41	4,4	7,0	5,9	0,5
2	I	18	5,1	6,4	5,8	0,3
	II	18	4,9	7,0	5,8	0,6

Base de dados: 59 estudantes

Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação: Fase \rightarrow ($F_{1;57} = 0,108$; $p = 0,743$)

Grupo \rightarrow ($F_{1;57} = 0,602$; $p = 0,441$) Fase \times Grupo \rightarrow ($F_{1;57} = 0,215$; $p = 0,645$)

	FASE I	FASE II
Conclusão p/ Grupo:	Grupo 1 = Grupo 2	Grupo 1 = Grupo 2
	Grupo 1	Grupo 2
Conclusão p/ Fase:	Fase I = Fase II	Fase I = Fase II

Nota: Os valores de **p** na tabela referem-se à probabilidade de significância da Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas.

Nos casos onde há diferenças significativas comparações múltiplas são realizadas.

5.3.2 Escore de empatia obtido no domínio Compaixão

Os estudantes analisados apresentaram médias elevadas de empatia no domínio Compaixão e não houve diferença na média de escore entre os grupos e entre as fases do estudo (TAB. 4).

Tabela 4 - Medidas descritivas e comparativas dos escores de *Compaixão* medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de Medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo

Grupo	Fase	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
1	I	41	5,3	6,5	6,2	0,3
	II	41	4,7	6,7	6,1	0,5
2	I	18	4,6	6,5	5,9	0,5
	II	18	4,8	6,6	5,9	0,6

Base de dados: 59 estudantes

Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação: Fase \rightarrow ($F_{1;57} = 0,425$; $p = 0,517$)

Grupo \rightarrow ($F_{1;57} = 3,761$; $p = 0,057$) Fase \times Grupo \rightarrow ($F_{1;57} = 0,247$; $p = 0,621$)

	FASE I	FASE II
Conclusão p/ Grupo:	Grupo 1 = Grupo 2	Grupo 1 = Grupo 2
	Grupo 1	Grupo 2
Conclusão p/ Fase:	Fase I = Fase II	Fase I = Fase II

Nota: Os valores de **p** na tabela referem-se à probabilidade de significância da Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas.

Nos casos em que há diferenças significativas, comparações múltiplas são realizadas.

5.3.3 Escore de empatia obtido no domínio Capacidade de se colocar no lugar do outro

Não houve diferença na média de escore no domínio Capacidade de se colocar no lugar do outro entre os grupos e entre as fases do estudo (TAB. 5).

Tabela 5 - Medidas descritivas e comparativas dos escores de *Capacidade de colocar-se no lugar do outro* medidas pela Escala de Jefferson, dos estudantes do 5º período de Medicina, considerando-se os grupos estudados e as fases do estudo

Grupo	Fase	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
1	I	41	1,0	7,0	4,2	1,6
	II	41	1,0	7,0	4,1	1,5
2	I	18	2,0	7,0	4,4	1,5
	II	18	2,0	7,0	4,4	1,4

Base de dados: 59 estudantes

Resultado da ANOVA baseado num modelo de medidas repetidas:

Fonte de variação: Fase → ($F_{1;57} = 0,176$; $p = 0,677$)

Grupo → ($F_{1;57} = 0,389$; $p = 0,535$) Fase × Grupo → ($F_{1;57} = 1,210$; $p = 0,276$)

	<i>FASE I</i>	<i>FASE II</i>
Conclusão p/ Grupo:	Grupo 1 = Grupo 2	Grupo 1 = Grupo 2
	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>
Conclusão p/ Fase:	Fase I = Fase II	Fase I = Fase II

Nota: Os valores de **p** na tabela referem-se à probabilidade de significância da Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas.

Nos casos onde há diferenças significativas comparações múltiplas são realizadas.

5.3.4 Análise comparativa entre os domínios de empatia considerando-se os grupos e as fases do estudo

A TAB. 6 e o GRAF. 3 mostram uma análise comparativa entre os três domínios da empatia: tomada de perspectiva do doente, compaixão e capacidade de se colocar no lugar do outro. Como pode ser observado, os estudantes apresentaram valores significativamente inferiores no domínio Capacidade de se colocar no lugar do outro em comparação com os outros domínios, nos dois grupos estudados e nas duas fases do estudo.

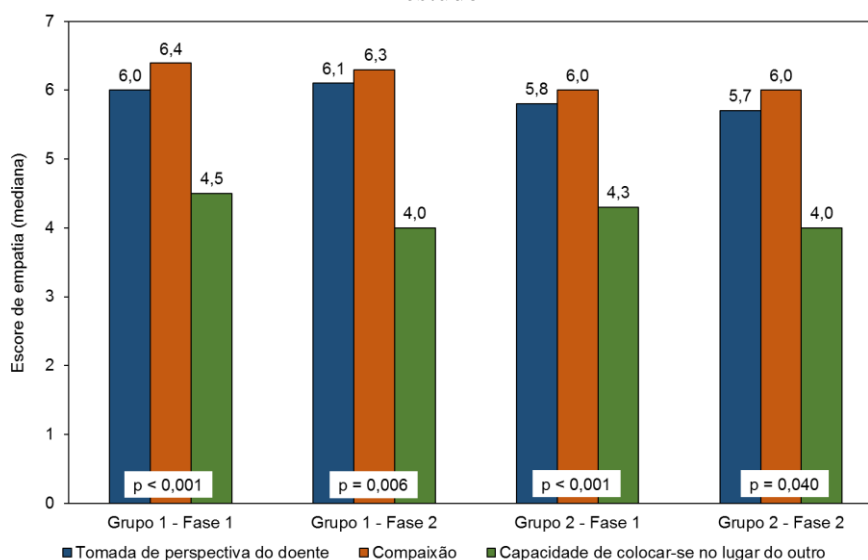
Tabela 6 - Análise comparativa entre os domínios da empatia, considerando-se o Grupo e a fase do estudo

Domínios	Grupo / Fase			
	Grupo 1 Fase 1	Grupo 1 Fase 2	Grupo 2 Fase 1	Grupo 2 Fase 2
Tomada de perspectiva do doente	5,9 ± 0,5 6,0 (5,6 ; 6,2)	5,9 ± 0,5 6,1 (5,6 ; 6,1)	5,8 ± 0,3 5,8 (5,5 ; 6)	5,8 ± 0,6 5,7 (5,3 ; 6,3)
Compaixão	6,2 ± 0,3 6,4 (5,9 ; 6,5)	6,1 ± 0,5 6,3 (5,9 ; 6,5)	5,9 ± 0,5 6,0 (5,5 ; 6,4)	5,9 ± 0,6 6,0 (5,4 ; 6,5)
Capacidade de colocar-se no lugar do outro	4,2 ± 1,6 4,5 (3,0 ; 6,0)	4,1 ± 1,5 4,0 (3,5 ; 5,0)	4,4 ± 1,5 4,3 (3,4 ; 5,5)	4,4 ± 1,4 4,0 (3,5 ; 5,3)
p	< 0,001	0,006	< 0,001	0,040

Base de dados: 59 estudantes

Nota: o valor da probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Friedman

Gráfico 3 - Análise comparativa entre os domínios da empatia, considerando-se o Grupo e a fase do estudo



Base de dados: 59 estudantes

Nota: o valor da probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Friedman

5.4 Avaliação da influência das variáveis sociodemográficas nos escores de empatia

Observou-se que os estudantes que possuíam familiar com doença crônica apresentaram médias de escore de empatia significativamente maiores do que aqueles que não possuíam, tanto no escore geral quanto no domínio Compaixão. As demais variáveis sociodemográficas analisadas (sexo, faixa etária, cor/etnia, possuir religião, medicina como 1º curso superior, possuir bolsa estudantil, renda familiar, possuir algum passatempo, prática de alguma atividade artística, frequentar eventos artísticos e possuir alguma doença crônica) não apresentaram correlações com o escore de empatia obtido pela Escala de Jefferson (TAB. 7).

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores de empatia, considerando-se a avaliação realizada no início do curso

(continua)

Variáveis	Escore de empatia			
	Empatia global	Tomada de perspectiva do doente	Compaixão	Capacidade de colocar-se no lugar do outro
Sexo				
Masculino	6,0 ± 0,4 6,1 (5,6 ; 6,3)	5,8 ± 0,4 5,9 (5,5 ; 6,0)	6,0 ± 0,5 6,0 (5,8 ; 6,4)	4,8 ± 1,6 4,8 (3,9 ; 6,0)
Feminino	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,4)	6,0 ± 0,5 6,0 (5,6 ; 6,3)	6,1 ± 0,4 6,4 (5,8 ; 6,5)	3,9 ± 1,5 4,0 (3,0 ; 5,3)
p	0,422	0,181	0,209	0,054
Faixa etária				
De 19 a 21 anos	6,0 ± 5,6 6,4 (6,2 ; 0,4)	5,9 ± 5,6 6,1 (5,9 ; 0,4)	6,0 ± 5,7 6,4 (6,3 ; 0,5)	4,5 ± 3,0 6,0 (5,0 ; 1,5)
De 22 a 24 anos	6,1 ± 5,8 6,3 (6,2 ; 0,4)	5,9 ± 5,7 6,1 (5,9 ; 0,4)	6,2 ± 5,9 6,5 (6,2 ; 0,3)	4,1 ± 2,9 5,5 (4,0 ; 1,7)
p	0,863	0,900	0,365	0,296
Cor / Etnia				
Branca	6,0 ± 0,4 6,2 (5,6 ; 6,3)	5,8 ± 0,4 5,9 (5,4 ; 6,1)	6,0 ± 0,4 6,1 (5,8 ; 6,5)	4,5 ± 1,6 5,0 (3,0 ; 6,0)
Outras	6,1 ± 0,3 6,2 (5,9 ; 6,4)	6,0 ± 0,4 5,9 (5,7 ; 6,3)	6,2 ± 0,3 6,4 (5,9 ; 6,5)	3,9 ± 1,4 4,0 (2,9 ; 5,1)
p	0,553	0,187	0,324	0,138
Religião				
Sim	6,1 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,4)	5,9 ± 0,5 5,9 (5,7 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,3 (5,9 ; 6,5)	4,4 ± 1,5 4,5 (3,0 ; 6,0)
Não	5,9 ± 0,3 5,8 (5,6 ; 6,2)	5,8 ± 0,4 5,9 (5,5 ; 6,0)	5,9 ± 0,4 6,0 (5,6 ; 6,4)	3,8 ± 1,8 3,5 (2,5 ; 5,4)
p	0,061	0,531	0,108	0,194

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores de empatia, considerando-se a avaliação realizada no início do curso

(continua)

Variáveis	Escore de empatia			
	Empatia global	Tomada de perspectiva do doente	Compaixão	Capacidade de colocar-se no lugar do outro
Medicina 1º curso superior				
Sim	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,3)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,7 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,4)	4,4 ± 1,5 4,5 (3,0 ; 5,5)
Não	6,1 ± 0,5 6,2 (5,6 ; 6,6)	5,7 ± 0,5 5,9 (5,1 ; 6,1)	6,3 ± 0,3 6,5 (5,8 ; 6,5)	3,8 ± 2,1 3,5 (2,0 ; 6,0)
p	0,622	0,363	0,150	0,436
Possui bolsa estudantil				
Sim	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,4)	6,0 ± 0,6 6,1 (5,4 ; 6,4)	6,2 ± 0,3 6,2 (5,8 ; 6,4)	3,9 ± 1,4 4,0 (2,5 ; 5,0)
Não	,06 ± 0,4 6,1 (5,6 ; 6,3)	5,8 ± 0,3 5,9 (5,7 ; 6,1)	6,0 ± 0,5 6,3 (5,8 ; 6,5)	4,5 ± 1,6 4,8 (3,0 ; 6,0)
p	0,845	0,130	0,837	0,119
Renda familiar				
Até 10.000 reais	6,0 ± 0,3 6,2 (5,8 ; 6,3)	5,9 ± 0,5 5,9 (5,5 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,5)	4,3 ± 1,5 4,5 (3,0 ; 5,8)
Mais de 10.000 reais	6,0 ± 0,4 6,1 (5,6 ; 6,4)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,7 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,3 (5,8 ; 6,5)	4,3 ± 1,7 4,3 (3,0 ; 5,6)
p	0,788	0,920	0,876	0,982
Possui algum passatempo				
Sim	6,0 ± 0,4 6,1 (5,7 ; 6,4)	5,9 ± 0,5 5,9 (5,4 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,5)	4,4 ± 1,6 4,5 (3,0 ; 6,0)
Não	6,1 ± 0,3 6,3 (5,8 ; 6,3)	5,9 ± 0,1 5,9 (5,9 ; 6,1)	6,2 ± 0,4 6,4 (5,9 ; 6,5)	4,0 ± 1,5 4,0 (2,6 ; 5,4)
p	0,464	0,663	0,212	0,511

Tabela 7 - Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores de empatia, considerando-se a avaliação realizada no início do curso
(conclusão)

Variáveis	Escore de empatia			
	Empatia global	Tomada de perspectiva do doente	Compaixão	Capacidade de colocar-se no lugar do outro
Prática de alguma atividade artística				
Sim	6,0 ± 0,5 6,3 (5,5 ; 6,5)	6,0 ± 0,4 6,0 (5,7 ; 6,3)	6,1 ± 0,4 6,4 (5,6 ; 6,5)	4,4 ± 1,3 5,0 (3,0 ; 5,5)
Não	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,3)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,5 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,4)	4,3 ± 1,7 4,3 (3,0 ; 6,0)
p	0,491	0,247	0,627	0,930
Frequenta eventos artísticos				
Sim	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,4)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,6 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,5)	4,2 ± 1,6 4,5 (3,0 ; 5,5)
Não	6,0 ± 0,4 6,2 (5,6 ; 6,3)	5,8 ± 0,4 5,9 (5,5 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,3 (5,8 ; 6,4)	4,5 ± 1,6 4,3 (3,0 ; 6,0)
p	0,835	0,729	0,981	0,468
Possui alguma doença crônica				
Sim	6,0 ± 0,4 6,0 (5,6 ; 6,4)	6,0 ± 0,5 5,9 (5,5 ; 6,4)	6,1 ± 0,4 6,3 (5,9 ; 6,5)	3,8 ± 1,5 3,8 (3,0 ; 5,4)
Não	6,0 ± 0,4 6,2 (5,7 ; 6,3)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,6 ; 6,1)	6,1 ± 0,4 6,2 (5,8 ; 6,5)	4,4 ± 1,6 4,5 (3,0 ; 6,0)
p	0,977	0,372	0,528	0,268
Familiar possui doença crônica				
Sim	6,1 ± 0,4 6,2 (5,9 ; 6,4)	5,9 ± 0,4 5,9 (5,7 ; 6,3)	6,1 ± 0,4 6,4 (5,9 ; 6,5)	4,4 ± 1,6 4,8 (3,0 ; 6,0)
Não	5,8 ± 0,4 5,7 (5,5 ; 6,3)	5,7 ± 0,4 5,7 (5,4 ; 6,0)	5,9 ± 0,3 5,9 (5,6 ; 6,3)	3,9 ± 1,4 4,0 (3,0 ; 5,0)
p	0,033	0,081	0,029	0,201

Base de dados: 59 alunos

Nota: os valores apresentados referem-se à média e desvio-padrão ($\bar{x} \pm d.p.$), mediana e intervalo interquartil Md (P₂₅ – P₇₅) e a probabilidade de significância do teste de Mann-Whitney

5.5 Análise de conteúdo dos mapas da empatia elaborados pelos estudantes

Após a escolha do caso clínico a ser estudado (ANEXO B), baseado no conteúdo mais psicossocial do mesmo e no fato de ter sido o primeiro contato dos estudantes com o mapa, foram avaliados 16 mapas da empatia em saúde, elaborados pelos estudantes após discussões de casos clínicos no Grupo tutorial durante o bloco de Síndromes Cardiológicas. A seleção de 16 mapas foi baseada na percepção de que as ideias e conteúdo não mais estavam se diferindo, indicando uma saturação da amostra. A análise de conteúdo foi realizada, levando-se em consideração o conteúdo de cada quadrante do instrumento utilizado. Em seguida, após a categorização das informações, foi realizado o confronto com a história descrita no caso e com alguns dos resultados obtidos pela análise quantitativa.

5.5.1 Categorização inicial

Após a leitura flutuante do material selecionado, foi realizada a codificação dos conteúdos de cada quadrante do MES. Foram destacadas palavras, expressões ou frases principais que resumiam a resposta do estudante e que passaram a ser denominadas unidades de registro. Estas unidades de registro foram, então, agrupadas em ideias afins, que passaram a se denominar categorias iniciais. Os QUADROS 1 a 4 ilustram as unidades de registro destacadas e as categorias iniciais de cada quadrante do MES.

Quadro 1 - Unidades de registro citados no primeiro quadrante do mapa da empatia em saúde (continua)

Quadrante 1 (“O que você sentiria se estivesse no lugar da pessoa?”) Tomada De Perspectiva		
Unidades de registro	Categoria inicial	Descrição
Angustiada Tranquila após orientação Aflição Aflita Ansiedade Ansiedade Ansiedade Ansiedade	Aflição Ansiedade Medo Tristeza Tranquilidade Estressada Preocupada	Sentimentos suscitados nos estudantes ao se colocar no lugar do outro

Quadro 1 - Unidades de registro citados no primeiro quadrante do mapa da empatia em saúde (conclusão)

Quadrante 1 (“O que você sentiria se estivesse no lugar da pessoa?”) Tomada De Perspectiva		
Unidades de registro	Categoria inicial	Descrição
Preocupado Preocupação Preocupação Preocupação Preocupação Preocupação Preocupação Preocupada Preocupação Medo de sequela Medo Medo Medo Medo Medo Medo Medo Medo Tristeza Tristeza Incerteza Medo Medo Acolhida Estressada	Aflição Ansiedade Medo Tristeza Tranquilidade Estressada Preocupada	Sentimentos suscitados nos estudantes ao se colocar no lugar do outro

Quadro 2 - Registros citados no segundo quadrante do mapa da empatia em saúde

Quadrante 2 Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuros? Tomada de perspectiva		
Unidades de registro	Categoria	Descrição
Fazer o tratamento correto Não morrer Ter saúde	Tratamento da doença	Necessidade e desejos relacionados com a doença
Preocupação com futuro da família Sustentar a casa Cuidar dos filhos e mãe Saúde para cuidar dos filhos e mãe Preocupação familiar Preocupação com futuro da família Saúde para continuar trabalhando	Preocupação familiar Manter atividades laborativas Mudança de hábitos	Necessidades e desejos relacionados ao contexto social
Dar suporte emocional para a família Apoio familiar Medo de morrer e deixar a família sem suporte Lazer	Apoio emocional Medo Apoio familiar Qualidade de vida	Necessidades e desejos relacionados com as emoções suscitadas pelo quadro de saúde do paciente

Quadro 3 - Registros citados no terceiro quadrante do mapa da empatia em saúde

Quadrante 3 Como me sinto conhecendo a história desta pessoa Compartilhamento emocional		
Unidades de registro	Categoria	Descrição
Triste Tristeza leve Preocupado Preocupada Afrito Preocupada Frustrada Medo de morrer Sensibilizada Sensibilidade Sensibilizada Sensibilizada Sensibilizada Comovida Não me abala muito Tranquilo em relação ao tratamento Necessidade de ajudar Respeito pela história Feliz em poder ajudar Compreensiva	Tristeza Preocupação Frustração Aflição Sensibilização Indiferença Tranquilidade em ajudar Necessidade de ajudar Compreensão do problema Confiança na resolução do problema Responsabilidade pelo paciente	Sentimentos, suscitados pelo conhecimento da doença do paciente Necessidade frente ao problema do outro

Quadro 4 - Registros citados no quarto quadrante do mapa da empatia em saúde

(Continua)

Quadrante 4 Como posso ajudar esta pessoa? Preocupação empática		
Unidades de registro	Categoria	Descrição
Apoiar decisões corretas Tranquilizar Tranquilizar a respeito de medos e anseios Ouvir preocupações e apreensões Ouvir preocupações e anseios Dar oportunidade de a paciente falar Acalmar Estimular a falar medos, anseios Motivar a ter esperança Tranquilizar Tranquilizar Acalmar Entender a realidade do paciente	Escuta atenta Acolhimento Suporte emocional	Ações voltadas para o emocional do paciente.

Quadro 4 - Registros citados no quarto quadrante do mapa da empatia em saúde
(conclusão)

Quadrante 4 Como posso ajudar esta pessoa? Preocupação empática		
Unidades de registro	Categoria	Descrição
Tratamento adequado Tratamento Explicar o tratamento Orientar tratamento medicamentoso Orientar tratamento não farmacológico Orientar atividade física Orientar redução de ingestão de álcool Confirmar o diagnóstico Tratamento correto e orientado com clareza Conversa franca Fornecer excelente consulta Orientar mudança de estilo de vida Orientar mudança de estilo de vida Orientar tratamento farmacológico Orientar mudança de estilo de vida Medicamentos Explicar a importância das mudanças de hábitos Plano terapêutico funcional Instruir sobre mudanças de hábitos Orientar quanto a alimentação e consumo de álcool Orientação para adesão Auxiliar em todas as etapas do tratamento	Tratamento adequado Orientação Plano terapêutico	Ações relacionadas com a doença do paciente.
Encaminhar a equipe multidisciplinar Orientação quanto ao estresse diário Prevenção Prevenir complicações Escutar atentamente Acalmar Qualidade de vida Qualidade de vida Demonstrar preocupação Trabalhar início de terapia Encaminhamento ao psicólogo Encaminhamento para grupo de apoio alcoolismo Questionar apoio de pessoas próximas Demonstrar compaixão	Qualidade de vida Compaixão Apoio psicológico Buscar apoio familiar	Ações relacionadas com a integralidade do cuidado

5.5.2 Categorização intermediária e final

Após a criação das categorias iniciais, seguiu-se novo agrupamento de modo a juntar as categorias iniciais afins dentro de novas categorias, denominadas agora de categorias intermediárias. Estas foram novamente agrupadas em categorias finais (QUADRO 5).

Quadro 5 - Classificação do Conteúdo dos Mapas da Empatia em Saúde em categorias

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Medo Tristeza Tranquilidade	1. Sentimentos do estudante ao se colocar no lugar da pessoa	I. Consciência dos próprios sentimentos
Aflição Tristeza Aflição Indiferença Sensibilização	2. Sentimentos do estudante ao conhecer o caso do paciente	
Preocupação com o emocional Respeito pela história de vida Indignação com injustiça social	3. Sentimentos do estudante diante da história de vida do paciente	
Necessidade de ajudar Compreensão do problema Confiança na resolução do problema Responsabilidade pelo paciente	4. Sentimentos do estudante em relação à conduta terapêutica	
Tratamento Não morrer Ter saúde	5. Desejos e necessidades do paciente no contexto da doença	II. Desejos e necessidades do paciente
Preocupação familiar Manter atividades laborativas Mudança de hábitos	6. Desejos e necessidades do paciente no contexto social	
Tratamento adequado Orientação Plano terapêutico	7. Conduta terapêutica centrada na doença	III. Conduta terapêutica
Suporte emocional Acolhimento Suporte emocional Escuta atenta Acolhimento Suporte emocional Qualidade de vida Compaixão Apoio psicológico Buscar apoio familiar	8. Cuidado integral	

6 DISCUSSÃO

Esse estudo teve por objetivo avaliar o efeito do mapa da empatia em saúde (MES) como ferramenta facilitadora do desenvolvimento da empatia no cenário do grupo tutorial em alunos do 5º período de Medicina.

Nosso estudo teve como embasamento teórico os relatos de Vygotsky (1999), que relata que as experiências das pessoas são determinadas, em sua forma, pela imaginação criadora delas. Esta imaginação é construída por meio de elementos da realidade, tomados da experiência do sujeito. Assim, podem-se obter informações a respeito de acontecimentos em geral não testemunhados, ou seja, tomar conhecimento do que está se passando com outra pessoa por meio da leitura. Nesse caso, a imaginação está servindo para dar substância à própria experiência (PRESTES; TUNES, 2012).

Assim, nossa hipótese foi que seria possível estimular o desenvolvimento da empatia relacionada com o atendimento clínico, em estudantes de Medicina, no contexto do grupo tutorial, ou seja, sem a presença do paciente, utilizando como ferramenta o MES.

Optou-se por utilizar alunos do quinto período da graduação, pois estudos prévios apontam o terceiro ano do curso como o marco para o declínio da empatia, momento em que os alunos iniciam um contato mais próximo com pacientes reais e seus sofrimentos físicos e emocionais (MORETO; BLASCO, 2013)

Os resultados do estudo mostraram que a utilização do mapa da empatia nos estudantes do 5º período de Medicina da UNIFENAS-BH não promoveu alterações nos escores de empatia medidos pela Escala de Empatia de Jefferson, versão para estudantes (JSPE). Observou-se ainda que os escores gerais de empatia obtidos antes da utilização do MES foram elevados e mantiveram-se elevados ao final do estudo. Em relação aos domínios da empatia, avaliados pela Escala de Jefferson, observou-se que as maiores médias foram obtidas no domínio “Compaixão”, seguido pela “Tomada de perspectiva”. As médias obtidas no domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro (CCLO)” foram mais baixas e se diferiram estatisticamente dos outros domínios. Dentre as variáveis analisadas (sexo, faixa etária, cor/etnia, possuir religião, Medicina como 1º curso superior, possuir bolsa estudantil, renda

familiar, possuir algum passatempo, prática de alguma atividade artística, frequentar eventos artísticos e possuir alguma doença crônica e possuir familiar com doença crônica), somente possuir familiar com doença crônica interferiu de forma positiva no escore de empatia, nos estudantes avaliados. Os grupos estudados foram homogêneos entre si em relação às variáveis sociodemográficas analisadas.

Na tentativa de entender os nossos resultados, alguns fatores devem ser considerados: as características institucionais, os estímulos do ambiente educacional no qual os estudantes estão inseridos, bem como a escala utilizada para a mensuração da empatia.

Em relação às características institucionais, ressalta-se que a UNIFENAS-BH, sede do estudo, é uma escola relativamente nova, que iniciou o curso de Medicina em 2003, seguindo, desde o seu início, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, propostas pelo Ministério da Educação e Cultura de 2001. Na UNIFENAS-BH, o currículo adotado tem como base o modelo pedagógico do Aprendizado Baseado em Problemas (Problem-Based Learning - PBL). Esta instituição prioriza a formação de médicos generalistas, e os estudantes têm a oportunidade de ter contato precoce com os pacientes. Desde o início do curso, os estudantes são inseridos na estratégia de ensino de Prática Médica na Comunidade, em ambientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Convivência. Lá realizam atividades diversificadas, focadas na promoção da saúde, avaliação e diagnóstico situacional e trabalho com as famílias dos moradores da região. Nos primeiros 2 anos de curso, os estudantes têm aulas no Laboratório de Treinamento de Habilidades Clínicas, onde têm a oportunidade de aprender em ambiente simulado. Lá eles treinam habilidades de comunicação com atores que mimetizam pacientes padronizados, em consultas simuladas ou manobras de exame físico ou situações clínicas variadas, que dependem do propósito da disciplina, acrescidas de feedback por parte do professor e dos pares, o que fixa ainda mais o aprendizado da habilidade treinada. A partir do terceiro ano de curso, os estudantes participam de atendimento clínico supervisionado em cenários reais, com o objetivo de prática clínica centrada na pessoa. Finalmente, a partir do quinto ano, acontece o Estágio Supervisionado, o internato, em que os estudantes realizam atividades médicas inseridos no Hospital ou Equipes de Saúde da Família. (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO, 2019)

Acerca dos estímulos do ambiente acadêmico, Peixoto, Ribeiro e Amaral (2011), ao avaliarem a mesma instituição deste estudo, observaram que os estudantes da UNIFENAS-BH perceberam atitudes humanitárias em seus professores, o que refletiu em atitudes mais centradas na pessoa, por parte dos estudantes. A importância de modelos de comportamento adequados com atitude ética e moralizante, humanista e academicamente não ameaçadores, tem sido defendida como uma forma de incentivar o comportamento empático (PAICE; HEARD; MOSS, 2002). Deve-se ressaltar, ainda, que, na UNIFENAS-BH, vários estudos sobre humanidades e, também, mais especificamente sobre empatia, vêm sendo realizados, o que faz com que os estudantes estejam sempre em contato com o tema e com a escala utilizada para avaliar a empatia.

Quanto à JSPE-S, escala utilizada para mensurar a empatia no estudo atual, é importante enfatizar que, apesar de ser a mais utilizada em pesquisas em educação médica, de ter sido traduzida e validada em diversos países e idiomas, e de ter apresentado qualidades psicométricas satisfatórias, ela apresenta fragilidades que podem contribuir com distorções na avaliação do nível de empatia, fazendo com que seja pouco discriminativa (NUNES, 2018; COSTA, M. J.; FERREIRA-VALENTE, A.; COSTA, P., 2017). Além disso, é uma escala de autorrelato em que o estudante pode responder ao que é desejável pela sociedade e não ao que realmente reflete seu comportamento diante do paciente. Soma-se a isso o fato de ela avaliar a visão do estudante, sob uma ótica mais cognitiva, e não afetiva. (COSTA, M. J.; FERREIRA-VALENTE, A.; COSTA, P., 2017)

Neste estudo, o domínio Compaixão foi o que apresentou maiores escores. Sob o ponto de vista fenomenológico, a compaixão constitui a base instintiva da moralidade, inspirando e motivando o indivíduo para o ato altruísta, aproximando o “EU” do “OUTRO” na sua realidade concreta (LEGET; OLTHUIS, 2007). Este fenômeno instintivo se transforma em um ato consciente de “cuidar” na prática clínica, sendo referenciado como “Humanismo Médico” (MARCUS, 1999). Pode-se deduzir, portanto, que as emoções representam um papel relevante nas habilidades humanísticas para os estudantes de Medicina estudados, no cenário do cuidado com o paciente.

Médias de escores elevadas também foram observadas no domínio “Tomada de Perspectiva”, que está associado à competência e ao raciocínio sociais, sendo a capacidade de se colocar no

lugar do outro e de imaginar o que o outro está pensando ou sentindo, vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos (DECETY; COWELL, 2014).

Observou-se, ainda, que os estudantes avaliados apresentaram médias significativamente mais baixas no domínio “Capacidade de se colocar no lugar do outro”. Estes resultados devem ser analisados com ressalvas, levando-se em consideração que do ponto de vista conceitual, segundo Decety e Cowell (2014), este domínio está inserido no domínio tomada de perspectiva, e do ponto de vista psicométrico, este domínio foi considerado um fator residual na escala original por apresentar somente dois itens, sendo que o número mínimo necessário para a estabilidade do fator são três itens (VELICER; FAVA 1998; HOJAT *et al.*, 2018). Estes relatos reforçam o baixo poder discriminatório dos níveis de empatia da escala de Jefferson, observado por Nunes (2018). Segundo Loureiro *et al.*, 2011, o domínio em questão é representado por dois itens apenas (“É difícil para um médico ver as coisas do ponto de vistas dos pacientes” e “Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes”) e que, apesar de válidos, não deixam de esboçar alguma ambiguidade. Ambos os itens podem ser interpretados pelos estudantes como a consciência da dificuldade em se colocar no lugar do outro e não como se essa atitude é ou não desejável. Então, escore baixo em relação à facilidade em se colocar no lugar do outro não significa necessariamente um comportamento empático menor.

Quanto à influência das variáveis sociodemográficas nos escores de empatia, o achado de escores mais elevados em estudantes que relataram ter algum familiar portador de doença crônica pode ser explicado levando-se em consideração a distinção entre as diferentes formas que o indivíduo pode compreender o outro a partir da perspectiva deste, proposta por Hoffman (1984), que considera que a percepção dos sinais emocionais no outro pode lembrar o sujeito de experiências passadas, quando ele já viveu esta emoção e que esta lembrança o faz sentir-se como quem ele observa. Segundo Ranieri e Barreira (2012), o desenvolvimento da empatia é um movimento que abrange a compreensão da experiência do outro, pela observação daquilo que o outro vive e o desenvolvimento de uma autoavaliação, um autoconhecimento frente ao outro, pela constatação e consideração da percepção do outro diante de nossa experiência. Este processo de desenvolvimento da vivência empática pode ser facilitado com a ajuda do treinamento (DAVIS, 1990).

Diante da multiplicidade de conceitos e das diferentes perspectivas no entendimento da empatia e das fragilidades da escala de empatia utilizada, faz-se necessário utilizar diferentes formas de avaliar o efeito da utilização do MES no desenvolvimento da empatia nos estudantes.

Assim, foi realizada a análise de conteúdo de parte dos MÊS, referente ao primeiro caso clínico do GT (ANEXO B), com o intuito de compreender melhor a capacidade do estudante de conhecer e se aprofundar nas perspectivas e experiências do paciente, bem como se reconhecer diante da história do paciente.

A partir da análise dos conteúdos obtidos nos quadrantes do MES foram construídas três categorias finais: (I) Consciência dos próprios sentimentos, (II) Percepção dos desejos e necessidades do paciente, (III) Conduta terapêutica.

I) Consciência dos próprios sentimentos

Esta categoria apresentou quatro subcategorias relacionadas com os sentimentos do próprio estudante desencadeados pelo caso do paciente:

I.I) Sentimentos do estudante ao se colocar no lugar da pessoa:

“Uma mistura de medo e preocupação de se tornar uma pessoa inválida e incapaz de sustentar e cuidar da mãe e dos filhos.”

“Manteria a mesma preocupação e medo da paciente, visto que tem filhos dependentes e tendo em base o acidente vascular encefálico materno.”

I.II) Sentimentos do estudante ao conhecer o caso do paciente:

“Tranquila e bem porque o quadro da paciente é totalmente plausível de cuidados e porque eu conseguiria acalmá-la.”

“Não me abala muito, pois convivo num meio comum de hipertensos.”

I.III) Sentimentos do estudante diante da história de vida do paciente:

“Me sinto triste, pois percebo que o caso da paciente é o que muitas brasileiras vivem, histórias de luta e preocupações e que, muitas vezes, descobrem um problema de

saúde em uma consulta de rotina porque se preocuparam com outras pessoas da família e deixaram sua própria saúde de lado.”

“Sinto-me preocupada devido à condição de saúde da paciente, além das responsabilidades que sobrecarregam a paciente e que podem prejudicar sua saúde”

Assim, o MES foi capaz de estimular reflexões dos estudantes sobre os seus próprios sentimentos, caso estivessem no lugar do paciente, despertando o componente emocional da empatia, que é a capacidade de compartilhar ou se tornar afetivamente despertado pelas emoções dos outros. Esta reflexão foi estimulada ao se responder à primeira pergunta do MES, “o que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa?”. Através da análise dos 16 mapas, observou-se que 2 estudantes demonstraram preocupações relacionadas apenas com a doença. Por outro lado, a maioria dos estudantes esboçou sentimentos envolvendo o contexto social da paciente, como preocupação com a saúde e medo de não conseguir cuidar e sustentar a família, como exemplificado abaixo:

“Me sinto triste e angustiada pois, infelizmente, muitos brasileiros vivem hoje uma história parecida com a da paciente: doença crônica instalada, trabalho com baixa remuneração, sustento dos filhos e pais idosos que também têm doenças, além das preocupações e estresse diários.”

Os achados são conflitantes com o que foi observado nos resultados da escala JSPE-S, em que se verificaram níveis mais baixos nos dois grupos e fases do estudo no domínio CCLO.

Esta capacidade de avaliar os seus próprios sentimentos caso estivesse no lugar do paciente é particularmente importante, uma vez que, segundo Dymmond (1950), a transposição imaginativa de si no pensamento, sentimento ou ação do outro é componente fundamental da tomada de perspectiva, que influencia a natureza das experiências emocionais empáticas. Moll e Meltzoff (2011) consideram a tomada de perspectiva como uma das mais importantes habilidades sociocognitivas, uma vez que essa capacidade reflete uma compreensão geral de que um mesmo evento pode ser visto e interpretado de várias maneiras, dependendo do ponto de vista daquele que observa.

Além disso, a importância da reflexão dos estudantes sobre os seus próprios sentimentos em relação às situações vivenciadas pelos outros se faz importante em um mundo onde, segundo Medeiros *et al.* (2013), as emoções vêm sendo consideradas estorvos e elementos distratores em uma prática médica tecnicista.

Para Rogers (1977; 1983), uma das forças mais poderosas em uma relação é a capacidade de captar com precisão os sentimentos e significados pessoais que o paciente está vivendo. Segundo este autor, perceber de maneira empática é perceber o mundo subjetivo do outro “como se” fôssemos essa pessoa, sem, contudo, jamais perder de vista que se trata de uma situação análoga.

D'Andrea (1972) conceitua empatia como sendo a compreensão do outro dentro de seu próprio esquema, a apreciação de como se sente internamente, o reconhecimento dos seus sentimentos, emoções, desejos, conflitos e ansiedades e ressalta a importância de adquirir essa habilidade de nos colocarmos no lugar do outro, de sabermos de suas expectativas. Este mesmo autor, ao apontar algumas dificuldades para o estabelecimento de relação empática, aponta a incapacidade do médico em reconhecer-se a si mesmo como pessoa total, com consciência dos próprios sentimentos; a tendência em separar o físico do psíquico e o fato de ser a Medicina centralizada mais em si mesma que no indivíduo.

I.IV) Sentimentos do estudante em relação à conduta terapêutica

O MES estimulou a reflexão sobre os sentimentos dos estudantes diante da tomada de decisão sobre a conduta terapêutica a ser realizada:

Necessidade de ajudar
Compreensão do problema

A reflexão sobre os sentimentos próprios e do paciente exemplificam o domínio da compaixão que compõe o construto da empatia. Weingartner *et al.* (2019) definem compaixão como sendo o reconhecimento do sofrimento emocional de si próprio ou dos outros, associado ao desejo de reduzir tal sofrimento, e a associa a resultados positivos na saúde do paciente, além de melhorar sua satisfação

II) Percepção dos desejos e necessidades do paciente

Esta categoria apresentou duas subcategorias.

II.I) Desejos e necessidades do paciente no contexto da doença

Em relação à percepção dos estudantes sobre os sentimentos e necessidades do paciente diante de sua história de vida, foi possível perceber que dois dos dezesseis estudantes ainda têm grande tendência a separar o físico do psíquico, focando apenas nas necessidades do paciente em relação à sua doença, como observado nas seguintes frases:

“Redução dos níveis pressóricos e realização de atividade física diária”

“Ficar bem, sem sequela de acidente vascular cerebral”

II.II) Desejos e necessidades do paciente no contexto social

A maioria dos estudantes, quatorze dos dezesseis, conseguiu ter uma perspectiva mais ampla das necessidades e desejos do paciente, num contexto mais abrangente, envolvendo o âmbito social da paciente, representado pela vontade de melhorar, ter saúde para trabalhar, ter qualidade de vida e poder cuidar e sustentar a família:

“Desejo de ficar bem, devido à necessidade de trabalhar e desejo de ter qualidade de vida boa”

“A necessidade da paciente em ter boas condições de saúde e físicas para continuar trabalhando, uma vez que apresenta dependentes financeiros e sua mãe para cuidar”

A pergunta do MES que estimula os estudantes a refletirem sobre sua percepção acerca dos desejos e necessidades do paciente é a segunda, “qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuros?”. Em conjunto com a primeira pergunta, também pode ser considerado um estímulo “os estudantes tentarem se colocar no lugar do outro”. A interpretação dos relatos da maioria dos estudantes também se contrapõe com a análise quantitativa, que demonstrou escores baixos neste domínio.

III) Conduta terapêutica

Esta categoria apresentou duas subcategorias:

III.I) Conduta terapêutica centrada na doença

A visão da necessidade do paciente, relacionada somente com a doença, leva a um atendimento mais centrado na doença. Isso foi apreendido em relação à percepção do estudante de como ele poderia ajudar o paciente, enfatizando o tratamento e a redução de complicações:

“Instruí-la sobre a importância do tratamento para obter uma melhor adesão e assim reduzir complicações”

III.II) Cuidado integral

Como a maior parte dos estudantes conseguiu manifestar sentimentos relacionados ao contexto socioeconômico e familiar do paciente e sua patologia, os mesmos estudantes, ao responderem à quarta pergunta do mapa, “como posso ajudar esta pessoa?”, preocuparam-se em demonstrar a importância de um cuidado integral ao paciente.

“Eu iria deixar que ela me falasse suas preocupações e apreensões, porque às vezes, uma simples conversa a deixaria mais tranquila e leve. Além disso, eu iria sugerir que ela reduzisse o consumo de bebidas alcoólicas e que realizasse atividades físicas”

Por fim, das dezesseis expressões faciais que os estudantes completaram no centro do mapa, após responderem às quatro perguntas, 75% foram de medo, 12,5% de tristeza e 12,5% de indiferença. Os estudantes que utilizaram a expressão de indiferença foram concordantes com os que descreveram nos quatro quadrantes do mapa e coincidiram com as preocupações restritas à patologia do paciente. As demais expressões faciais também coincidiram com reflexões mais abrangentes dos estudantes que apresentaram uma visão integral do paciente, abrangendo também o contexto em que ele estava inserido.

Portanto, foi possível observar neste estudo que, apesar dos níveis de empatia, medidos pela Escala de Jefferson, terem se apresentado elevados e não terem se diferido, nos dois momentos do estudo, entre os Grupos analisados, foi possível observar que os estudantes apresentaram visões variadas da situação vivenciada pelo paciente. Estas diferenças só puderam ser verificadas através da análise de conteúdo dos MES. Além disso, através da análise qualitativa de alguns dos mapas, foi possível perceber que, apesar de os estudantes terem pontuado escores mais baixos no domínio “capacidade de se colocar no lugar do outro”, a maioria deles demonstrou níveis de reflexão mais abrangentes e desejáveis. Segundo Batson *et al.* (1987) diferentes perspectivas de um mesmo caso estimulam diferentes redes de emoções com

consequências motivacionais distintas. Neste sentido, o MES pode ser uma ferramenta útil para o desenvolvimento e treinamento da empatia, no contexto acadêmico, uma vez que estimula a reflexão dos estudantes baseada nos pilares da empatia: tomada de perspectiva, compartilhamento emocional e preocupação empática. A discussão aberta e multidisciplinar sobre este tema poderá levar a mudanças de pensamento e da própria experiência empática que favorecem a relação humana em contexto clínico.

Novos estudos com a utilização do mapa abordando (1) mais de um contexto de aprendizagem, (2) discussão dos mapas em grupos de modo a proporcionar ao estudante refletir sobre perspectivas do caso que sejam diferentes ou complementares às suas, (3) feedback com o grupo e com os professores, dentre outros, se fazem necessários para se aprofundarem os conhecimentos nesta área e embasar estratégias eficazes no desenvolvimento da empatia no atendimento clínico.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, podemos citar o desenho quase- experimental do mesmo, no qual a empatia foi avaliada em um curto período de tempo; a utilização de instrumentos autoavaliativos, que tendem a sofrer influências da expectativa social e das representações que os participantes têm a respeito dos papéis sociais atribuídos a eles e também a influência de outros estudos sobre o tema na amostra analisada.

8 CONCLUSÃO

O MES não alterou o escore de empatia medido pela Escala de Empatia de Jefferson, versão para estudantes, que foi elevado em todos os momentos do estudo.

O MES foi capaz de estimular os estudantes a refletirem sobre os seus sentimentos em relação ao paciente, sobre os sentimentos e necessidades do paciente, além da refletir sobre o seu papel em relação ao problema vivenciado pelo paciente, no contexto de grupo tutorial, que são passos fundamentais para o desenvolvimento da empatia.

Com a utilização do MÊS, foi possível identificar diferentes visões dos estudantes em relação ao caso vivenciado pelo paciente, que podem repercutir positivamente na prática clínica.

Novos estudos envolvendo o uso do mapa da empatia, utilizando cenários variados e metodologias diversas, fazem-se necessários a fim de se aprofundar nos conhecimentos desta área e embasar estratégias eficazes para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina e futuros médicos.

9 APLICABILIDADE DO PROJETO

Este projeto está inserido em um contexto de extrema importância: o aperfeiçoamento e a melhoria das escolas médicas. A finalidade é formar profissionais com maior habilidade nas relações com seus pacientes e suas variadas implicações, como melhora da adesão ao tratamento proposto, efeito terapêutico entre outras. Entender a empatia como uma característica extremamente desejável para o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente e, mais ainda, conseguir delinear estratégias viáveis que permitam facilitar a empatia dos estudantes é fundamental para atingir o objetivo final.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. *et al.* Empatia Médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *In: CONGRESSO GALEGO- PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA*, 10., 2009, Braga. **Actas** [...]. Braga: Universidade do Minho, 2009. p. 3705-3716.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **WMA Declaration of Helsinque**. Helsinque: WMA, 2000. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATSON, C. D.; FULTZ, J.; SCHOENRADE, P. A. Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. **Journal of personality**, Malden, v. 55, n. 1, p. 19-39, 1987.
- BENTLEY, P. G.; KAPLAN, S. G.; MOKONOGHO, J. Relational Mindfulness for Psychiatry Residents: a Pilot Course in Empathy Development and Burnout. **Academic Psychiatry**, New York, v. 42, n. 5, p. 668- 673, 2018.
- BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 23-29, 1984.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, p. 38, 9 nov. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.
- BRATSBURG, H. M. **Empathy Maps of the FourSight Preferences**. 2012. 76f. Dissertation (Master of Science) - Digital Commons at Buffalo State, State University of New York, 2012. Disponível em: <http://digitalcommons.buffalostate.edu/creativeprojects/176/> Acesso em: 07 jul. 2018.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa: aplicación y perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009.
- CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 71- 93, 2000.
- 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, M. J.; FERREIRA-VALENTE, A.; COSTA, P. Escala de Empatia para Médicos – Versão para Estudantes (JSE-spv). *In*: ALMEIDA, L.S.; SIMÕES, R. S.; GONÇALVES, M. M. (coord.). **Adaptação, Desenvolvimento e Sucesso Acadêmico dos Estudantes do Ensino Superior**: instrumentos de avaliação. Braga: ADIPSIEDUC, 2017. cap. 10, p. 125-133.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade**. São Paulo: EDUSP, 1972.

DAVIS, C. M. What is empathy, and can empathy be taught? **Physical Therapy**, New York, v. 70, n. 11, p. 707-715, 1990.

DEYER, E.; SWARTZLANDER, B. J.; GUGLIUCCI, M. R. Using virtual reality in medical education to teach empathy. **Journal of the Medical Library Association**, Chicago, v. 106, n. 4, p. 498- 500, 2018.

DECETY, J.; COWELL, J. M. The complex relation between morality and empathy. **Trends in Cognitive Sciences**, [S.l.], v. 18, n. 7, p. 337-339, 2014.

DYMOND, R. F. Personality and empathy. **Journal of consulting psychology**, Washington, v. 14, n. 5, p. 343-350, 1950.

EKMAN, E.; KRASNER, M.; Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 1, p. 1-10, 2016.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Ânima Educação, 2014. 52p

HAN, 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.

HOFFMAN, M. L. Interaction of affect and cognition in empathy. Emotions, cognition, and behavior. *In*: C. E. IZARD, C. E.; KAGAN, J.; ZAJONC, R. B. (ed.), **Emotions, cognition, and behavior**. Cambridge: University Press, 1984. p. 103-131.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Empathy: A Nationwide Study of Measurement Properties, Underlying Components, Latent Variable Structure, and National Norms in Medical Students. **Advances in health sciences education** : theory and practice, Dordrecht, v. 23, n. 5, p. 899-920, 2018.

LEGET, C.; OLTHUIS, G. Compassion as a basis for ethics in medical education. **Journal of medical ethics**, [S. l.], v. 33, n. 10, p. 617-620, 2007.

LOUREIRO, J. *et al.* Empatia na relação médico- doente: evolução em alunos do primeiro ano de Medicina e contribuição para a validação da Escala de Jefferson em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 431-442, 2011.

MARCUS, E. R. Empathy, Humanism, and the Professionalization Process of Medical Education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 74, p. 1211-1215, 1999.

MAGALHÃES, E. *et al.* Empatia Médica: Adaptação e Validação de uma Escala Para Estudantes de Medicina. *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA*, 7., 2010, Minho. **Actas [...]**. Minho, 2010. p. 77- 89.

MARQUES FILHO, J. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.238-239, 2003.

MEDEIROS, N. S. *et al.* Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 515–525, 2013.

MOLL, H.; MELTZOFF, A. N. Perspective-Taking and its Foundation in Joint Attention. *In: ROESSLER, J.; LERMAN, H.; EILAN, N. Perception, causation, and objectivity*. Oxford: Oxford Scholarship Online, 2011. Disponível em: https://www.eva.mpg.de/documents/Oxford/Moll_Perspective-taking_Perception-causation-and-objectivity_2011_1567319.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

MORETO, G.; BLASCO, P. G. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. **Revista Brasileira de Medicina**, [S. l.], p. 12-17, 2013. Disponível em: https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013_jan_-A_erosao_da_empatia_nos_estudantes.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

NASCIMENTO, H. C. F. *et al.* Análise dos Níveis de Empatia de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 150-158, 2018.

NEUMANN, M. *et al.* Empathy decline and its reasons - a systematic review of studies with medical students and residents. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 86, n. 8, p. 996-1009, 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, 2018.

OLIVEIRA, A. A; NEVES, E. R.; DANDOLINI, G. A. A importância do mapa de empatia no processo de ideação em produto de inovação social. *In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, 5., 2017, Joinville. **Anais [...]**, Joinville: UDESC/UNIVILLE, 2017. p. 1924- 1937.

PAICE, E.; HEARD, S.; MOSS, F. How important are role models in making good doctors? **British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7366, p. 707-710, Sep 2002.

PARO, H. B. M. S. *et al.* Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, London, v. 12, n. 73, p. 1-7, 2012.

PARO, H. B. M. S. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. 2013. 201f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PEIXOTO, J. M. **Avaliação da atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente: comparação entre uma escola médica com modelo curricular do**

aprendizado baseado em problemas e outra com modelo curricular tradicional. 2009. 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências Clínicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 229-36, 2011.

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, 2020. No prelo.

PEREIRA, D. **Mapa de empatia para empreendedor migrante**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://businesspt.pt/wpbt/mapa-de-empatia-para-empendedor-migrante/>. Acesso em: 11 nov. 2019.

PRESTES, Z.; TUNES, E. A trajetória de obras de Vygotsky: um longo percurso até os originais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 327-340, jul./set. 2012.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. A empatia como vivência. **Memorandum**, [S. l.], v. 23, p. 12-31, 2012. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2012/10/ranieribarreira01.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ROGERS, C. Definições das noções teóricas. In: ROGERS, C.; KINGET, G. **Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977. v. 1, p. 54-82.

ROGERS, C. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/38958/229603/ata/5b609c0d-0f53-4450-a2f8-012c41b95428?version=1.0>. Acesso em: 30 ago. 2019.

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

SCHWELLER, M. *et al.* Nurturing virtues of the medical profession: does it enhance medical student's empathy? **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 11, n. 8, p. 262- 267, 2017.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 15 fev. 2020.

SUARTZ, C. V. *et al.* Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 320-325, 2013.

THOMAZI, L.; MOREIRA, F. G.; MARCO, M. A. Avaliação da evolução da empatia em alunos do quarto ano da graduação em medicina da Unifesp em 2012. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 87-93, 2014.

TORRES, A. R. *et al.* Ensinando a Anamnese Psiquiátrica para Estudantes de Medicina através da Inversão de Papéis: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 200-207, 2019.

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO. **Medicina Câmpus Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.unifenas.br/medicinabelohorizonte.asp>. Acesso em: 15 ago. 2019.

VISSER, C. L. F. *et al.* The Association of Readiness for Interprofessional Learning with empathy, motivation and professional identity development in medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 125, n. 18, p. 1-10, 2018.

VOGEL, D.; MEYER, M.; HARENDZA, S. Verbal and non- verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 157, n. 18, p. 1-7, 2018.

VYGOTSKY, L. S. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VELICER, W. F.; FAVA, J. L. Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. **Psychological Methods**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 231–251, 1998.

WEINGARTNER, L. A. *et al.* Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. **BMC Medical Education**, London, v. 19, n. 1, p. 139, 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano que 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: ____/____/____

2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto: Uso do mapa da empatia como facilitador da empatia em estudantes de medicina

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso: Universidade José do Rosário Vellano/
Curso de medicina

c. Projeto: Unicêntrico () Multicêntrico

d. Instituição Co-participante: Não se aplica

e. Patrocinador: Não se aplica

f. Professor Orientador: Eliane Perlatto Moura

g. Pesquisador Responsável: Estudante de Pós-graduação

() Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar se o uso do mapa da Empatia pelos alunos do quinto período, durante as sessões de Grupo Tutorial, no bloco de Síndromes Cardiológicas, melhora o grau de empatia.

4. Justificativa da pesquisa:

É inegável que uma boa relação médico-paciente é extremamente importante para uma melhor qualidade do atendimento médico, pois melhora a aderência ao tratamento proposto, assim como a satisfação de ambas as partes desse relacionamento.

Ser empático é uma característica extremamente importante e atua como o principal componente dessa relação, mas, por ser uma qualidade complexa, não é passível de ser ensinada e é de difícil mensuração. Apesar disso, a empatia pode ser facilitada ou bloqueada, e a dificuldade em medi-la foi suavizada, com o surgimento de algumas escalas, como a escala de empatia Jefferson.

Até hoje, há poucos estudos na literatura sobre modalidades para treinamento da empatia em estudantes de Medicina, e os que existem envolvem o uso de literatura, cinema, teatro e artes variadas.

O uso do Mapa da Empatia, na área acadêmica, é um assunto recente que ainda precisa ser explorado para avaliar sua real utilidade como facilitador da empatia e, conseqüentemente, da melhora da relação médico-paciente e suas implicações. Caso o mapa se mostre realmente útil, poderá ser consagrado e incorporado pelas escolas médicas como uma das formas de desenvolver habilidades empáticas em seus alunos. Considerando o exposto acima, o presente estudo se justifica.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Os alunos do quinto período de Medicina serão convidados a participar do projeto. Os alunos interessados assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, será selecionada a amostra de alunos. Após analisar a amostra, um dos Grupos já previamente sorteado pela Universidade será escolhido, baseado na homogeneidade de gênero, para aplicar o Mapa da Empatia durante cada sessão de Grupo Tutorial no bloco de Síndromes Cardiológicas. Os demais Grupos não o utilizarão. Todos os alunos preencherão um Questionário Sociodemográfico e Escala de Empatia.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

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

Aluno vai despende tempo e pode manifestar cansaço físico e mental. Entretanto o aluno pode interromper a participação no estudo a qualquer momento.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Benefícios para a ciência: Os resultados obtidos com a presente pesquisa poderão ser aplicados à metodologia da instituição de forma a contribuir com o cuidado final do paciente ao melhorar a formação do egresso.

Benefícios para a instituição: Capacitação do corpo docente.

Benefício individual: Desenvolvimento da capacidade de reflexão do discente.

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:

Telefone: (32) (31) 982267999

Email: elianeperlatto@gmail.com

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.

Alfenas, ____ de _____ de _____

Voluntário

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Pesquisa "Empatia em estudantes de Medicina"

PESQUISA - "EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA"

1. Nome completo:

2. N° matrícula:

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS (NÃO DEIXE NENHUMA QUESTÃO SEM RESPOSTA)

3. Idade:

4. Sexo: 1.Masculino 2.Feminino

5. Cor / etnia: 1.Branca 2.Parda 3.Negra 4.Outra

6. Você tem alguma religião? 1.Sim 2.Não

7. Estado civil: 1.Casado(a)/União estável 3.Separado(a)/Divorciado(a)
 2.Solteiro(a) 4.Viúvo(a)

8. Naturalidade:

9. Possui filhos? 1.Sim (Vá p/ Q10)
 2.Não (Vá p/ Q11)

10. N° de filhos:

11. Medicina é o seu primeiro curso superior? 1.Sim 2.Não

12. Qual o motivo PRINCIPAL para a escolha do curso de Medicina? (RESPOSTA ÚNICA)

1.Curso adequado à aptidão pessoal e vocacional 4.Influência de familiares
 2.Possibilidade de poder contribuir para sociedade 5.Amplas expectativas salariais
 3.Possibilidade de emprego 6.Prestígio social da profissão

13. Pretende fazer residência / especialização? 1.Sim 2.Não

14. Em qual área de atuação?

15. Escola de origem no Ensino Médio?

1.Pública 2.Privada 3.Pública e Privada

16. Está cursando o bloco de "Síndromes Cardiológicas" do 5º período pela primeira vez?

1.Sim 2.Não

17. Possui algum tipo de bolsa estudantil? 1.Sim 2.Não

18. Com quem você mora? 1.Com a família (Pai e/ou Mãe) 4.República
 2.Sozinho 5.Pensão
 3.Com parentes 6.Outro

19. Qual a renda familiar mensal (aproximada)? 1.Até R\$ 3.000 4.De R\$ 10.001 a 15.000
 2.De R\$ 3.001 a 5.000 5.Mais de R\$ 15.000
 3.De R\$ 5.001 a 10.000

20. Você possui alguma atividade remunerada? 1.Sim 2.Não

21. Você possui algum passatempo (Hobby)? 1.Sim (Vá p/ Q22) 2.Não (Vá p/ Q23)

22. Qual?

23. Você pratica alguma atividade artística (pintura, música, dança, teatro, etc) regularmente?

1.Sim 2.Não

24. Você frequenta eventos artísticos (museu, Cinema, teatro, Dança etc) regularmente?

1.Sim 2.Não

25. Você tem alguma doença crônica? 1.Sim 2.Não

26. Algum familiar tem Doença crônica? 1.Sim 2.Não

ANEXO B - Caso clínico do Grupo Tutorial 1

Grupo Tutorial 1

Minha pressão esta alta? O que será de mim?

HMA: Geralda, 56 anos, natural de Montes Claros/MG, comparece à UBS para avaliação médica de rotina, sem queixas. Nesta avaliação verificou-se que sua pressão arterial estava elevada. Relata ganho de peso de 10 kg nos últimos 5 anos, faz uso de diclofenaco sódico (50mg BID) para tratamento de dor articular crônica. Nega tabagismo, informa ingestão de 3 latas de cerveja/dia. Tem história familiar de HAS. Sem outras informações adicionais. Relata medo de sofrer um "derrame", pois é separada do marido, tem 2 filhos pequenos; precisa trabalhar para sustentar a família, é doméstica, mora de aluguel com os filhos e sua mãe de 88 anos, que tem grave sequela de um AVE sofrido há 10 anos.

Ao exame: PA=160/94 mmHg (ambos os braços) na posição sentada e 150/96 mmHg em ortostatismo; FC= 80 bpm; FR; 15/min; Peso= 75 kg; Altura= 1,60; Tax= 36,5°C.
Ectoscopia: facies atípicas, melanodérmica, lúcida, hidratada, acianótica, normocorada, anictérica, com boa perfusão capilar, sem edemas. **AR.** eupneica, expansibilidade simétrica, murmúrio vesicular fisiológico, frêmito toracovocal e percussão do tórax sem alterações **ACV:** pulsos arteriais palpáveis universalmente, simétricos, rítmicos, com amplitude e tempo de duração normais; jugulares planas a 45°; ictus cordis no 4° EIE na linha hemiclavicular. À ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros ou ruídos acessórios.
Abdome: abdome globoso (obesidade abdominal); palpação superficial e profunda indolor; não havia visceromegalias ou massas palpáveis; sem sopros à ausculta do abdome **AGU:** não examinado **SNC:** lúcida, sem déficits, sem sopros em região cervical **AL.** edema e dor em joelho direito

A paciente apresentou os seguintes exames laboratoriais recentes: Sódio sérico: 138 mEq/L; K⁺ 3,8 mEq/L; Cálcio 9,4 mg/dl; glicemia de jejum 105 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl; urina rotina sem anormalidades.

Como esta paciente deve ser avaliada e orientada? Como está se sentindo?

