

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**  
**JULIANA MONTIJO VASQUES**

**MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE REFLEXÃO EM UM  
CENÁRIO DE ENSINO ASSISTENCIAL EM GERIATRIA**

**Belo Horizonte**  
**2022**

**JULIANA MONTIJO VASQUES**

**MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE REFLEXÃO EM UM  
CENÁRIO DE ENSINO ASSISTENCIAL EM GERIATRIA**

Dissertação apresentada à Universidade José do Rosário  
Vellano – UNIFENAS como parte das exigências para  
obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: José Maria Peixoto  
Coorientadora: Eliane Perlatto de Moura

**Belo Horizonte  
2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Unifenas

Vasques, Juliana Montijo

Mapa da empatia em saúde como instrumento de reflexão em um cenário de ensino assistencial em geriatria. [manuscrito] / Juliana Montijo Vasques. – Belo Horizonte, 2022.

77 f.

Orientador: José Maria Peixoto.

Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em saúde, 2022.

1. Geriatria. 2. Ética e sociedade. 3. Ensino universitário. I. Vasques, Juliana Montijo. II. Universidade José do Rosário Vellano. III. Título.

CDU: 616-053.9+177.9(043.3)



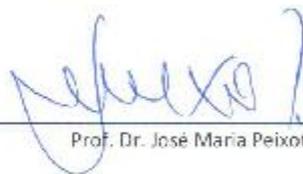
## Certificado de Aprovação

MAPA DA EMPATIA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE REFLEXÃO EM  
UM CENÁRIO DE ENSINO ASSISTENCIAL EM GERIATRIA

AUTOR: Juliana Montijo Vasques

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Maria Peixoto

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



Prof. Dr. José Maria Peixoto

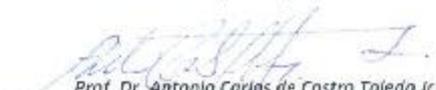


Profa. Dra. Maria Aparecida Turci



Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte, 09 de junho de 2022.



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

Dedico esta dissertação ao meu marido, pois sem sua ajuda, não teria concluído o projeto com a mesma competência. *“Tenho muitas razões para pensar, por exemplo, que o grande acontecimento da minha vida foi exatamente esse. Foi ter conhecido (ele). E isso mudou a minha vida completamente”.* José Saramago

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço minha família, em especial ao meu marido, Alexandre Moura, meu companheiro de vida e de profissão, que, incansavelmente, me apoiou em todas as fases deste projeto. Aos meus filhos, Mariana e Henrique, que nunca deixaram de acreditar que eu conseguiria, e minha mãe, Vânia Helena, que sempre me incentivou.

Ao meu orientador Professor Dr. José Maria Peixoto e minha coorientadora, Professora Dra. Eliane Perlatto Moura, pela oportunidade e disponibilidade em compartilhar ensinamentos e me apresentar à peça-chave do meu projeto, o mapa da empatia em saúde.

À Professora Camila do Carmo Said, pela inestimável ajuda nas análises de conteúdo dos mapas.

Ao colega e Professor Daniel Gonçalves Rêgo, que me apoiou na realização desta empreitada, colaborando na coleta de dados.

Aos meus estimados alunos, pois somente com a colaboração de todos, foi possível a realização deste estudo, e, em especial, à aluna de iniciação científica, Flávia Ferreira Ribeiro.

*“Da velhice sempre invejei o adormecer no meio da conversa. Esse descer da pálpebra não é nem idade nem cansaço. Fazer da palavra um embalo é o mais puro e apurado senso de poesia”*

*Mia Couto*

## RESUMO

**Introdução:** O mapa da empatia em saúde (MES) tem sido utilizado para desenvolvimento da empatia, mas seu uso na graduação, no contexto do ensino geriátrico, ainda não foi avaliado.

**Objetivo:** Avaliar o uso do MES como instrumento de reflexão em estudantes do 8º período, durante atividades de ensino ambulatorial de geriatria da UniBH.

**Métodos:** Estudo experimental controlado, onde alunos foram alocados de maneira sistemática em dois grupos: grupo mapa (GM) e grupo controle (GC). No GM, 35 alunos preencheram o MES ao final de cada atendimento e listaram os problemas do paciente; no GC, 33 alunos apenas listaram os problemas encontrados após o atendimento. Ao final de 6 meses, todos os alunos preencheram a Escala Jefferson de Empatia Médica versão brasileira (JSPE-Br). O escore da JSPE-Br e as características da lista de problemas foram comparadas entre os grupos.

**Resultados:** O escore geral da JSPE-Br ao final da intervenção foi de  $6,24 \pm 0,42$  para o GM e  $6,22 \pm 0,50$  para o GC ( $p=0,879$ ). Não houve diferença entre grupos para cada domínio da escala. O número médio de problemas listados por aluno em cada grupo não diferiu. As características dos problemas listados em ambos os grupos contemplaram principalmente aspectos biomédicos. Em relação aos aspectos afetivos, houve presença de elementos deste domínio em 117 (43,2%) formulários. Os formulários no GC apresentaram maior proporção do elemento afetivo, comparados ao GM (52,0% vs. 35,6%;  $p=0,007$ ). Os aspectos relacionados ao contexto, estiveram presentes em apenas 10 (3,7%) dos formulários, sem diferença entre os grupos. Observou-se que 95,2% dos mapas continham evidências de transposição imaginária; 63% demonstraram as necessidades do paciente com foco restrito a aspectos biomédicos, bem como no quadrante 4 (74,7% dos mapas) e 93,2% dos mapas continham elementos de ressonância corporal. Trinta e um alunos (88,6%) afirmaram que o MES mudou a percepção deles em relação ao atendimento ao idoso.

**Conclusão:** O MES promoveu reflexões nos estudantes a respeito de seus próprios sentimentos em relação aos pacientes. Ficou evidente a dificuldade que os estudantes possuem para transpor suas reflexões em intenções de cuidados que consideram todas as perspectivas dos pacientes: biomédica, afetiva e social. Os resultados explicitam a complexidade do ensino ambulatorial de geriatria e a necessidade de capacitar os estudantes para o enfrentamento da sobrecarga afetiva e cognitiva presentes nestes ambientes. O MES é útil para o aprendizado, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para o fornecimento de *feedback* aos estudantes.

Palavras-Chave: Estudante de medicina; Geriatria; Empatia; Mapa da Empatia em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Health Empathy Map (HEM) has been used to develop empathy, but its use in undergraduate courses, in the context of geriatric education, has not yet been evaluated.

**Objective:** To evaluate the use of HEM as a reflection instrument in 8th period students, during geriatrics outpatient teaching activities at UniBH. **Methods:** Controlled experimental study, where students were systematically allocated into two groups: map group (MG) and control group (CG). In the MG, 35 students filled out the HEM at the end of each appointment and listed the patient's problems; in the CG, 33 students only listed the problems encountered after the service. After 6 months, all students completed the Jefferson Empathy Scale Brazilian version (JSPE-Br). The JSPE-Br score and the problem list characteristics were compared between groups. **Results:** The overall JSPE-Br score at the end of the intervention was  $6.24 \pm 0.42$  for the MG and  $6.22 \pm 0.50$  for the CG ( $p=0.879$ ). There was no difference between groups for each domain of the scale. The average number of problems listed per student in each group did not differ. The characteristics of the problems listed in both groups mainly contemplated biomedical aspects. Regarding the affective aspects, elements of this domain were present in 117 (43.2%) forms. The forms in the CG showed a higher proportion of the affective element, compared to the MG (52.0% vs. 35.6%;  $p=0.007$ ). Aspects related to the context were present in only 10 (3.7%) of the forms, with no difference between the groups. It was observed that 95.2% of the maps contained evidence of imaginary transposition; 63% demonstrated the patient's needs with a focus restricted to biomedical aspects, as well as in quadrant 4 (74.7% of the maps) and 93.2% of the maps contained elements of body resonance. Thirty-one students (88.6%) stated that the HEM changed their perception of care for the elderly. **Conclusion:** The HEM promoted reflections in students about their own feelings towards patients. It was evident that the students presented difficulties to transpose their reflections into care intentions considering all the patients' perspectives: biomedical, affective, and social. Our results show the complexity of outpatient geriatric teaching and the need to train students to cope with the affective and cognitive overload present in these environments. The HEM is useful for learning, requiring the development of strategies to provide feedback to students.

Keywords: Medical student; Geriatrics; Empathy; Health Empathy Map.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Mapa da empatia empresarial.....	26
Figura 2	- Mapa da empatia em saúde.....	29
Figura 3	- Fluxograma de recrutamento e alocação dos participantes do estudo.....	40
Quadro 1	- Modelo de classificação das respostas por quadrantes do MES em dimensões da empatia.....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociodemográficas e pessoais dos participantes do estudo, estratificada por grupo experimental.....	40
Tabela 2	- Escore de empatia global e por domínio estratificado por grupo experimental.....	41

## LISTA DE SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ASD	Diferencial Semântico do Envelhecimento
CGCAHPS	Avaliação do Consumidor do Clínico e do Grupo de Provedores e Sistemas de Saúde
d.p	desvio padrão
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro
GC	Grupo Controle
GM	Grupo Mapa
HCAHPS	Avaliação do Consumidor Hospitalar de Provedores e Sistemas de Saúde
ILPI	Instituições de Longa Permanência
JSPE	Escala Jefferson de Empatia Médica
JSPE-Br	Escala Jefferson de Empatia Médica-versão brasileira
JSPE-Pt	Escala Jefferson de Empatia Médica-versão portuguesa
MBI	Inventário de <i>Burnout Maslach</i>
ME	Mapa da Empatia
MES	Mapa da Empatia em Saúde
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
role-play	simulação de dramatização
RV	software de Realidade Virtual
SP	Pacientes Simulados
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THCG	Treinamento de Habilidades Clínicas Geriátricas
UCLA	Atitude Geriátrica da Universidade da Califórnia em Los Angeles
UniBH	Centro Universitário de Belo Horizonte
UNIFENASBH	Universidade José do Rosário Vellano-campos Belo Horizonte

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>A importância da empatia na prática clínica .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Ensino da empatia na graduação médica.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3</b>	<b>Particularidades do ensino da empatia no atendimento geriátrico.....</b>	<b>17</b>
<b>1.4</b>	<b>Mensuração da empatia.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5</b>	<b>Uso do Mapa da Empatia.....</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo e população alvo .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3</b>	<b>Critérios de inclusão .....</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>Critérios de exclusão .....</b>	<b>32</b>
<b>4.5</b>	<b>Amostra, amostragem e recrutamento.....</b>	<b>32</b>
<b>4.6</b>	<b>Procedimentos.....</b>	<b>32</b>
<b>4.7</b>	<b>Instrumentos.....</b>	<b>34</b>
<b>4.8</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>36</b>
<b>4.8.1</b>	<b><i>Análise de conteúdo dos mapas da Empatia em Saúde.....</i></b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>APLICABILIDADE DO PROJETO.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A importância da empatia na prática clínica

Empatia pode ser definida como um atributo cognitivo que envolve uma compreensão das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão. A empatia é essencial aos cuidados centrados no paciente, e para ser percebido como empático, o médico deve ser capaz de criar uma visão sobre a experiência do paciente como se ele próprio a estivesse vivenciando e comunicar essa compreensão, verbalmente ou não verbalmente, ao mesmo tempo em que verifica a sua veracidade e age em concordância com esse conhecimento (RAKEL *et al.*, 2011).

A empatia parece ter sua origem na palavra alemã '*Einführung*', que significa literalmente “sentir por dentro”. O termo empatia também pode ter origem a partir de duas raízes gregas '*em pathéia*' que significa “sentir em”. Sendo um conceito complexo e multidimensional, envolve a capacidade de compreender a situação, a perspectiva e sentimentos do paciente, além de agir de acordo com esse entendimento (MERCER; REYNOLDS, 2002).

Numa extensa revisão da literatura sobre empatia, Morse *et al.* (1992) resume os componentes da empatia em quatro áreas principais: afetiva, moral, comportamental e cognitiva. O componente afetivo compreende a capacidade de experimentar e compartilhar o estado psicológico ou sentimentos intrínsecos de outra pessoa. Já componente moral exprime uma força altruísta interna que motiva a prática da empatia. Por outro lado, o componente comportamental atua na capacidade comunicativa para transmitir a compreensão da perspectiva de outra pessoa. Por último, o componente cognitivo define a capacidade intelectual da pessoa em identificar e compreender os sentimentos e a perspectiva de outra pessoa a partir de uma postura objetiva. A partir dessa postura, a empatia pode ser vista como um conjunto de habilidades e competências essenciais para a prática clínica (MORSE *et al.*, 1992).

Empatia, muitas vezes, é utilizada como sinônimo de atitude de simpatia, compaixão, benevolência e cuidado. Gelhaus (2012), faz uma distinção entre a capacidade, a habilidade de empatia, a atitude interior profissional adequada do médico, a compaixão, e o lado ativo dessa atitude, o cuidado.

O paciente, quando adquire consciência de seu próprio estado emocional, refletido pelo médico, se sente estimulado a traçar novos objetivos, lidando de forma mais racional com o diagnóstico. A empatia torna-se uma ferramenta terapêutica, aliviando o paciente, que redescobre sua autonomia (BERRY, 2001).

Na prática clínica, a empatia é definida como a compreensão adequada dos processos internos do paciente em relação aos seus problemas de saúde. Podemos trabalhar dois componentes principais da empatia, que incluem o componente afetivo - a capacidade de sentir compaixão ou emoções semelhantes a que outra pessoa está experimentando e o componente cognitivo - a capacidade de adotar a perspectiva mental de outras pessoas e entender seus pensamentos e sentimentos. O componente cognitivo engloba a capacidade de perceber os sentimentos e as experiências pessoais de cada paciente, assim como a capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa. O componente afetivo incorpora a capacidade de compreender as experiências e sentimentos das outras pessoas (HOJAT *et al.*, 2002).

A empatia também pode ser categorizada como "compreensão empática" e "ação empática" para enfatizar a importância dos aspectos cognitivos, afetivos e o componente comportamental de ação. Essa ação empática fica evidente no encontro clínico entre um paciente e um profissional de saúde, sendo a atividade central da assistência médica. Cada vez mais, a atenção está sendo dada às opiniões dos pacientes sobre os cuidados e ao desenvolvimento de uma abordagem mais centrada no indivíduo (USHERWOOD, 1999).

Fuchs descreve que a empatia apresenta dois níveis distintos em relação à forma de manifestação. O nível 1 representa a empatia primária, que seria uma forma implícita na qual as emoções observadas nos outros são sentidas e experimentadas pelo observador, o que ele denomina de *ressonância corporal*. O nível 2 representa a empatia estendida, uma forma explícita em que o observador imagina como seria estar no lugar do outro, refletindo e fazendo inferências, o que o autor denomina de *transposição imaginária*, uma forma que proporciona a possibilidade de uma compreensão social de nível superior (FUCHS, 2017).

Selman propõe que a habilidade de tomada de perspectiva evolui em estágios, durante a infância. A criança inicialmente não diferencia suas perspectivas das perspectivas dos outros (de 4 a 5 anos); posteriormente percebe que as perspectivas das pessoas podem diferir (de 6 a 7 anos); passando a reconhecer que outras perspectivas podem ser corretas (de 8 a 10 anos);

para então compreender que as perspectivas podem se relacionar também a grupos de pessoas (de 10 a 12 anos); e finalmente que não se limitam as relações interpessoais, mas também ao sistema social. Apesar da proposta de Selman se relacionar à infância, sua classificação evidencia que as perspectivas podem diferir entre as pessoas e se relacionar a um grupo social (SELMAN, 1981).

Os pacientes consideram a empatia como um componente básico de todas as relações terapêuticas e um fator chave em suas definições de qualidade do cuidado. Existe uma relação entre a empatia na comunicação médico-paciente, na satisfação e adesão do paciente com melhores resultados diagnósticos e clínicos e no fortalecimento da relação e confiança dos pacientes nos médicos (DERKSEN *et al.*, 2013).

Hojat *et al.* (2002) encontraram uma boa correlação entre a satisfação dos pacientes e suas percepções do envolvimento empático dos médicos. Contudo, os estudantes relataram dificuldades para coordenar os conhecimentos cognitivos necessários para o atendimento e ainda considerar a perspectiva do paciente (HOJAT *et al.*, 2002).

A comunicação empática tem impacto direto nos diagnósticos e melhor capacidade do médico em lidar com a situação clínica. Vários estudos relacionam a empatia como um atributo essencial que os estudantes de medicina precisam desenvolver durante a graduação, além da capacidade cognitiva, para serem bem-sucedidos profissionalmente. Portanto, é importante identificar estratégias educacionais que possibilitem o desenvolvimento da habilidade empática (AUSTIN *et al.*, 2007).

## **1.2 Ensino da empatia na graduação médica**

O desenvolvimento da habilidade empática pode ser promovido aumentando experiências práticas, oferecendo contato com os pacientes, onde o aluno tem a possibilidade de experimentar o ponto de vista do paciente. Os alunos precisam refletir sobre suas ações, comportamentos e experiências com os pacientes, concentrando-se mais no ensino de comportamentos adequados de comunicação e de interação (POHONTSCH *et al.*, 2018).

A literatura sobre o desenvolvimento da empatia na educação médica destaca a necessidade de promover a reflexão sobre as ambiguidades e interpretações em todo conhecimento e

prática médica, não devendo ser isolada de outros aspectos da compreensão clínica (EIKELAND *et al.*, 2014).

Os aspectos positivos da empatia são considerados valiosos nas interações médico-paciente e podem melhorar durante o treinamento, por isso a importância de avaliar os componentes distintos da empatia, a fim de entender melhor os mecanismos envolvidos nas mudanças de empatia na prática médica (SMITH; NORMAN; DECETY, 2017).

Uma das principais tarefas dos educadores médicos é ajudar a manter e aumentar a empatia dos estudantes pelos pacientes. Há debates em curso sobre a definição de empatia, mas geralmente incorporam uma ou mais das seguintes características: pensamento (empatia cognitiva), sentimento (empatia afetiva) e ação (empatia comportamental). Uma abordagem multidimensional da empatia engloba uma ou mais dessas características. Intervenções para promover a empatia nos médicos foram implementadas na formação médica, utilizando materiais didáticos, treinamento de habilidades, dramatização, jogos de realidade virtual entre outros recursos (FRAGKOS; CRAMPTON, 2020).

O treinamento de empatia não deve estar situado fora dos currículos das escolas médicas, e sim, promover discussões críticas dos limites e pontos fortes dos paradigmas biomédicos em toda a medicina. Dessa maneira, empatia e compaixão não são características inerentes que os profissionais de saúde possuem ou não e podem ser aprimoradas por meio de intervenções de treinamento, o que poderia contribuir tanto no desenvolvimento da percepção e julgamento clínicos gerais dos médicos e seus alunos, quanto na prevenção da diminuição generalizada da empatia ao longo da graduação médica (DERKSEN *et al.*, 2013).

Portanto, a empatia é uma competência indispensável na relação médico paciente e importante na formação do aluno para sua capacitação e qualificação para o atendimento adequado das necessidades de saúde da população. Os cursos de graduação em Medicina devem promover estratégias de ensino que desenvolvam competências que favoreçam a formação de um profissional crítico, reflexivo e apto a entender a importância do trabalho em equipe.

No entanto, Batista e Lessa (2019) apontaram que os estudantes não identificam, durante a formação, abordagens de aprendizagem da empatia, destacando que também os docentes necessitam de capacitação. Para esses alunos, destacou-se como dificuldade a “capacidade de

se colocar no lugar do outro”, fortalecendo a necessidade de intervir na aprendizagem da habilidade empática (BATISTA; LESSA, 2019).

Patel *et al.* (2019), numa revisão sobre diferentes estratégias de ensino da empatia, cujo objetivo era determinar quais as habilidades e comportamentos específicos devem ser ensinados na graduação médica, para a aumentar a empatia e/ou compaixão nos estudantes de medicina, demonstrou que a maioria dos estudos (75%) conseguiram aumentar a empatia no estudante. Eles identificaram comportamentos-chave como eficazes no ensino de habilidades empáticas, como sentar-se durante o atendimento (versus ficar em pé); detectar sinais não verbais de emoção dos pacientes; reconhecer e responder às oportunidades de compaixão; comunicação não verbal de cuidado como o simples contato visual e declarações verbais de reconhecimento, validação e apoio. Esses comportamentos foram apontados, na percepção do paciente, de empatia e/ou compaixão pelo médico (PATEL *et al.*, 2019).

Como instrumentos de ensino da aprendizagem empática, alguns estudos utilizaram associações de *role-play* e aulas didáticas como o estudo de LoSasso *et al.* (2017), que utilizaram uma hora de sessões didáticas em sala de aula, seguidas de quatro breves cenários de *role-play*, em estudantes do terceiro ano de medicina.

No estudo observacional de Williams *et al.* (2014), os autores descreveram os níveis de empatia autorrelatados em estudantes de medicina do primeiro ano na Malásia antes e depois de um *workshop* de 2 horas sobre empatia, baseado em uma simulação de DVD de 20 minutos. Ao final do estudo, houve diferença estatística na Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE) pré e 5 semanas pós-intervenção.

O estudo de Moura *et al.* (2021) os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre estratégias utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica. Eles descreveram experiências do ensino da empatia com pacientes reais, destacando que, mostrar aos alunos a percepção dos pacientes acerca de suas doenças, foi uma estratégia eficaz para o ensino da empatia.

### **1.3 Particularidades do ensino da empatia no atendimento geriátrico**

No cenário da geriatria e gerontologia, os estudantes de medicina precisam desenvolver competências específicas para atender às necessidades de saúde da população. Os idosos geralmente têm problemas mais complexos, apresentam maior risco de morbidade e mortalidade e precisam de intervenções abrangentes com enfoque nos aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos, caracterizando uma avaliação global das suas condições biopsicossociais da saúde (STUCK; STEVE, 2011).

O aumento desta população e a necessidade de maior preparo para os cuidados aos idosos surgem como desafios para serem superados pelos estudantes de medicina. Porém, menos da metade das escolas médicas brasileiras incorporaram conteúdos sobre o envelhecimento humano. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, desde 2014, apresentou diretrizes sobre conteúdos mínimos acerca do envelhecimento, para cursos de medicina no Brasil, envolvendo a aprendizagem de competências e habilidades essenciais ao atendimento desta população (SOARES; BUARQUE, 2019).

Conforme Blundell (2009), a educação baseada em competências prepara o estudante para desempenhar tarefas no contexto da prática clínica. As sociedades internacionais de geriatria como a *British Geriatric Society* e a *American Geriatric Society*, sistematizaram competências baseadas em atitudes essenciais, que incluem conhecimento e habilidades a serem desenvolvidas na graduação médica. Estas competências incluem uma avaliação geriátrica ampla com conhecimentos sobre as principais síndromes geriátricas, informações sobre apoio social e uma avaliação das habilidades funcionais, além de conscientização sobre questões éticas no cuidado de pessoas idosas.

Usando estas informações, o estudante necessita formular um diagnóstico diferencial, fazer uma lista de problemas e preparar um plano de cuidados inicial (plano terapêutico). Também necessita aprender habilidades de comunicação, pois os pacientes, muitas vezes, apresentam dificuldades em se comunicar, além de saber discutir problemas médicos, dar más notícias e lidar com o luto (BLUNDELL, 2009).

No ensino ambulatorial da UniBH, utilizamos a ferramenta Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que fornece diretrizes para coletar informações sobre saúde. Representa uma avaliação multidimensional, que determina o estado físico, funcional, mental, emocional, farmacoterapêutico e a situação socioambiental de um idoso frágil, a fim de desenvolver um

plano coordenado e integrado de tratamento e acompanhamento, incluindo a vinculação de cuidados médicos e sociais em torno de diagnósticos médicos e tomada de decisão (BRASIL; BATISTA, 2015).

A AGA possibilita que o aluno passe de um modelo de gerenciamento de doenças para um modelo integrado de atendimento, onde o aluno pode identificar uma lista de problemas apresentado pelo paciente, durante a prática (ROCHA; OLIVEIRA; GARDENGHI, 2017).

A lista de problemas criada durante o atendimento geriátrico é particularmente útil para que o aluno possa elaborar um plano de cuidados adequado nas áreas de tomada de decisão, tratamento da complexidade da doença, comunicação com pacientes e familiares. O plano de cuidado, com base nas preferências do paciente, reconhece sua autonomia e permite dignidade, mesmo que sejam pacientes dependentes (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Devido à complexidade do atendimento dos idosos, aspectos negativos do envelhecimento se sobrepõem aos positivos, perpetuando os mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento (LUCCHETTI *et al.*, 2017).

O aprimoramento da compreensão empática pelos alunos é importante e oportuno, e um dos objetivos do ensino de medicina geriátrica na graduação deve ser o de melhorar essas atitudes. Portanto, há um interesse crescente na aprendizagem ativa, devido à necessidade de ensinar aos alunos sobre geriatria e em mudar suas atitudes em relação aos idosos, na tentativa de reverter o preconceito da idade e despertar o interesse deles em discutir as questões relacionadas ao envelhecimento (VAN WINKLE; FJORTOFT; HOJAT, 2012).

No estudo de Hedley e Pathy (1982), os estudantes que incluíam experiência em atendimento aos idosos eram mais propensos a considerar a geriatria como uma especialidade, se sentiam mais preparados em reconhecer às necessidades desta população e mantinham atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento.

Na literatura geriátrica, muitas preocupações são expressas em relação às demandas por profissionais que tenham um melhor desempenho no atendimento aos idosos. Eleazer *et al.* (2006), destacam a necessidade de um currículo inovador e integrativo projetado para melhorar a capacidade dos estudantes de medicina para cuidar desta população.

A revisão da literatura evidencia que os alunos são influenciados por seus professores na formação de atitudes e mudanças do comportamento. Portanto, uma atitude ou comportamento desejado pode ser desenvolvido entre os alunos (THURLINGS *et al.*, 2015).

Conforme Drickamer *et al.* (2006), muitas pessoas sentem-se desconfortáveis com seu próprio processo de envelhecimento, e mais conhecimento sobre as pessoas idosas podem modificar as atitudes dos alunos em relação à esta população. Atitudes negativas em relação aos idosos geralmente surgem do medo e da falta de conhecimento e habilidades para o cuidado destes pacientes. Estudantes que passaram por uma capacitação de atitude e conhecimento corretos em relação às pessoas idosas tiveram uma atitude positiva em relação a esta população. Atualmente há uma escassez de investigações sobre o impacto de diferentes metodologias e intervenções educacionais para melhorar a atitude e habilidade dos estudantes em relação aos pacientes geriátricos (DRICKAMER *et al.*, 2006).

Estudantes de medicina que tiveram experiências no atendimento aos idosos resultaram em mudanças positivas de atitude em comparação aqueles que apenas tiveram uma intervenção educacional sobre os cuidados com os pacientes mais velhos. Intervenções futuras, incluindo vários cenários de ensino-aprendizagem, que envolvam o treinamento de habilidade empática nesta população, devem procurar corroborar esses achados (WALDROP *et al.*, 2016).

Algumas intervenções educacionais descritas em alguns estudos, como o treinamento de habilidade empática, permitem que os alunos examinem seus sentimentos e crenças em relação aos idosos e seus cuidados. A empatia engloba componentes cognitivos e afetivos que estão interligados. Portanto, é importante avaliá-los em conjunto, pois cada um contribui para vários aspectos da experiência da empatia. Esse treinamento aumenta as interações positivas entre médico e paciente (SMITH; NORMAN; DECETY, 2017).

As atitudes, conhecimentos e habilidades dos médicos são poderosos determinantes da qualidade dos cuidados aos pacientes, como vistos nos estudos de Samra *et al.* (2013). Os autores investigaram os efeitos de intervenções focadas sobre as atitudes de médicos e estudantes de medicina em relação aos idosos, em uma revisão da literatura. Dos instrumentos utilizados para a medida da empatia, apenas a Escala de Atitude Geriátrica da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA) e a Pesquisa de Atitudes Maxwell-Sullivan mensuram atitudes em relação a pacientes idosos. Quando as intervenções incluíram um componente de

construção de empatia, 11 dos 16 estudos selecionados indicaram mudança de atitude positiva. Quando apenas a construção do conhecimento estava envolvida, apenas três dos 11 estudos indicaram mudança de atitude positiva (SAMRA *et al.*, 2013).

Destaque para o estudo de Goeldlin *et al.* (2014), que avaliou o efeito de um treinamento de habilidades clínicas geriátricas (THCG) nas atitudes de estudantes de medicina da Universidade de Berna, em seu primeiro ano de treinamento clínico. O THCG geriátrico consistiu 10 horas de treinamento divididas em quatro sessões, que abordaram domínios centrais da avaliação geriátrica. Antes da sessão, os alunos foram orientados a ler um livro didático de geriatria. Eles utilizaram a Escala de Atitude Geriátrica da UCLA para mensurarem atitudes em relação a pacientes idosos. Após o THCG, os escores da UCLA aumentaram ligeiramente. Este estudo mostrou que, embora a melhora das atitudes em relação aos idosos tenha sido pequena, a adição de elementos de construção de atitude pode melhorar a eficácia de futuras intervenções educacionais orientadas para habilidades (GOELDLIN *et al.*, 2014).

Algumas estratégias, como o Jogo do Envelhecimento (*The Aging Game*), mostraram que a empatia e as atitudes em relação aos cuidados com os pacientes idosos melhoraram mais entre os participantes, quando comparado ao grupo de alunos que não participou do *The Aging Game*. O jogo ocorreu em um período de 3 horas com um grupo de 10 a 12 alunos de medicina do segundo ano com 5 a 6 facilitadores e incluiu um aprendizado vivencial sobre polifarmácia, custo de medicamentos, perda do estado funcional, vida semi-independente e moradia em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Os escores foram obtidos por meio de um questionário modificado de Maxwell e Sullivan e do Diferencial Semântico do Envelhecimento (ASD) (VARKEY; CHUTKA; LESNICK, 2006).

Martinez-Arnau *et al.* (2022) revisaram uma série de intervenções voltadas para o desenvolvimento da empatia, em estudantes de graduação em saúde e ciências sociais, na tentativa de determinar quais intervenções eram mais eficazes para melhorar as atitudes em relação aos idosos. Eles destacaram que as intervenções baseadas na empatia, como simulações, jogos, programas de orientação geriátrica e contato com pessoas idosas, foram as de maior impacto para melhorar as atitudes em estudantes de saúde e ciências sociais.

O estudo de Bernard *et al.* (2003), utilizando estudantes de medicina do primeiro e segundo ano, procurou determinar o efeito de uma intervenção educacional intitulada O Programa de Mentores Sênior, cujos resultados concluíram que uma intervenção de baixa intensidade como introduzir estudantes de medicina ingressantes em contato com idosos saudáveis apresentou um efeito positivo nas atitudes em relação ao envelhecimento.

Os alunos de ambas as turmas foram submetidos a uma avaliação inicial com o ASD, no início do primeiro e do segundo ano do curso. O ASD tem sido usado com frequência como meio de compreender as atitudes dos estudantes de medicina em relação aos idosos e a mudança de atitude.

O programa Mentor Sênior combina o estudante de medicina com um mentor com mais de 65 anos, com quem ele deve se reunir, pelo menos uma vez por semestre, e discutir sua história, funcionalidade e risco de síndromes geriátricas, bem como expectativas de vida, por um período de dois anos do curso (BERNARD *et al.*, 2003).

Também o estudo de Ducke e Cohen (2009) utilizando estudantes de medicina do primeiro ano, fora do ambiente universitário, desenvolveram um programa de orientação geriátrica, integrado ao curso de habilidades clínicas. Uma série de quatro entrevistas de 45 minutos foram organizadas por pares de estudantes com residentes de uma ILPI.

Os alunos receberam um manual da Sociedade Americana de Geriatria, contendo diretrizes de tópicos para serem usados para discussão com seus idosos. Antes de conhecer seus idosos, os alunos participaram de uma orientação geriátrica de 2 horas. Isso incluiu uma palestra sobre envelhecimento, por um assistente social geriátrico, bem como uma introdução aos principais tópicos geriátricos dada por um internista. Além disso, metas para habilidades de comunicação foram incluídas em cada sessão, para focar em diferentes aspectos dessas habilidades, como a empatia e a comunicação não verbal.

Após cada sessão, os alunos foram responsáveis por descrever a entrevista, refletindo e discutindo o tema de forma livre. Neste estudo, os autores utilizaram a Escala de Atitude Geriátrica da UCLA para mensuram atitudes em relação a pacientes idosos.

Embora os resultados da pesquisa indiquem uma melhora nas atitudes dos alunos em relação aos idosos após a intervenção, outros fatores também podem ter contribuído para influenciar as atitudes dos alunos em relação aos idosos durante o curso, como informações adicionais ou experiências com idosos fora do curso. A maioria dos alunos (75%) sentiu que gostou da experiência geriátrica de entrevistar pacientes fora da sala de aula. A maioria da turma (53%), também sentiu que a relação que desenvolveram com os idosos ajudou a transpor as dificuldades de comunicação (DUCKE; COHEN, 2009).

Na revisão de Ross, Jennings e Williams (2018), 18 estudos incorporaram interações de alunos com pacientes idosos reais, que viviam de forma independente e alta capacidade funcional, contrastando com os doentes frágeis e dependentes de casas de repouso ou pacientes hospitalares. Estas intervenções reduziram estereótipos e crenças negativas dos alunos sobre esta população. Além disso, em cada um desses estudos, o objetivo da interação foi desenvolver uma compreensão e conscientização dos pacientes idosos e praticar habilidades de comunicação interpessoal, o que se mostrou eficaz na melhora da confiança e da competência dos estudantes.

#### **1.4 Mensuração da empatia**

Apesar da reconhecida importância da empatia na prática médica, estudos anteriores sugerem o declínio da empatia durante a faculdade de medicina, podendo diminuir ainda mais durante o treinamento de residência. Os estudantes se tornam mais céticos à medida que progredem no curso de medicina, o que pode promover um declínio na empatia (HOJAT *et al.*, 2004).

O estudo de Eikeland *et al.* (2014) através de entrevistas qualitativas semiestruturadas com alunos do terceiro ano de medicina, sugeriu que os inibidores de empatia podem se originar no currículo oculto, criando uma maior distância entre o médico e o paciente e, possivelmente, resultando em diminuição da empatia, quando os alunos iniciam suas práticas com pacientes reais.

Cinco aspectos do papel do médico e da aquisição do papel dos alunos emergiram quando os alunos foram solicitados a descrever o que pôde influenciar sua empatia, como o próprio empenho em se tornar um profissional, a importância primordial do conhecimento biomédico, as regras sobre emoções e cuidados como estratégia de enfrentamento no controle emocional.

No intuito de dominar o conhecimento biomédico, às vezes ideais objetivos e distanciados, podem suprimir a empatia e as próprias emoções dos alunos (EIKELAND *et al.*, 2014).

No entanto, mais pesquisas são necessárias para identificar os fatores que contribuem para mudanças na empatia durante a formação médica e para examinar se os programas educacionais podem ajudar a reter, reforçar e cultivar a empatia entre os estudantes de medicina ao longo de sua formação, com o objetivo de melhorar os resultados clínicos e o sucesso profissional (SPIRO, 1992).

Boissy *et al.* (2016) evidenciou que o treinamento de habilidades de comunicação centradas no relacionamento melhorou os escores de satisfação do paciente, a empatia do médico, a autoeficácia e reduziu o desgaste do médico. Os participantes incluíram 1.537 médicos assistentes que participaram do treinamento de habilidades de comunicação e 1.951 médicos que não participaram, entre 1º de agosto de 2013 e 30 de abril de 2014. O treinamento consistia em um bloco de 8 horas de didática interativa, demonstrações de habilidades ao vivo ou em vídeo e sessões práticas de habilidades em pequenos grupos e grandes grupos usando um modelo centrado no relacionamento.

Como instrumentos de avaliação, foram usadas as escalas Avaliação do Consumidor Hospitalar de Provedores e Sistemas de Saúde (HCAHPS), Avaliação do Consumidor do Clínico e do Grupo de Provedores e Sistemas de Saúde (CGCAHPS), JSPE, Inventário de *Burnout Maslach* (MBI), autoeficácia e satisfação pós-curso (BOISSY *et al.*, 2016).

No estudo de Waldrop *et al.* (2016), os autores avaliaram a natureza da empatia e sua associação com atitudes e exposição a pacientes mais velhos em uma amostra de estudantes de odontologia. Os alunos preencheram uma versão adaptada da JSPE, o *Aging Semantic Differential* (ASD) e responderam às perguntas sobre sua exposição às pessoas idosas. A análise identificou quatro fatores: a empatia é valiosa; a empatia é demonstrada; a empatia não é influente e a empatia é difícil de realizar.

Escore mais altos de empatia foram relacionados à atitude da subescala ASD de aceitabilidade do envelhecimento e à maior exposição a idosos fora da prática clínica. Não houve preditores demográficos de maiores escores de empatia, sugerindo que estudantes com

pontuações mais altas de empatia apresentavam uma maior convivência com os idosos e atitudes positivas em relação ao envelhecimento.

Hemmerdinger, Stoddart e Lilford (2007), em uma revisão sistemática, procurou determinar a confiabilidade e validade dos testes existentes para a avaliação da empatia médica, frequentemente citada como um atributo importante em médicos. Os autores identificaram que a existência de diversos conceitos distintos de empatia resulta em dificuldades em sua mensuração e que muitos instrumentos avaliam um construto relacionado ao conceito, mas não abrangem outras possíveis dimensões da empatia.

A maioria desses instrumentos foi elaborada para avaliar empatia na população geral. Nas últimas décadas, pesquisadores validaram o seu uso na educação médica. Dentre esses instrumentos merece destaque a JSPE, específica para o contexto clínico, que se baseia na tomada de perspectiva, no cuidado compassivo e na capacidade do médico em se colocar no lugar do paciente. O desenvolvimento do JSPE proporcionou a oportunidade de testar hipóteses de pesquisa sobre a empatia do médico e abordar questões de interesse dos educadores médicos (HOJAT *et al.*, 2003).

No estudo de Mendez *et al.* (2022), os autores implementaram uma estratégia para combater o envelhecimento no módulo Ambientes Saudáveis e Autocuidado para Idosos, na Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde de Monterrey. Um módulo de cinco semanas foi realizado por alunos do terceiro semestre de programas de saúde (psicologia, medicina, nutrição, biociências e odontologia). No final do período de cinco semanas, os alunos foram matriculados em uma simulação de dramatização (role-play). Os autores utilizaram O ASD para medir atitudes e a JSPE para medir a empatia. Maiores escores gerais de empatia foram positivamente relacionados à atitude de aceitabilidade e à exposição a idosos fora do ambiente clínico. Os participantes identificaram a comunicação, a empatia e o profissionalismo como as habilidades desenvolvidas com essa estratégia e a necessidade de demonstrar empatia e evitar o preconceito contra idosos em suas interações clínicas.

A JSPE é a medida de empatia mais comumente usada em todo o mundo. Paro *et al.* (2012) adaptaram a escala para a cultura brasileira, testando sua confiabilidade e validade entre estudantes de medicina brasileiros, abrangendo domínios tanto afetivos quanto cognitivos da avaliação da empatia. Uma versão portuguesa do JSPE validada para uso em Portugal (JSPE-

Pt), foi obtido dos autores e revisado por três tradutores brasileiros para identificar termos ou usos que poderiam ser mal compreendidos no Brasil. Um quarto revisor analisou os comentários dos tradutores, fez ajustes em áreas de discrepância e produziu uma versão revisada que refletiu os comentários dos três tradutores. Os revisores foram orientados a produzir equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre a nova versão brasileira (JSPE-Br) e as versões original JSPE JSPE-Pt (PARO *et al.*, 2012).

### 1.5 Uso do Mapa da Empatia

Como estratégias para o desenvolvimento da empatia, o Mapa da Empatia (ME) foi desenvolvido por Scott Matthews da XPLANE, uma empresa de pensamento de *design* de negócios, cujo objetivo foi criar um jogo para estimular modelos de negócios pelas perspectivas do cliente, procurando uma melhor compreensão do seu comportamento, de suas preocupações e aspirações (GRAY, 2010).

O mapa de empatia tem uma abordagem centrada na pessoa, o que significa que o foco está na compreensão do outro indivíduo, “olhando o mundo através de seus olhos”, pois expõe as necessidades de uma pessoa e pode revelar oportunidades de como se conectar com ela (BRATSBURG, 2012).

Modelo do mapa da empatia, envolvendo áreas de se colocar no lugar do outro, usado na área empresarial (FIG. 1).

Figura 1- Mapa da empatia empresarial



Fonte: Pereira (2018).

A utilização do ME, como ferramenta de *design* de negócios, também atua nas mais variadas áreas do conhecimento como na inovação social e saúde, contribuindo as necessidades da população, sendo tema de pesquisas acadêmicas. Portanto, Peixoto & Moura fizeram uma adaptação do ME para o ensino e a prática da habilidade da empatia em cenários da saúde, elaborado e denominado Mapa da Empatia em Saúde (MES), baseando-se no mapa da empatia original (PEIXOTO; MOURA, 2020).

Este instrumento é uma ferramenta educacional para o desenvolvimento de empatia em estudantes das áreas da saúde, podendo ser utilizado em vários cenários do ensino, para melhorar as habilidades dos alunos, na detecção de componentes cognitivos e afetivos da empatia. Permite que os estudantes reflitam sobre cada um dos componentes da empatia em uma ordem de ações, como a perspectiva do paciente, a identificação de suas necessidades e os sentimentos gerados pelo encontro. Assim, o aluno pode planejar ações para a solução dos problemas de saúde encontrados durante o atendimento (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O uso de ferramentas que promovem o treino da empatia pode estimular o aprendizado da empatia no ambiente assistencial, tendo como objetivo melhorar as habilidades do estudante na detecção de sinais de emoções, em si mesmos e em seus pacientes, e fornecendo apoio e resolução de desafios da comunicação. Estimulando a prática reflexiva, espera-se aumentar a identificação dos aspectos emocionais do processo do adoecimento e outras vulnerabilidades presentes na prática clínica, favorecendo a compreensão e comunicação empática. (CANÇADO; MOURA; PEIXOTO, 2021; SOUSA *et al.*, 2021).

A utilização do MES na formação médica é promover a autorreflexão e estimular a capacidade do estudante de se colocar no lugar do paciente para o ensino da empatia, sendo uma ferramenta simples, de baixo custo e que pode ser utilizada em diversos ambientes de aprendizagem na graduação médica (PEIXOTO; MOURA, 2020).

O MES tem quatro quadrantes, cujas perguntas abordam os três processos da cognição moral, que se relacionam aos componentes da empatia, como descritas a seguir:

- **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 futura?**  
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.

O “compartilhamento emocional” diz respeito ao contágio emocional; a “preocupação empática” é a motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis ou angustiados e a “tomada de perspectiva” é a capacidade de colocar-se no lugar do outro e imaginar o que o outro está pensando ou sentindo, vital para as interações sociais, pois permite entender e prever os comportamentos.

No centro do MES, no lugar da caricatura do paciente, há um desenho incompleto, um emoji, ideograma que representa emoções, onde faltam as sobrancelhas e a boca. Abaixo dos quadrantes do MES, foram colocados seis *emojis* representando expressões faciais universais (RUSSEL; FERNANDEZ-DOLS, 1997).

Uma orientação sugerida para o uso do MES na prática ambulatorial, é para que o estudante, após atender o paciente, reflita e responda às quatro perguntas e, ao final, complete o desenho do *emoji* no centro do MES, de modo a demonstrar a imagem que melhor expresse os sentimentos do paciente durante o atendimento (FIG. 2).

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 “rostão” 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

Fonte: Peixoto e Moura (2020).

## 2 JUSTIFICATIVA

A empatia é um atributo de fundamental importância para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Os cursos de graduação médica devem orientar a formação do aluno com o propósito de desenvolver competências que favoreçam a capacitação de um profissional que tenha uma atitude empática e identificar a maneira de aprimorar essa aprendizagem. Percebe-se a dificuldade do aluno de se colocar no lugar do outro, estabelecendo-se assim a necessidade de um olhar mais cuidadoso da formação médica, no sentido de intervir com mais propriedade para elevar a aprendizagem empática.

A população brasileira está envelhecendo e, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2030 o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos. No entanto, o deficiente conhecimento geriátrico na graduação médica tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica destes pacientes. Desta forma, é preciso melhorar as informações e a capacitação dos estudantes sobre as necessidades das pessoas idosas, ressaltando urgência de ações de estímulo ao ensino da geriatria na graduação.

Portanto, para realizar um cuidado de qualidade é necessário ensinar aos alunos habilidades e competências que o ajudem nas tomadas de decisões e no cuidado com o outro. Uma conduta mais empática aumenta a acurácia diagnóstica, a efetividade das intervenções terapêuticas, a adesão ao tratamento e a satisfação ao atendimento tanto do profissional quanto do paciente.

Apesar de diversas estratégias terem sido empregadas para o ensino da empatia em cursos da saúde, poucos estudos são encontrados com atividades instrucionais sendo realizadas de impermeio às atividades assistenciais reais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Avaliar o uso do Mapa da Empatia em Saúde como instrumento de reflexão empática em estudantes do oitavo período, durante as atividades de ensino ambulatorial da disciplina de geriatria da UniBH.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Comparar os níveis de empatia ao final da disciplina, entre alunos que utilizaram e aqueles que não utilizaram o Mapa da Empatia em Saúde.
- Avaliar a influência do uso do Mapa da Empatia em Saúde na elaboração da Lista de Problemas.
- Avaliar a percepção do estudante sobre o esforço e utilidade para a aprendizagem do uso do Mapa da Empatia em Saúde, durante o atendimento.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo experimental, quantitativo, controlado.

### **4.2 Local do estudo e população alvo**

Foram convidados a participar do estudo todos os estudantes regulares do oitavo período do curso de medicina da UniBH, que estavam cursando a disciplina de geriatria.

### **4.3 Critérios de inclusão**

Estudantes de graduação de medicina, regularmente matriculados no oitavo período, na disciplina de geriatria, que consentiram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B).

### **4.4 Critérios de exclusão**

Excluídos alunos que não responderam à JSPE-Br ao final do estudo. Os alunos do grupo intervenção (grupo mapa – GM) que não preencheram nenhum mapa, também foram excluídos.

### **4.5 Amostra, amostragem e recrutamento**

Foram convidados a participar do estudo as quatro turmas da professora e pesquisadora do estudo e as quatro turmas do outro professor da disciplina, que estavam matriculados regularmente na geriatria. O estudo foi amplamente divulgado pela pesquisadora principal, através de conversas com os alunos, durante suas atividades ambulatoriais.

### **4.6 Procedimentos**

A disciplina de geriatria da UniBH foi ministrada por dois professores geriatras, cada um com quatro turmas. Cada uma das turmas era composta por seis a oito alunos, perfazendo um total

de 70 alunos. O convite para a participação da pesquisa, foi realizado em agosto de 2021, no início do semestre, pela pesquisadora e professora da disciplina, nas salas de aula, em horário pré-determinado também com o outro professor da disciplina, onde todos os alunos, de ambos os professores, foram informados dos objetivos e da metodologia do estudo.

A população do estudo foi composta pelos estudantes regulares do oitavo período do curso de medicina da UniBH, na disciplina de geriatria, que concordaram e assinaram o TCLE. A pesquisa foi realizada durante o período letivo. No início do semestre, os alunos das 08 turmas, preencheram um questionário sociodemográfico, encaminhado de forma online. A coleta dos dados ocorreu durante os meses de setembro a dezembro de 2021. Ao término do período letivo, os alunos responderam à JSPE-Br, encaminhada de forma online, aplicada ao final das atividades ambulatoriais, em janeiro de 2022.

Cada professor sorteou suas quatro turmas em dois grupos intervenção/mapa (~~GM~~) e dois grupos controle (GC). Os quatro GM concentravam seus atendimentos nas segundas-feiras no período da manhã (2 grupos da pesquisadora principal e 2 grupos do outro professor da disciplina). Dois GC atendiam na quarta-feira pela manhã, com a pesquisadora, e dois GC atendiam na sexta-feira pela manhã, com o outro professor da disciplina. Tanto a pesquisadora quanto o outro professor da disciplina padronizaram suas ações, durante os atendimentos com os alunos.

Ao longo das atividades da disciplina, os alunos realizaram a análise dos casos clínicos atendidos utilizando diferentes estratégias, conforme o grupo ao qual foi alocado. Nas quatro turmas de segunda-feira, GM, a pesquisadora orientou os alunos sobre o preenchimento do instrumento MES, mantendo-se presente durante os atendimentos e, junto com o outro professor da disciplina, ajudava os alunos na utilização do MES.

Os alunos do GM utilizaram a AGA durante os atendimentos e, ao final, preencheram os quadrantes do MES, além de listarem os problemas do paciente, definindo qual dos problemas listados mais preocupava o paciente, na opinião do aluno. Já os alunos do GC, atenderam os pacientes utilizando a AGA e ao final dos atendimentos apenas listaram os problemas apresentados, identificando qual dos problemas listados mais preocupava o paciente, na opinião do aluno. Os professores de ambos os grupos, não realizaram *feedback* após os atendimentos.

Os mapas foram transcritos na íntegra, em arquivos do *Microsoft Excel*, por uma aluna de iniciação científica, orientada pela pesquisadora principal do estudo. As respostas contidas em cada mapa foram digitadas conforme a estrutura geral do MES (quatro quadrantes). Foi feita a análise qualitativa das respostas do MES, de acordo com as características da reflexão empática demonstrada pelo estudante na escrita, baseada no modelo de classificação do estudo de Sousa *et al.* (2021).

Para garantir a validação e confiabilidade dos dados, quatro pesquisadores se reuniram, por duas vezes, para padronizarem suas ações, até que um consenso fosse alcançado. A classificação foi realizada de forma independente pelos quatro pesquisadores do estudo, com base na análise de conteúdo do MES e nos referenciais teóricos propostos por Selman (1981) e Fuchs (2017) e nos estudos de Sousa *et al.* (2021).

Ao final do semestre, todos os alunos preencheram a JSPE-Br. Os alunos do GM preencheram de forma online um questionário sobre a percepção do uso do MES:

- Como você avalia o esforço que você precisou fazer para preencher o Mapa da Empatia em Saúde? (1-nenhum esforço até 5-excessivo esforço);
- Avalie o quanto o preenchimento do Mapa da Empatia em Saúde contribuiu para seu aprendizado da empatia durante o atendimento ambulatorial ao idoso: (1-não contribuiu até 5-contribuiu de maneira essencial);
- Você acredita que o uso do Mapa da Empatia em Saúde mudou sua percepção do atendimento ao idoso? (sim ou não);
- Se ocorreram mudanças na sua percepção no atendimento ao idoso, descreva-as abaixo.

#### **4.7 Instrumentos**

- **Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A)**

O questionário foi composto por 18 itens, contendo as variáveis: nome, e-mail, idade, gênero, raça, estado civil, se tem filho, renda familiar, núcleo familiar (se reside com idoso), se possui outro curso superior na área da saúde concluído, especialidade pretendida, escola de origem (pública ou privada), se possui bolsa, se tem trabalho remunerado, se possui passatempo e qual, se tem doença crônica e se reside com familiar com doença crônica.

- **Escala Jefferson de Empatia Médica-versão brasileira (ANEXO A)**

Escala composta por 20 perguntas que utilizam uma escala de Likert, cujos valores vão de um a sete, onde um seria “discordo totalmente” e sete seria “concordo totalmente”. As pontuações mínimas e máximas possíveis são, respectivamente, 20 e 140 pontos para o escore global; 11 a 77 pontos para o cuidado compassivo; 2 a 14 pontos para a capacidade de se colocar no lugar do paciente; 7 a 49 pontos 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 (PARO *et al.*, 2012; HOJAT *et al.*, 2002).

- **Mapa da Empatia em Saúde (ANEXO B)**

O Mapa da Empatia em Saúde possui quatro quadrantes, cada um contendo as frases: 1. O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? 2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? 3. Como me sinto conhecendo a história desta pessoa? 4. Como posso ajudar esta pessoa? No centro do Mapa há um desenho incompleto de um emoji, sem as sobrancelhas e boca. Os emojis são ideogramas, que representam emoções. Abaixo dos quadrantes do Mapa, estão colocados seis emojis representando as seis expressões faciais de emoções universais. Ao final do preenchimento, o aluno vai completar o emoji, de modo a demonstrar a imagem que melhor expresse os sentimentos do paciente durante o atendimento (PEIXOTO; MOURA, 2020).

- **Avaliação da utilização do Mapa da Empatia em Saúde (ANEXO C)**

O aluno avaliou sua percepção em relação ao uso do MES, conforme as perguntas a seguir: como você avalia o esforço que você precisou fazer para preencher o Mapa da Empatia em Saúde? (1-nenhum esforço até 5-excessivo esforço); avalie o quanto o preenchimento do Mapa da Empatia em Saúde contribuiu para seu aprendizado da empatia durante o atendimento ambulatorial ao idoso: (1-não contribuiu até 5-contribuiu de maneira essencial); você acredita que o uso do Mapa da Empatia em Saúde mudou sua percepção do atendimento ao idoso? (sim ou não); se ocorreram mudanças na sua percepção no atendimento ao idoso, descreva-as abaixo.

- **Lista de Problemas (ANEXO D)**

O aluno deve informar a lista de problemas da pessoa que ele acabou de atender e descrever, na opinião do aluno, qual dos problemas da lista mais preocupa a pessoa no momento do atendimento.

- **Exemplo de Mapa da Empatia em Saúde com a Lista de problemas preenchido pelo aluno (ANEXO E)**

#### **4.8 Análise dos dados**

Análise descritiva foi realizada pela apresentação da proporção (para variáveis categóricas) e média/desvio-padrão ou mediana/intervalo interquartil (para variáveis contínuas) das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico dos discentes (sexo, idade, etnia, estado civil, filhos, renda, entre outros). A análise comparativa foi feita utilizando o teste de qui-quadrado para comparação de variáveis categóricas e o teste T de *Student* para amostras independentes para comparação de variáveis contínuas. Para comparação do escore na JSPE-Br entre os grupos foi utilizado o Teste T de Student para amostras independentes. Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), tendo pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

O cálculo do escore de empatia, tanto escore geral quanto por domínios (Tomada de perspectiva do doente, Compaixão, Capacidade de colocar-se no lugar do outro), foi realizado conforme orientação dos autores que validaram a versão brasileira da escala (PARO *et al.*, 2012)

##### **4.8.1 Análise de conteúdo dos mapas da Empatia em Saúde**

A técnica de análise de conteúdo é utilizada para analisar comunicações, envolvendo um conjunto de instrumentos metodológicos em evolução constante, buscando uma classificação em temas ou categorias, com a intenção de auxiliar na compreensão do que está por trás do discurso, no desenvolvimento da pesquisa, baseado no modelo proposto por Peixoto e Moura (2020).

As análises propostas neste estudo se basearam nas perspectivas de Selman (1981), na proposta de classificação de Fuchs (2017) e na habilidade do estudante em identificar a perspectiva do paciente em níveis progressivos de suas relações de empatia estendida (níveis

1, 2 e 3), conforme o estudo de Sousa *et al.* (2021). O nível 1 representa que o aluno apenas considerou a doença e/ou aspectos biomédicos da consulta; nível 2 considerou aspectos afetivos e nível 3 considerou contexto familiar e/ou social.

- **Nível 1:** o aluno demonstra observar apenas os aspectos biomédicos relacionados à sua prática profissional? Identificação de necessidades restritas à doença e/ou aspectos biomédicos (sim:1 ou não:0)
- **Nível 2:** o aluno considera os componentes psicoemocionais do indivíduo? Considera os sentimentos e desejos da pessoa (sim:1 ou não:0)
- **Nível 3:** o aluno é capaz de considerar as relações sociais envolvidas na perspectiva do paciente? Considera o contexto familiar e/ou social da pessoa (sim:1 ou não:0)

**No quadrante 1**, foi considerado se o estudante refletiu sobre o caso, colocando-se no lugar do paciente (sim:1 ou não:0).

**No quadrante 3**, foi considerado se o estudante foi afetado pelo caso ao conhecer a história do paciente (sim:1 ou não:0).

**Nos quadrantes 2 e 4**, as respostas dos estudantes foram classificadas nos seguintes níveis (níveis 1, 2 e 3). O nível 1 significa apenas identificação do aluno com aspectos restritos à doença e/ou aspectos biomédicos; nível 2 identificação com componentes afetivos do paciente e nível 3 identificação com contextos familiares e/ou sociais do paciente (QUADRO 1).

Quadro 1 - Modelo de classificação das respostas por quadrantes do MES em dimensões da empatia

Quadrantes do MES	Características das respostas	Dimensões da empatia
<b>Quadrante 3</b> Como me sinto conhecendo a história desta pessoa? [compartilhamento emocional]	Sentimentos e reflexões externados nas respostas indicam se o estudante foi afetado ao conhecer o caso do paciente. Se a história do outro “repercutiu” no estudante.	<b>Empatia primária</b> <i>Ressonância corporal</i>
<b>Quadrante 1</b> O que você sentiria se estivesse no lugar desta pessoa? [tomada de perspectiva]	Demonstram que o estudante se colocou ou não no lugar do outro. Sentimentos/sensações e reflexões externados nas respostas indicam que o estudante se colocou no lugar do paciente.	<b>Empatia estendida</b> <i>Transposição imaginária</i>
<b>Quadrante 2</b> Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? [tomada de perspectiva]	Nível 1: Demonstram identificação de necessidades com foco restrito à doença e/ou aspectos biomédicos. Nível 2: Considera os desejos, os sentimentos e as necessidades expressos pelo paciente descritos na vineta clínica.	<b>Empatia estendida</b> <i>Compreensão superior</i>
<b>Quadrante 4</b> Como posso ajudar esta pessoa? [preocupação empática]	Nível 3: Considera o contexto familiar (demais atores envolvidos no caso) e/ou o contexto social (emprego, arrimo de família etc.).	

Fonte: Sousa *et al.* (2021)

Nota: Com base na análise de conteúdo do MES e nos referenciais teóricos propostos por Selman e Fuchs.

Todos os estudantes, ao final de cada atendimento, tanto do GM quanto do GC, descreveram a lista de problemas do paciente e listaram qual dos problemas, na opinião do aluno, mais preocupava o paciente. Essa lista também foi analisada, de forma independente, por quatro pesquisadores do estudo, observando se o aluno listava **aspectos biomédicos** (sim:1 ou não:0); **aspectos afetivos** (sim:1 ou não:0) e **contexto social** (sim:1 ou não:0).

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

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

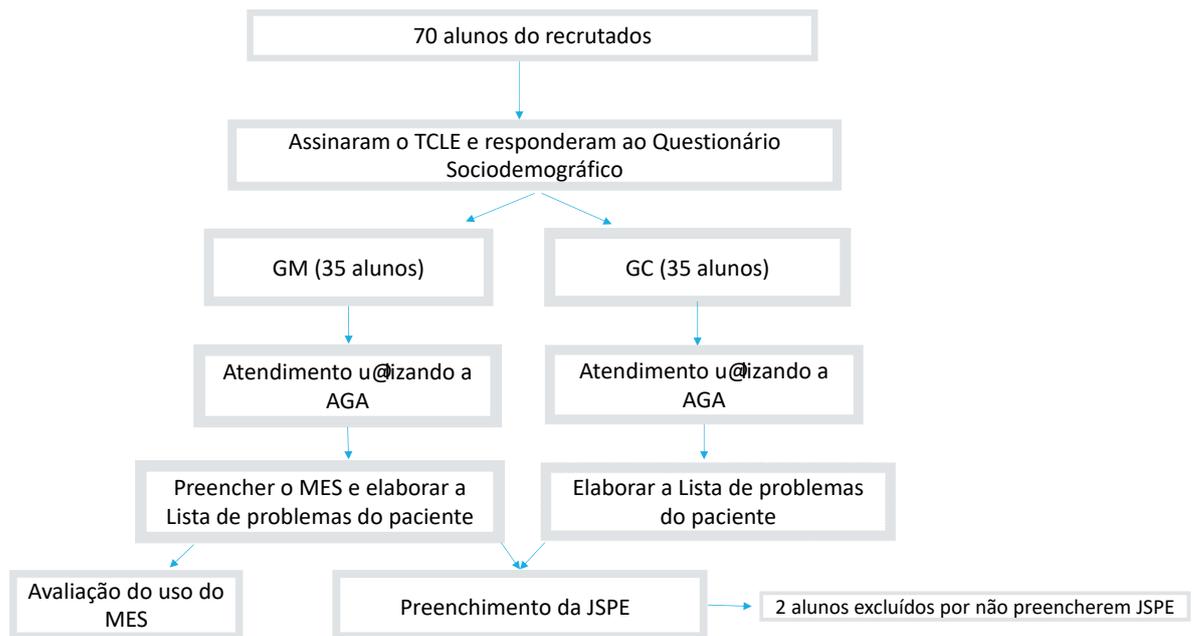
Os estudantes foram convidados a participar do estudo e aqueles que concordaram e assinaram, espontaneamente, após a leitura, o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), foram incluídos no estudo. Este termo foi assinado antes do início do estudo e consta de esclarecimentos 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 do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (CAAE 39448620.5.0000.5143) e da UNIBH (CAAE 39448620.5.3001.5093).

## 6 RESULTADOS

Dos 70 alunos elegíveis para o estudo, 68 (97,1%) participaram. Dois alunos do GC não preencheram a JSPE-Br ao final do estudo e foram excluídos das análises. Trinta e cinco alunos foram alocados sistematicamente no GM e 33 alunos no GC (FIG. 3).

Figura 3 - Fluxograma de recrutamento e alocação dos participantes do estudo.



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Em relação às características sociodemográficas, 55 (80,9%) eram do sexo feminino, com média de idade de  $25,8 \pm 4,1$  anos. Não houve diferença entre os grupos para as variáveis sociodemográficas dos participantes. As características dos participantes, estratificadas por grupo experimental, estão apresentadas na TAB. 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo, estratificada por grupo experimental

Característica				(Continua)
	Global (n=68)	Grupo mapa (n=35)	Grupo controle (n=33)	Valor de p *
Idade	25,8 ± 4,1	25,9 ± 4,3	25,7 ± 3,9	0,862
Sexo feminino – n (%)	55 (80,9%)	26 (74,3%)	29 (87,9%)	0,220
Raça branca – n (%)	54 (79,4%)	26 (74,3%)	28 (84,8%)	0,194

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo, estratificada por grupo experimental

Característica	(conclusão)			Valor de p *
	Global (n=68)	Grupo mapa (n=35)	Grupo controle (n=33)	
Renda familiar > R\$5.000,00 – n (%)	57 (83,8%)	30 (85,7%)	27 (81,8%)	1,0
Solteiro – n (%)	64 (94,1%)	32 (91,4%)	32 (97,0%)	0,441
Tem filho – n (%)	2 (2,9%)	1 (2,9)	1 (3,0%)	1,0
Reside com idoso – n (%)	11 (16,2%)	6 (17,1%)	5 (15,1%)	0,741
Origem em escola privada - n (%)	60 (88,2%)	30 (85,7%)	30 (90,9%)	0,459
Tem interesse em geriatria - n (%)	3 (4,4%)	2 (5,7%)	1 (3,0%)	0,599
Possui bolsa de estudo – n (%)	12 (17,6%)	8 (22,9%)	4 (12,1%)	0,197
Exerce trabalho remunerado - n (%)	7 (10,3%)	4 (11,4%)	3 (9,1%)	0,698
Possui outro curso superior – n (%)	7 (10,3%)	4 (11,4%)	3 (9,1%)	0,698
Possui passatempo – n (%)	44 (64,7%)	29 (82,8%)	25 (75,6%)	0,762
Apresenta doença crônica - n (%)	5 (7,4%)	2 (5,7%)	3 (9,0%)	1,0
Reside com familiar com doença crônica - n (%)	24 (35,3%)	11 (31,4%)	13 (39,3%)	1,0

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Nota: \*Teste t para variáveis contínuas. Teste qui-quadrado para variáveis categóricas.

O escore geral na JSPE-Br ao final da intervenção foi de  $6,24 \pm 0,42$  para o GM e  $6,22 \pm 0,50$  para o GC ( $p=0,879$ ). O sexo do aluno e o professor responsável pela turma também não estiveram associados ao escore geral do JSPE-Br ( $p=0,379$  e  $p=0,877$ , respectivamente), e nem aos escores de cada um dos domínios da escala. Comparando os escores do GM com os do GC para cada domínio da JSPE-Br observamos que não houve diferença para nenhum dos domínios (TAB. 2).

Tabela 2 - Escore de empatia global e por domínio estratificado por grupo experimental

Escala/domínio (média $\pm$ d.p.)	Grupo Mapa (n=35)	Grupo controle (n=33)	Valor de p*
Escore geral JSPE-Br	$6,24 \pm 0,42$	$6,22 \pm 0,50$	0,879
Compaixão	$6,68 \pm 0,48$	$6,70 \pm 0,50$	0,890
Capacidade de se colocar no lugar do outro	$4,24 \pm 1,16$	$3,84 \pm 1,41$	0,214
Tomada de perspectiva	$6,12 \pm 0,62$	$6,15 \pm 0,78$	0,827

Fonte: elaborado pela autora (2022).

JSPE-Br: Escala Jefferson de Empatia Médica – versão brasileira

Nota: \* Teste t de Student para amostras independentes.

Os alunos preencheram 271 formulários ao longo da disciplina, sendo que 125 foram preenchidos por alunos do GC e 146 do GM. O número médio de problemas listados por alunos de cada um dos grupos não diferiu, sendo de  $4,94 \pm 1,95$  para os casos atendidos pelos alunos do GC e  $4,81 \pm 2,17$  para alunos do GM.

Do ponto de vista qualitativo, a lista de problemas foi analisada em relação à presença de aspectos biomédicos, aspectos afetivos e contexto, por quatro pesquisadores do estudo, de forma independente. Os pesquisadores se reunirão duas vezes para padronizarem suas ações até um consenso ser estabelecido. Com relação aos aspectos afetivos, referentes à lista de problemas descrita pelos alunos, os pesquisadores discordaram em apenas 7 dos 271 casos clínicos analisados (2,58%). Referente às análises dos quadrantes do MES, no quadrante 1 registramos 3 discordâncias de 146 mapas analisados (2,05%); no quadrante 2 foram 57 discordâncias (39,04%); no quadrante 3 apenas 6 discordâncias (4,10%); no quadrante 4 foram 49 discordâncias (33,56%) e à expressão facial tiveram 10 discordâncias (6,84%) em sua relação com o quadrante 1 e 10 discordâncias em sua relação ao quadrante 3 (6,84%).

Todas as listas de problemas, considerando alunos de ambos os grupos, contemplaram os aspectos biomédicos. Em relação aos aspectos afetivos, houve presença de elementos deste domínio em 117 (43,2%) dos formulários. Os formulários dos alunos do GC apresentaram uma maior proporção de presença deste elemento se comparados aos dos alunos do GM (52,0% vs. 35,6%;  $p=0,007$ ). Não houve associação entre o sexo do aluno e a presença de aspectos afetivos na lista de problemas ( $p=0,104$ ). O professor responsável pela turma também não esteve associado à presença de elementos afetivos na lista de problemas ( $p=0,508$ ). Em relação a aspectos relacionados ao contexto, estes estiveram presentes em apenas 10 (3,7%) formulários, sem diferença significativa entre os grupos. A presença de aspectos contextuais também não esteve associada ao sexo do aluno ( $p=0,680$ ) e nem ao professor da turma ( $p=0,293$ ).

Ao longo do estudo foram preenchidos pelos alunos 146 mapas (média de 4,17 mapas/aluno). Os dados contidos em cada quadrante dos mapas, foram analisados de acordo com as características da reflexão empática demonstrada pelo estudante na escrita. Com relação ao quadrante 1, em 146 dos mapas (95,2%) observou-se a presença de transposição imaginária, ou seja, os alunos se colocaram no lugar do paciente. O quadrante 2 foi analisado em níveis, observando-se que 92 mapas (63%) apresentaram nível 1, 29 mapas (19,9%) apresentaram

nível 2 e 42 mapas (28,8%) continham elementos do nível 3. A maior parte dos mapas (93,2%) continham elementos de ressonância corporal. Em relação ao quadrante 4, a maior parte dos mapas (74,7%) eram nível 1, seguidos do nível 2 (32,2%) e uma pequena parte dos mapas (18,5%) alcançaram nível 3. A expressão facial esteve em consonância com o quadrante 1 em 83 mapas (56,1%) e com o quadrante 3 em 85 mapas (58,2%).

A percepção dos alunos em relação ao uso do mapa no ambulatório, avaliada ao final do semestre letivo, evidenciou uma média de esforço de  $2,34 \pm (0,21)$  e de aprendizado foi  $4,06 (\pm 0,18)$ . Trinta e um alunos (88,6%) mudaram sua percepção em relação ao atendimento ao idoso. As principais mudanças apontadas foram relacionadas a mudança do olhar no atendimento ao paciente idoso e uma maior reflexão sobre seus sentimentos ao conhecer a história daquele indivíduo. Embora houvesse inúmeras narrativas para escolher, abaixo estão algumas narrativas representativas de alunos demonstrando declarações de reflexão:

**Aluno 1:** “O mapa de empatia foi fundamental para despertar um novo olhar no atendimento ao idoso. Embora a lista de problemas seja extensa, existem prioridades e fazendo dessa forma aprendi que não precisamos resolver todas as demandas em uma única consulta, ao priorizarmos algumas que no momento são mais importantes conseguimos, aos poucos, atender as necessidades dos pacientes. O exercício da empatia em cada atendimento proporcionou um melhor acolhimento ao paciente e melhor compreensão da história do mesmo.”

**Aluno 2:** “O uso do Mapa da Empatia me levou a dar mais valor às necessidades, tanto dos pacientes quanto dos familiares, onde nem sempre a queixa principal do paciente remete ao quadro que causa mais impacto na qualidade de vida deste. Além disto, um dos exercícios do Mapa que mais me inspirou foi o de me colocar no lugar do paciente e refletir em como eu me sentiria e com isso como eu gostaria de ser tratado.”

**Aluno 3:** “O mapa da empatia em saúde me fez pensar em fatores que antes eu não pensava, como por exemplo como me sinto em relação ao problema do paciente, como acho que o paciente se sente, o que acho que o paciente precisa, entre outros. Antes a minha anamnese era focada nos problemas do paciente e com o mapa da empatia em saúde aprendi a me focar também na pessoa que está por trás de todas as patologias.”

As narrativas foram todas revisadas pelo primeiro autor e todas expressaram impressões positivas com o uso do MES. A grande maioria demonstrou uma maior compreensão das experiências de vida dos idosos e expressaram empatia na relação médico-paciente.

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o uso do MES como instrumento de reflexão empática em estudantes de medicina, durante as atividades de ensino ambulatorial de geriatria, verificando o impacto do instrumento nas características dos problemas do paciente idoso, identificados pelos estudantes durante os atendimentos, e o nível de empatia autorrelatada por eles ao final do estudo. Procurou-se ainda avaliar a percepção dos estudantes em relação à utilidade do MES, no que diz respeito ao esforço dispensado para o seu preenchimento e a aprendizagem adquirida. Desta forma, observamos que dos 35 alunos do GM que utilizaram o MES, trinta e um alunos (88,6%) mudaram sua percepção em relação ao atendimento ao idoso. As principais mudanças apontadas foram relacionadas a mudança do olhar no atendimento ao paciente idoso e uma maior reflexão sobre seus sentimentos ao conhecer a história daquele indivíduo.

Nosso estudo não mostrou diferença entre o GM e o GC em relação ao número de problemas identificados. Em média, a amostra total dos estudantes identificou, ao final do atendimento, uma lista de 4 a 5 problemas para cada paciente. O número elevado de problemas listados pelos estudantes é condizente com as características de um ambulatório de geriatria, onde os pacientes, em geral, são portadores de múltiplas comorbidades. Preencher uma lista de problemas, ao final do atendimento, permite ao aluno uma maior precisão diagnóstica no cuidado ao idoso, possibilitando uma melhora do seu estado funcional, com redução de sua morbidade/mortalidade, internação hospitalar ou sua institucionalização. Isto pode promover no aluno uma maior satisfação com o atendimento e maior conhecimento dos recursos de suporte sociais disponíveis e as características do sistema de saúde em que está inserido (FREITAS, 2017).

Em relação às características dos problemas identificados, verificou-se que os aspectos biomédicos foram contemplados em todas as listas de problemas e em ambos os grupos. Os problemas afetivos presentes nos pacientes foram sinalizados em apenas 43,2% destas listas. Embora o MES seja um instrumento que orienta a reflexão do construto teórico da empatia por parte do aluno, para nossa surpresa, o grupo de estudantes que refletiu o atendimento com o uso do MES relatou uma menor proporção de problemas afetivos, comparado ao grupo que trabalhou sem essa orientação (PEIXOTO; MOURA, 2020).

Diversos estudos têm demonstrado que a reflexão favorece o exercício metacognitivo e contribui para o aprendizado, sendo a reflexão orientada, individual e escrita, um dos melhores meios para esse objetivo (CHAMBERS; BROSANAN; HASSELL, 2011). Sendo assim, é pouco provável que estimular a reflexão empática acerca dos problemas do paciente, possa ter efeito deletério na capacidade do estudante reconhecer suas necessidades. Portanto, o que pode ter contribuído para que o GM tenha relatado um menor percentual das questões afetivas dos pacientes em suas listas de problemas?

Uma primeira tentativa para explicar o fato observado foi que todos os estudantes de ambos os grupos, durante os atendimentos dos idosos, utilizaram a AGA, um instrumento de avaliação multidimensional de aplicação lenta e complexa. Porém, os alunos do GM, além de atenderem ao paciente, necessitaram refletir sobre os quadrantes do MES após cada atendimento e, logo abaixo, fazer a lista de problemas. Acreditamos que o aluno julgou desnecessário repetir na lista de problemas, algumas de suas reflexões, já descritas nos quadrantes do MES.

Outra possibilidade seria a maior sobrecarga cognitiva imposta aos estudantes do GM em comparação ao GC. O ambulatório de geriatria apresenta particularidades, como constatado pela lista de problemas obtida, onde os pacientes apresentam múltiplas patologias e, dentre elas, os problemas cognitivos são frequentes. Este fato exige dos estudantes habilidades para lidar com diversas demandas e muitas vezes obter as histórias e relatos dos familiares e/ou cuidadores dos idosos, que apresentam as histórias dos pacientes baseadas em suas próprias perspectivas. Adiciona-se a esse contexto, a necessidade de os estudantes precisarem lidar com os conhecimentos biomédicos específicos (raciocínio clínico, análise de dados semiológicos e interpretação de exames complementares) e manejar diversos documentos relacionados ao atendimento ambulatorial (prontuário, prescrição, relatórios, encaminhamentos, solicitação de exames, dentre outros).

Importante salientar que a AGA tem como objetivo planejar e/ou prestar assistência médica, psicossocial e de reabilitação, propiciando ao aluno desenvolver a capacidade de comunicação, mesmo na presença de déficits sensoriais; ressaltar às principais síndromes geriátricas e doenças comuns no envelhecimento; confeccionar uma lista de problemas e criar um plano com prioridades e metas (LAURENCE *et al.*, 1991).

No entanto, os dados demonstram que o uso da AGA não modificou substancialmente as listas de problemas apresentadas pelos estudantes em ambos os grupos. Como citado, nestas listas houve um predomínio massivo de questões biomédicas (100%), onde os aspectos afetivos dos pacientes aparecem em apenas 43,2% para toda a amostra de estudantes e as questões de contextos sociofamiliares em apenas 3,75% das vezes. Esses dados explicitam as particularidades e dificuldades do gerenciamento dos diversos fatores presentes no ambiente de ensino assistencial em geriatria. O uso da AGA, em ambos os grupos, pode ter reduzido o efeito do MES, porém não encontramos na literatura estudos que correlacionaram a AGA ao desenvolvimento da empatia e, portanto, estudos futuros poderiam avaliar o impacto deste instrumento para esta finalidade.

Alguns estudos, não direcionados à educação médica, já identificaram que a sobrecarga cognitiva pode competir com a disposição empática, como no trabalho realizado por Hiraoka e Nomura (2016), que procurou avaliar se a carga cognitiva modificaria as respostas individuais intencionais em resposta ao choro infantil.

Neste estudo, sessenta e seis participantes realizaram uma tarefa de memorização de uma sequência de letras, enquanto ouviam o choro de uma bebê, e posteriormente avaliaram questões sobre o estado de empatia e a intenção despertada em relação ao choro. Os resultados mostraram que a carga cognitiva reduziu a intenção de cuidar e aumentou a intenção de negligenciar a situação da criança. Os autores concluíram ser importante considerar os fatores de riscos cognitivos situacionais em relação aos maus tratos infantis.

Outros estudos encontraram resultados discordantes em relação a esse tema, como no trabalho de Bajouk e Hansenne (2019), que avaliou o efeito da carga cognitiva na empatia à dor, medo, felicidade e emoções faciais neutras. Um grupo de participantes julgou a intensidade da emoção ao olhar para fotografias de expressões faciais e outro grupo avaliou as mesmas expressões faciais, mas tinha uma tarefa adicional de memorizar um grupo de oito números.

Os resultados deste estudo não mostraram nenhum efeito significativo de grupo e demonstraram que, a tomada de perspectiva e a preocupação empática, se associaram positivamente às classificações de dor, medo e felicidade no grupo que trabalhou com a memorização numérica. Os autores concluíram que, nos participantes que julgaram as

expressões faciais sob alta carga cognitiva, a preocupação empática e a tomada de perspectiva contribuíram para neutralizar o suposto efeito deletério da carga cognitiva sobre a empatia.

Outra tentativa para explicar as diferenças observadas nas listas de problemas entre os grupos, em relação à maior proporção de problemas afetivos listados no GC, seria o fato do aluno, ao ter registrado no mapa o componente afetivo, ter ocorrido o fenômeno conhecido como “angústia empática”. Este fenômeno pode ter ocorrido com maior intensidade no grupo que foi orientado a refletir de forma deliberada sobre os sentimentos (os próprios e os da pessoa atendida) em um ambiente assistencial carregado de problemas clínicos, afetivos e contextos sociais, como o da geriatria.

Compartilhar o sofrimento de outra pessoa através da empatia, pode resultar em preocupação empática ou angústia empática. A preocupação empática orienta o sentimento para o outro (sente-se por e não com), sendo associada a um comportamento pró-social. Já a angústia empática é uma resposta aversiva orientada pelo sofrimento dos outros, acompanhada do desejo de “sair daquela situação” e se proteger dos sentimentos negativos, podendo reduzir o controle cognitivo e a capacidade de manter a distinção entre o “eu-outro” (ENGELBREKTSSON, 2020).

Alguns autores defendem que uma experiência emocional mínima, auxilia na compreensão dos estados subjetivos dos pacientes. No entanto, um excesso de envolvimento emocional pode levar ao esgotamento e à fadiga por compaixão, que compromete a capacidade de deliberar sobre os cuidados, ou seja, passar da reflexão para ação, mantendo o nível da preocupação empática. Nestes casos, o sofrimento observado nos pacientes é fonte de angústia e redução de um comportamento pró-social (DECETY, 2020).

Este, talvez, seja um dos mecanismos envolvidos na redução da empatia observada em pesquisas com estudantes de medicina. Uma revisão sistemática de 18 estudos que investigaram a empatia durante a graduação em medicina e programas de residência, identificou que a empatia autorrelatada reduziu significativamente ao longo desses programas, e essa redução se relacionou ao aumento das atividades clínicas assistenciais (HARRISON, 2021).

Por esse motivo é importante que os profissionais da saúde desenvolvam estratégias de regulação da resposta empática. Dentre os fatores responsáveis pela redução da empatia,

provavelmente seja possível considerar que, a exaustão afetiva, promovida pelo convívio frequente com o sofrimento humano associada à falta de treinamento para o enfrentamento destas situações e/ou o desenvolvimento da resiliência empática, seja um fator contribuinte.

Também a angústia empática, que pode favorecer o desenvolvimento da *Síndrome de Burnout*, é frequentemente observada em profissões que lidam com o sofrimento humano, como nas profissões da saúde. Para esses profissionais, a empatia e a compaixão são essenciais para a eficácia de suas ações, no entanto, quando não são regulados esses sentimentos, podem promover exaustão biológica, psicológica e social, pelo dispêndio de energia psíquica, sem percepção de recompensa, levando a um esvanecimento da preocupação empática (TAVARES *et al.*, 2020).

Tavares *et al.* (2020), avaliaram a prevalência da *Síndrome de Burnout* entre 419 estudantes de medicina do 2º ao 8º semestre de uma Universidade Pública do Brasil e constataram uma prevalência da síndrome em 9,5% dos estudantes. Importante salientar que a *Síndrome de Burnout* seria uma manifestação mais avançada promovida inicialmente pela angústia empática, aparecendo neste estudo com alta prevalência entre os estudantes.

Outros estudos identificaram que estudantes de medicina são susceptíveis ao sofrimento moral ao lidar com pacientes idosos, o que contribui para o desenvolvimento de *Burnout*. Por sofrimento moral considera-se um estado emocional negativo resultante da sensação de inibição ao lidar com situações eticamente complexas e de cuidados de fim de vida (PERNI *et al.*, 2020).

Procurando compreender os fatores preditores da síndrome do esgotamento profissional, *Síndrome de Burnout*, uma das formas de manifestação da fadiga por compaixão, Hotchkiss e Lesher (2018) avaliaram 534 capelães, com média de idade de 56,6 anos e tempo de experiência profissional de 15,7 anos em média. Dos participantes, 74,9% trabalhavam o dia inteiro e 12,75% tinham jornada de tempo parcial. A maioria atuava em hospitais (62,4%) ou centros de cuidados paliativos-hospícios (16,2%). Os autores constataram que o efeito combinado de satisfação por compaixão, estresse traumático secundário, autocuidado consciente, fatores demográficos e organizacionais explicaram 83,2% da variância da presença de *Burnout*. Capelães servindo em hospitais apresentavam maior risco em relação àqueles que desempenhavam atividades em outros ambientes. Os fatores organizacionais mais

relacionados ao *Burnout* foram o sentimento de sobrecarga oriundo do “sistema” (25,7%) e o excesso de casos para cuidar (19,9%). Interessante neste estudo foi a identificação de alguns fatores protetores de *Burnout* como (em ordem de força) a autocompaixão e propósito; estrutura de apoio; autocuidado consciente; relaxamento consciente; relacionamentos de apoio e cuidados físicos. Os autores identificaram que a prática reflexiva de se sentir bem ao fazer o bem e o autocuidado consciente, foram vitais para a manutenção da qualidade de vida no trabalho, entre este grupo de capelães (HOTCHKISS; LESHER, 2018).

Por último, outra possibilidade que pode ter favorecido a redução da prevalência dos problemas afetivos dos pacientes, GM, foi a ausência do *feedback* por parte dos docentes, resgatando as reflexões dos alunos a partir da necessidade do paciente, após o preenchimento do MES.

O *feedback* é importante para envolver os estudantes sobre o nível de reflexão alcançado e promover o desenvolvimento da aprendizagem reflexiva ao longo da vida. Sem uma reflexão capaz de integrar os processos de aprendizagem à prática, há riscos de a estratégia não promover mudança de comportamento clínico. Portanto, é vital que os estudantes recebam *feedback* adequado e oportuno sobre suas reflexões, para que possam desenvolver a habilidade da prática reflexiva de forma independente (CHAMBERS; BROSNAN; HASSELL, 2011).

No estudo de Dyer, Swartzlander e Gugliucci (2018) utilizando o *feedback*, os autores adotaram tecnologia que ensinou estudantes de medicina do primeiro ano e outras profissões da saúde a serem empáticos com idosos, por meio de software de Realidade Virtual (RV). O RV permitiu simular um paciente com doenças relacionadas à idade, como Alzheimer, degeneração macular e perda auditiva e familiarizar os estudantes com recursos de informação relacionados à saúde dos idosos. Os resultados mostraram que o RV melhorou a compreensão dos alunos sobre problemas de saúde relacionados à idade e aumentou sua empatia por adultos mais velhos com perda de visão e audição ou doença de Alzheimer. Os alunos forneceram um *feedback* positivo sobre a incorporação de uma nova ferramenta tecnológica em seu aprendizado. O treinamento de imersão em RV se mostrou um método de ensino eficaz para ajudar a desenvolver a empatia, como uma ferramenta que melhorou o aprendizado e a empatia do aluno na experiência educacional.

No estudo de Wünderich *et al.* (2017), os autores examinaram se a empatia em estudantes do terceiro ano de medicina poderia ser melhorada por treinamento específico. 158 estudantes foram randomizados em dois grupos. O grupo de intervenção participou de duas sessões de 2,25 horas de treinamento de habilidades de empatia com Pacientes Simulados (SP), seguido de *feedback* estruturado do paciente padronizado. O grupo controle participou de um curso de história. Após a intervenção, a empatia foi avaliada por SP cegos e especialistas em um *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*. Os alunos também preencheram uma autoavaliação sobre sua atitude em relação à empatia pela JSPE. Os participantes do grupo de intervenção mostraram níveis significativamente mais altos de empatia quando comparados ao grupo controle. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na JSPE, semelhante ao observado no nosso estudo.

O estudo de Modi *et al.* (2016), avaliou que o treinamento em habilidades de comunicação estava sendo fragmentado e não uniforme na maioria dos currículos indianos. Ele destacou que um dos desafios para o treinamento formal de habilidades de comunicação nas escolas de medicina do seu país, era a lacuna que os alunos observavam entre os padrões de comunicação ensinados em situações de treinamento e o comportamento real dos médicos em ambientes ambulatoriais. Seu estudo sugeriu possíveis formas de treinamento do ensino e da avaliação das habilidades de comunicação, reforçando que um bom programa de treinamento de habilidades de comunicação deve usar vários métodos e ter oportunidades para demonstração, discussão, reflexão, prática e *feedback*, onde as complexidades da comunicação médico-paciente devem ser introduzidas sequencialmente ao longo do curso.

Chamou atenção ao demonstrar que, para o treinamento de habilidades de comunicação, métodos instrucionais como palestras e seminários foram menos eficazes do que métodos experienciais complementados com *feedback*. Os métodos experienciais, como dramatizações ou interação com pacientes simulados e reais, foram preferidos pelos alunos, pois ajudaram a reforçar pontos fortes e identificar pontos fracos nas habilidades dos componentes da comunicação e da empatia.

Gravações de vídeo de interações médico-paciente (reais ou simuladas) foram usadas pelos facilitadores para estimular discussões e dar *feedback* em contextos específicos. Os alunos também consentiram em gravar a si mesmos enquanto realizaram entrevistas com pacientes e, posteriormente, refletiram sobre comportamentos empáticos. Pacientes de simulação também

foram treinados para dar *feedback* em como lidar com algumas situações especiais e em dar más notícias, contribuindo para a melhoria das interações médico-paciente.

Embora nosso estudo tenha sido conduzido em um ambulatório de geriatria com pacientes reais, a utilização do MES sem *feedback*, pode não ter dado oportunidade aos alunos de refletirem sobre suas narrativas (MODI *et al.*, 2016).

Revisões da literatura sobre educação médica, considerando as percepções dos alunos na aceitação de *feedback* em ambientes de ensino, propõe aos educadores desenvolver uma compreensão mais significativa do *feedback*, como sugerido no estudo de Telio, Ajjawi e Regehr (2015). Os autores relatam uma tendência crescente para reconceituar o *feedback* como um processo mais dialógico no qual o contexto e o relacionamento são os fatores dominantes para possibilitar e promover a mudança de comportamento. O docente formaria com seu aluno uma “aliança educacional”, aos moldes de uma “aliança terapêutica”, portando, capaz de desenvolver uma compreensão mais significativa do contexto em que o *feedback* funciona e reorientar o foco da discussão na educação médica.

O presente estudo chama à atenção para a necessidade de se planejar uma metodologia estruturada, que permita que o docente, ao analisar as reflexões apresentadas no MES, possa de uma maneira prática e objetiva, orientar os estudantes sobre suas reflexões a partir das necessidades do indivíduo, com foco no doente e não apenas na doença. Assim, o docente poderá explicitar ao estudante a extensão empática demonstrada em suas reflexões, tanto em relação aos aspectos biomédicos e afetivos, bem como ao contexto sociofamiliar do paciente.

Tendo como base os resultados apresentados por nosso estudo, um projeto em nosso programa de Mestrado em Ensino em Saúde da UNIFENAS-BH, já em andamento, tem por objetivo desenvolver uma ferramenta para o fornecimento de *feedback* às reflexões demonstradas pelos estudantes ao preencher o MES. Os resultados deste projeto em breve serão conhecidos.

Discute-se muito a necessidade do desenvolvimento das habilidades socioafetivas nas profissões da saúde, como a empatia, no entanto poucos estudos têm procurado avaliar os mecanismos subjacentes que concorrem para o seu desenvolvimento. Da mesma forma, estratégias de capacitação destes profissionais para o enfrentamento e proteção pessoal da

sobrecarga afetiva e cognitiva, em geral, presente nos estabelecimentos assistenciais, devem ser pesquisados.

Estas reflexões chamam atenção para a necessidade urgente de planejamento e inserção de estratégias educacionais, que sejam capazes de fornecer, aos estudantes das áreas da saúde, condições de lidar com a sobrecarga cognitiva, afetiva e administrativa, presentes nos ambientes assistenciais.

Alguns estudos já ressaltam estratégias para o treinamento de habilidades de enfrentamento, como a gestão do tempo, a reestruturação cognitiva, a psicoeducação, o *mindfulness*, a autocompaixão e o propósito (HOTCHKISS; LESHER, 2018; TAVARES *et al.*, 2020).

Em relação aos aspectos relacionados ao contexto sociofamiliar dos pacientes, os dados encontrados no presente estudo são ainda mais alarmantes. Este problema foi considerado em apenas 3,75% das litas fornecidas pelos estudantes, sem diferença entre os GC ou intervenção/mapa.

Novamente aqui, pode-se atribuir esse resultado ao não fornecimento de um *feedback* estruturado, para os diversos níveis de abrangência das necessidades dos pacientes como o biomédico, afetivo e o sociofamiliar, por parte dos professores, aos alunos do GM. Aqui vale lembrar dos fatores concorrentes para a prática da empatia citados anteriormente, muito presentes nos ambientes assistenciais dedicados ao atendimento da pessoa idosa, como a sobrecarga cognitiva, administrativa e de demandas afetivas. Observa-se que, tanto o estudante demonstra dificuldade no manejo de todos estes fatores, provavelmente devido à sua pouca experiência prática, como também os docentes, que precisam lidar com os problemas assistências reais presentes nestes ambientes e ainda fornecer suporte aos estudantes nestes diversos níveis do conhecimento.

Em relação às características das reflexões realizadas pelos estudantes durante o preenchimento do MES, os dados demonstraram que em 95,2% dos mapas a escrita dos estudantes demonstrou a presença de *transposição imaginária*, ou seja, os alunos se colocaram no lugar do paciente, e que 93,2% das reflexões continham elementos de *ressonância corporal*, indicando que a história do paciente afetou o estudante. Estes dados são congruentes com os observados no estudo de Sousa *et al.* (2021), ao avaliar o efeito do uso do MES em

um cenário de ensino não assistencial, onde os autores avaliaram as características das reflexões fornecidas pelos estudantes após a leitura de vinhetas clínicas durante atividades de grupos tutoriais.

Neste estudo, os autores encontraram que 95,7% das reflexões dos estudantes apresentavam características de *transposição imaginária* e a *ressonância corporal* foi observada em 72,8% dos mapas. Em nosso estudo o percentual de *ressonância corporal* foi ainda maior, talvez reflexo de uma atividade com a presença real do paciente e não através de vinhetas. Nossos dados confirmaram a observação de Sousa *et al.* (2021), em relação à capacidade do MES estimular as reflexões sobre os sentimentos do estudante, caso estivesse no lugar do paciente, despertando o componente emocional da empatia, fundamental para a tomada de perspectiva.

A respeito da abrangência das reflexões no MES, referentes às necessidades dos pacientes (quadrante 2), como no estudo de Sousa *et al.* (2021), observou-se que a maioria dos estudantes tem um maior foco na identificação das necessidades relacionadas às questões biomédicas. Um percentual menor considerou as necessidades afetivas (19,9%) e o contexto social (28,8%). Dados semelhantes foram observados em relação à preocupação empática (quadrante 4), onde novamente há predomínio da identificação de questões biomédicas (74,7%) e menos elementos relacionados às questões afetivas (32,2%) e de contexto social (18,5%).

Apesar das necessidades de o contexto social do paciente terem sido identificadas em 28,8% das reflexões no MES e apontadas como elemento de preocupação empática em 18,5% dos mapas, a lista final dos problemas dos pacientes, sinalizados pelos estudantes, aponta questões de contexto social em apenas 3,75% das vezes. Fatores presentes no ensino ambulatorial, como a sobrecarga cognitiva e administrativa, angústia empática e a necessidade de *feedback*, possam dificultar que o estudante efetue a transposição das percepções constatadas durante o atendimento em intenção de conduta, ou seja, o aluno não conseguiu passar da reflexão para a ação.

A empatia autorrelatada foi avaliada neste estudo através da JSPE-Br, sendo aplicada ao final das atividades ambulatoriais do período letivo. O nosso estudo não evidenciou efeito do MES no escore de empatia dos alunos e encontramos valores elevados para o escore geral da empatia em toda a amostra de estudantes, sem diferença em relação ao grupo que trabalhou

com o MES ou não. No entanto, a subescala relacionada à capacidade de colocar-se no lugar do outro apresentou valores medianos, também em ambos os grupos.

Esses dados são muito semelhantes ao que Sousa *et al.* (2021) encontraram, ao aplicar a JSPE-Br a um grupo de estudantes que refletiu com o MES, após a leitura de vinhetas clínicas. No entanto, no estudo Sousa *et al.* (2021), a escala foi aplicada no início e ao final da pesquisa, sendo constatado que os valores da JSPE-Br já se encontravam elevados desde o início do estudo e, portanto, dificilmente seria possível identificar um efeito das intervenções realizadas. Em nosso estudo a JSPE-Br não foi avaliada no início da pesquisa, portanto não há como avaliar se houve aumento destes escores ou apenas manutenção dos níveis previamente elevados.

Os resultados obtidos com a escala JSPE-Br são muito variáveis na literatura, mas diversos estudos encontraram valores semelhantes aos demonstrados no presente estudo. Caires (2019), aplicou a escala JSPE-Br em estudantes de medicina de uma instituição privada brasileira ao longo de toda a graduação. Seus resultados mostraram que os escores de empatia eram elevados em toda a amostra de estudantes e que não havia diferença nos escores entre os períodos estudados, não tendo sido observado a queda dos escores de empatia ao longo da graduação.

Outros estudos internacionais demonstraram que os níveis de empatia começam a cair no terceiro ano, quando os alunos encontram os pacientes pela primeira vez (ADAMS *et al.*, 2002). Soma-se a isso, o desafio do ensino na geriatria, cujo cuidado ao idoso é caracterizado por uma maior complexidade e vulnerabilidade dos pacientes à eventos adversos, mesmo para médicos experientes.

Curioso o fato de os estudantes apresentarem níveis elevados para o escore geral da empatia, mas apresentarem níveis medianos na subescala da capacidade de colocar-se no lugar do outro, afinal, a empatia pressupõe a habilidade de se colocar no lugar do outro. No estudo de Sousa *et al.* (2021), os autores relataram que os fatores relacionados a essa subescala foram considerados residuais na escala original de Jefferson e podem apresentar baixo fator discriminatório (SOUSA *et al.*, 2021).

Importante salientar que, uma vez que a empatia possui uma dimensão cognitiva e outra emocional, a dimensão cognitiva é passível de mensuração por escalas, no entanto, a dimensão

emocional, exatamente aquela que mobiliza o cuidado compassivo, é mais difícil de ser avaliada e pode ser influenciada por fatores culturais e características próprias do indivíduo. Para análise da dimensão emocional, métodos qualitativos tem maior potencial de contribuição, sendo preciso considerar ainda que, por ser uma escala de autorrelato, a JSPE-Br está sujeita à propensão que algumas pessoas possuem para fornecer respostas socialmente aceitáveis e negar uma associação pessoal às respostas socialmente não valorizadas (RIBAS JR.; MOURA; HUTZ, 2004). Este fato pode comprometer a veracidade dos resultados da pesquisa, como em nosso estudo, quando se trata de estudantes em momento formal curricular, trabalhando com seus professores.

No estudo de Braga *et al.* (2019), os autores mensuraram por meio da pergunta: “Nos últimos 12 meses, você se sentiu vítima de algum tipo de discriminação?”, cinco possibilidades de resposta: “quando você procurou atendimento médico ou de saúde?”; “nos convívios?”; “no local de trabalho?”; “dentro da família?”; “devido ao local onde mora?”. Os participantes que responderam sim para qualquer um dos cinco domínios foram codificados como tendo relatado uma experiência de discriminação.

Os dados utilizados foram do Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro (ELSI-Brasil), realizado em 2015/2016, com indivíduos com 50 anos ou mais. Os autores concluíram que a prevalência de qualquer discriminação percebida entre os idosos foi de 16,8%, independentemente de a área de moradia ser zona urbana ou rural. Os serviços de saúde foram apontados como o domínio mais comum onde ocorreram experiências de discriminação, significativamente maior entre os moradores urbanos quando comparados aos rurais, sem relação com características sociodemográficas, estado de saúde e ambiente social do bairro. O desfecho foi significativo associado à cor da pele, escolaridade e estado de saúde.

A educação médica deve ter como objetivo influenciar positivamente as atitudes dos futuros profissionais de saúde em relação aos idosos, para garantir a prestação de cuidados de qualidade ao paciente. O preconceito em relação aos idosos que existe em nossa sociedade, segrega os indivíduos com base em sua idade. Portanto, as intervenções educacionais são uma ótima oportunidade para promover mudanças e desenvolver empatia nos alunos, principalmente no cuidado ao idoso (DRICKAMER *et al.*, 2006).

Por último, em relação à percepção dos estudantes quanto ao MES, os alunos julgaram a ferramenta útil para o aprendizado e de fácil aplicação, consumindo pouco esforço cognitivo.

Interessante a constatação que 88,6% dos estudantes relataram que a reflexão através do MES contribuiu para mudança na percepção que tinham em relação ao atendimento da pessoa idosa. Desta forma, futuros estudos podem explorar o uso desta ferramenta associada a outras estratégias educacionais como forma de potencializar o desenvolvimento da empatia em estudantes de medicina.

Motta e Aguiar (2007) ressaltam a importância de novas práticas curriculares para o desenvolvimento de atitudes e habilidades úteis para atenção em saúde de boa qualidade. Profissionais com formação para atuar junto ao processo de envelhecimento, com redução dos preconceitos, o desenvolvimento precoce do trabalho colaborativo em equipe e a inserção de alunos em atividades com responsabilidade crescente para que reforcem a compreensão da importância de cada profissional na construção da integralidade na atenção à saúde dos idosos.

Nosso estudo apresenta importantes contribuições para a compreensão do desenvolvimento da empatia nas profissões da saúde. Trata-se do primeiro estudo desenvolvido com o MES em cenário de ensino assistencial real em geriatria.

O MES utilizado neste contexto, com o aluno em contato direto com o paciente, seus familiares e/ou cuidadores, foi capaz de estimular reflexões sobre os próprios sentimentos do estudante, caso estivesse no lugar do paciente, despertando o componente emocional da empatia. O MES capturou nuances que não seriam identificados através de escalas de autorrelatos, comumente utilizadas nos estudos de empatia.

A possibilidade de refletir os próprios sentimentos é um componente fundamental para a tomada de perspectiva e pode favorecer o interesse para o cuidado. Soma-se a isso, o desafio do ensino na geriatria, cujo cuidado ao idoso é caracterizado por uma maior complexidade e maior vulnerabilidade dos pacientes à eventos adversos, mesmo para médicos experientes. O estudo aponta, aos professores e instituições de ensino, as dificuldades encontradas pelos alunos para lidar com esta importante habilidade socioafetiva, a empatia.

Para o desenvolvimento da empatia, além do treinamento da habilidade da tomada de perspectiva, é necessário o fornecimento de suporte ao estudante, para que seja capaz de lidar com a complexidade cognitiva, administrativa e afetiva existentes nos ambientes de atenção à

saúde. O professor deve oferecer ao aluno estratégias e *feedback* que favorecem o desenvolvimento no aluno da resiliência empática, da autocompaixão e do autocuidado.

Uma limitação do estudo é o fato de ter sido realizado em uma única instituição e apenas na disciplina de geriatria. Desta forma não é possível extrapolar os resultados para outros contextos e cenários da prática médica.

Outra limitação se refere à pouca oportunidade na utilização da ferramenta pelos alunos (cada aluno preencheu em torno de quatro mapas ao longo do experimento), reduzindo o potencial efeito da ferramenta educacional. Além disso, percebeu-se que alguns alunos copiaram as reflexões dos quadrantes do mapa do colega, o que pode ter diminuído o efeito da intervenção, pois nestes casos não houve reflexão para o preenchimento do instrumento, comprometendo os resultados encontrados.

Importante salientar que, apesar dos professores não terem interferido nas reflexões dos estudantes e em suas listas de problemas, não é possível avaliar o quanto suas reflexões, discussões e comportamentos externados durante a prática ambulatorial, possam ter influenciado nos resultados. Apesar de se acreditar se tratar de grupos de pacientes semelhantes, não houve um controle das características clínicas e psicológicas dos pacientes, familiares e/ou cuidadores que foram atendidos em ambos os grupos do estudo.

Por fim, apesar da JSPE ser a escala mais utilizada na mensuração da empatia do aluno, ela é passível de críticas. A JSPE é um questionário de autorrelato, que alguns críticos apontam estar sujeito a viés, pois os participantes podem responder de acordo com o que consideram traços desejáveis e não de forma objetiva. Apesar dessas preocupações, e entendendo que a empatia é dependente da experiência percebida do participante, a JSPE é a medida mais viável e econômica (ARCHER; TURNER, 2019).

## 8 CONCLUSÃO

O MES promoveu reflexões nos estudantes a respeito de seus próprios sentimentos e dos pacientes. No entanto, ficou evidente a dificuldade que os estudantes demonstraram para transpor suas reflexões em intenções de cuidados, que considerem todas as dimensões das necessidades dos pacientes: biomédica, afetiva e sociofamiliar. Em geral, observou-se uma atenção direcionada mais às questões biomédicas, para todos os grupos, independente do exercício de reflexão com o MES.

Estes dados explicitam a complexidade do ensino em cenários assistenciais reais, especialmente em geriatria, onde os estudantes necessitam manejar adequadamente os componentes cognitivos biomédicos, administrativos e ainda ser capaz de relacionar os aspectos afetivos e sociofamiliares presentes no atendimento.

Ao compararmos os níveis de empatia, ao final da disciplina, e ao número de problemas listados, entre alunos que utilizaram e aqueles que não utilizaram o MES, não houve diferença entre os grupos. Provavelmente, para o desenvolvimento da empatia em cenários reais, será necessário que os estudantes sejam capacitados para o enfrentamento e proteção pessoal da sobrecarga afetiva e cognitiva presentes nos ambientes assistências, de modo a aprimorar sua resiliência empática.

Os estudantes consideraram o MES uma ferramenta útil para o aprendizado, de fácil aplicação e que contribuiu para mudança na percepção em relação ao atendimento da pessoa idosa. Estudos futuros devem explorar novas estratégias de uso dessa ferramenta e principalmente métodos de fornecimento de suporte afetivo e *feedback* durante as práticas em cenários reais. Mudanças pedagógicas são necessárias para fomentar a empatia e enfrentar barreiras impostas por preconceitos aos idosos.

As crenças etárias podem ser substituídas por um entendimento de que as pessoas mais velhas têm histórias para compartilhar e são capazes de viver vidas produtivas e de contribuição na sociedade. O aprendizado deve ser centrado na atenção integral à saúde do idoso com empatia, reflexão de atitudes e ações, melhor compreensão de populações diferentes, para dissipar estereótipos e promover uma maior consciência do valor dos idosos.

## **9 APLICABILIDADE DO PROJETO**

O projeto mostrou-se inserido em um contexto de extrema importância devido ao envelhecimento populacional e da necessidade de melhoria da formação médica no cuidado e respeito aos idosos. A ferramenta utilizada, o MES, é de fácil aplicabilidade, baixo custo e mostrou-se útil no ensino dos princípios da geriatria ao resgatar o sentido de cuidado integral, ajudando o aluno refletir sobre os aspectos biomédicos, comportamentos psicoativos e as relações sociais do indivíduo. Ser empático é uma característica extremamente desejável para se estabelecer uma boa relação médico-paciente, aumentando a adesão e a efetividade da proposta terapêutica e passível de ser ensinada.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, W. L. *et al.* Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard? **The Gerontologist**, Cary, v. 42, n. 6, p. 835-842, 2002.
- ARCHER, E.; TURNER, R. Measuring empathy in a group of South African undergraduate medical students using the student version of the Jefferson Scale of Empathy. **African journal of primary health care & family medicine**, Tygervalley, v. 11, n. 1, p. e1–e5, 2019. DOI: doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1956. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1956>. Acesso em: 23 mar. 2022.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinki**. Helsinki, 1964. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>. Acesso em: 09 set. 2018.
- AUSTIN, E. J. *et al.* A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. **Medical Education**, Oxford, v. 41, n. 7, p. 684-689, 2007.
- BAJOUK, O.; HANSENNE, M. Dispositional Perspective-Taking and Empathic Concern modulate the impact of cognitive load on empathy for facial emotions. **Psychological reports**, Louisville, v. 122, n. 6, p. 2201-2219, 2019.
- BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de escolas médicas do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 349-356, 2019.
- BERNARD, M. A. *et al.* An evaluation of a low-intensity intervention to introduce medical students to healthy older people. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 51, n. 3, p. 419-423, 2003. DOI: doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51119.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12588589/>. Acesso em: 23 out. 2021.
- BERRY, P. From detached concern to empathy: umanizing medical practice. **BMJ: British Medical Journal**, London, v. 323, n. 7325, p. 1373, 2001.
- BLUNDELL, A. Undergraduate teaching in geriatric medicine: the role of national curricula. **Gerontology & Geriatrics Education**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 75-88, 2009. DOI: doi.org/10.1080/02701960802690324. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19214848/>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- BOISSY, A. *et al.* Communication skills training for Physicians improves patient satisfaction. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 31, n. 7, p. 755-761, 2016. DOI: doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26921153/>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- BRAGA, L. S. *et al.* Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). **BMC Geriatrics**, London, v. 19, n. 1, p. 67, 2019.
- BRASIL, V. J. W.; BATISTA, N. A. O ensino de geriatria e gerontologia na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 3, p. 344-351, 2015.

BRATSBURG, H. M. Digital commons at Buffalo state creative studies graduate student Master's projects international center for studies in creativity: empathy maps of the four sight preferences. **International Center for Studies in Creativity**, [S.l.], 2012. Disponível em: <https://digitalcommons.buffalostate.edu/creativeprojects/176/>. Acesso em: 14 out. 2021.

CAIRES, V. V. **Análise da empatia no estudante de medicina da Faculdade de Medicina – Unifenas-BH ao longo da graduação**. 2019. 51f. Dissertação (Programa de Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2019.

CANÇADO, P.; MOURA, E. P.; PEIXOTO, J. O efeito do mapa da empatia em saúde no comportamento empático médico percebido pelo paciente. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.14, n. 2, p. 261-270, 2021.

CHAMBERS, S.; BROSNAN, C.; HASSELL, A. Introducing medical students to reflective practice. **Education for primary care**, Abingdon, v. 22, n. 2, p. 100-105, 2011

DECETY, J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. **The American journal of medicine**, New York, v. 133, n. 5, p. 561-566, 2020.

DERKSEN, Frans *et al.* Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 63, n. 606, p. 76-84, 2013. DOI: [doi.org/10.3399/bjgp13X660814](https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23336477/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

DRICKAMER, M. A. *et al.* Perceived needs for geriatric education by medical students, internal medicine residents and faculty. **Journal of general internal medicine**, Secaucus, v. 21, n. 12, p. 1230-1234, 2006. DOI: [doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00585.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00585.x). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17105521/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

DUCKE, P.; COHEN, D. N. Using a geriatric mentoring narrative program to improve medical student attitudes towards the elderly, **Educational Gerontology**, [S.l.], v. 35, n. 10, p. 857-866, 2009.

DYER, 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. DOI: [doi.org/10.5195/jmla.2018.518](https://doi.org/10.5195/jmla.2018.518). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30271295/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

EIKELAND, Hanne-Lise *et al.* The physician's role and empathy - a qualitative study of third year medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 14, p. 165, 2014. DOI: [doi.org/10.1186/1472-6920-14-165](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-165). Disponível em: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-165>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ELEAZER, G. P. *et al.* Preparing medical students to care for older adults: the impact of a Senior Mentor Program. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 81, n. 4, p. 393-398, 2006. DOI: [doi.org/10.1097/00001888-200604000-00015](https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00015). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16565194/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ENGELBREKTSSON, H. **Empathic Distress: the dark side of caring?** 2020 48f. Projeto (Graduação em Neurociências Cognitiva) – University of Skovde, Skovde, 2020. Disponível em: <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:1454529/FULLTEXT01.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

FRAGKOS, K. C.; CRAMPTON, P. E. S. The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 95, n. 6, p. 947-957, 2020. DOI: [doi.org/10.1097/ACM.0000000000003058](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003058). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31688037/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FUCHS, T. Levels of empathy-primary, extended, and reiterated empathy. *In*: LUX, V.; WEIGEL, S. (ed.). **Empathy: epistemic problems and cultural-historical perspectives of a cross-disciplinary concept**. London: Springer Nature, 2017. p. 27-47.

GELHAUS, Petra. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. **Medicine, health care, and philosophy**, Dordrecht, v. 15, n. 2, p. 103-113, 2012. DOI: [doi.org/10.1007/s11019-011-9366-4](https://doi.org/10.1007/s11019-011-9366-4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22160990/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

GOELDLIN, A. O. *et al.* Effects of geriatric clinical skills training on the attitudes of medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 14, p. 233, 2014. DOI: [doi.org/10.1186/1472-6920-14-233](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-233). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25342579/>. Acesso em: 23 nov. 2021.

GRAY, D. **Force field analysis**. Games for Exploring: [S.l.], 2010. Disponível em: <https://gamestorming.com/force-field-analysis/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

HARRISON, K. Compassion fatigue: understanding empathy. **The Veterinary clinics of North America**, Philadelphia, v. 51, n. 5, p. 1041-1051, 2021. DOI: [doi.org/10.1016/j.cvsm.2021.04.020](https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2021.04.020). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34218949/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

HIRAOKA, D.; NOMURA, M. The influence of cognitive load on empathy and intention in response to infant crying. **Science Report**, [S.l.], v. 6, p. 28247, 2016. DOI: [doi.org/10.1038/srep28247](https://doi.org/10.1038/srep28247). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/srep28247>. Acesso em: 15 mar. 2022.

HEDLEY, P.; PATHY, M. S. Attitudes towards the care of the aged and to a career with elderly patients among students attached to a geriatric and general medical firm. **Age and Ageing**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 196-202, 1982.

HEMMERDINGER, J. M.; STODDART, S. D.; LILFORD, R. J. A systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC Medical Education**, London, v. 7, p. 24, 2007. DOI: [doi.org/10.1186/1472-6920-7-24](https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17651477/>. Acesso em: 23 abr. 2022.

- HOJAT, M. *et al.* Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **The American journal of psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 9, p. 1563-1569, 2002.
- HOJAT, M. *et al.* Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. **Seminars in Integrative Medicine**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 25-41, 2003.
- HOJAT, M. *et al.* An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical education**, Oxford, v. 38, n. 9, p. 934-941, 2004.
- HOTCHKISS, J. T.; LESHER, R. Factors predicting burnout among chaplains: compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress. **J Pastoral Care Counsel**, Kutztown, v. 72, n. 2, p. 86-98, 2018.
- LAURENCE, Z. R. *et al.* Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. **Geriatrics Society**, [S.l.], v. 39, p. 8-16, 1991. DOI: doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1832179/>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- LOSASSO, A. A. *et al.* Enhancing student empathetic engagement, history-taking, and communication skills during electronic medical record use in patient care. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 92, n. 7, p. 1022-1027, 2017.
- LUCCHETTI, A. L. G. *et al.* Experiencing aging or demystifying myths? - impact of different "geriatrics and gerontology teaching strategies in first year medical students. **BMC Medical Education**, London, v. 17, n. 1, p. 35, 2017. DOI: doi.org/10.1186/s12909-017-0872-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178954/>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- MARTÍNEZ-ARNAU, F. M. *et al.* Interventions to improve attitudes toward older people in undergraduate health and social sciences students. A systematic review and meta-analysis. **Nurse education today**, Edinburgh, v. 110, p. 105269. 2022. DOI: doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105269. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35063781/>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- MENDEZ, A. *et al.* Ageist no more: interprofessional training for undergraduate healthcare students. **Geriatrics Basel**, Switzerland, v. 7, n. 1, p. 17, 2022.
- MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 52 Sup. p. 9-12, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12389763/>. Acesso em: 15 out. 2021.
- MODI, J. N. *et al.* Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. **Indian Pediatrics**, New Delhi, v. 53, n. 6, p. 497-504, 2016.
- MORSE, J. M. *et al.* Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? **Image--the journal of nursing scholarship**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 273-280, 1992.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. N. competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MOURA E. P. *et al.* Estratégias atuais utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. e6374, 2021. DOI: doi.org/10.25248/reas.e6374.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6374>. Acesso em: 15 jan. 2022.

OLIVEIRA, M. R. *et al.* A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 1383-1394, 2016.

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, p. 73, 2012. DOI: doi.org/10.1186/1472-6920-12-73. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-73>. Acesso em: 13 fev. 2022.

PATEL, S. *et al.* Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. **PloS one**, San Francisco, v. 14, n. 8, p. e0221412, 2019. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0221412. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31437225/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PEIXOTO, J. M.; MOURA, E. P. Health Empathy Map: creation of an instrument for empathy development. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 01, p. e029, 2020. DOI: doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190151.ING. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5KH4T7mFJw6bR4gfz5nkGxz/abstract/?lang=en&format=html>

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

PERNI, S. *et al.* Moral distress and burnout in caring for older adults during medical school training. **BMC Medical Education**, London, v. 20, n. 84, 2020. DOI: doi.org/10.1186/s12909-020-1980-5. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-1980-5>. Acesso em: 15 nov. 2021.

POHONTSCH, N. J. *et al.* Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. **BMC Medical Education**, London, v. 18, n. 231, p. 1-9, 2018. DOI: doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1335-7>. Acesso em: 16 dez. 2021.

RAKEL, David *et al.* Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. **Patient education and counseling**, Limerick, v. 85, n. 3, p. 390-397, 2011.

RIBAS JR, R. C.; MOURA, M. L. S.; HUTZ, C. S. Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 83-92, nov. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712004000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 1 abr. 2022.

ROCHA, F. S.; OLIVEIRA, P. C.; GARDENGHI, G. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 170, 2017.

ROSS, L.; JENNINGS, P.; WILLIAMS, B. Improving health care student attitudes toward older adults through educational interventions: A systematic review. **Gerontology and geriatrics education**, London, v. 39, n. 2, p. 193-213, 2018.

RUSSEL, J. A.; FERNANDEZ-DOLS, J. M. **The psychology of facial expression**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

SAMRA, R. *et al.* Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 61, n. 7, p. 1188-1196, 2013.

SELMAN, R. L. The development of interpersonal competence: the role of understanding in conduct. **Developmental Review**, [S.l.], v. 1, n. 4, p. 401-422, 1981. DOI: [doi.org/10.1016/0273-2297\(81\)90034-4](https://doi.org/10.1016/0273-2297(81)90034-4). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1982-27979-001>. Acesso em: 24 jan. 2022.

SMITH, K. E.; NORMAN, G. J.; DECETY, J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. **Medical Education**, Oxford, v. 51, n. 11, p. 1146-1159, 2017. DOI: [doi.org/10.1111/medu.13398](https://doi.org/10.1111/medu.13398). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28884471/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SOARES, F.; BUARQUE, D. Análise do ensino sobre saúde do idoso em um curso de medicina. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 11, n. 23, p. 118-130, jan./abr. 2019.

SOUSA, L. U. R. *et al.* The health Empathy Map as an instrument of reflection in a non-care teaching scenario. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 04, p. e195, 2021. DOI: [doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210224.ING](https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210224.ING). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/hnVtGNhZWhXDZsQ99dWNpP/abstract/?lang=en>. Acesso em: 25 jan. 2022.

SPIRO, H. What is empathy and can it be taught? **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 116, n. 10, p. 843-846, 1992.

STUCK, A. E.; STEVE, I. Comprehensive geriatric assessment for older adults. **BMJ Clinical Research**, London, v. 343, p. e6799, 2011. DOI: [doi.org/10.1136/bmj.d6799](https://doi.org/10.1136/bmj.d6799). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28898390/>. Acesso em: 14 dez. 2021.

TAVARES, H. F. *et al.* Fatores associados à Síndrome de Burnout em acadêmicos de medicina: **O Mundo da Saúde**, [S.l.], v. 44, p. 280-289, 2020.

TELIO, S.; AJJAWI, R.; REGEHR, G. The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 90, n. 5, p. 609-614, 2015.

THURLINGS, M. *et al.* Toward a model of explaining teachers' innovative behavior: a literature review. **Review of Educational Research**, [S.l.], v. 85, n. 3, p. 430-471, 2015.

USHERWOOD, T. **Understanding the consultation: evidence, theory and practice**. Oxford: Oxford University Press, 1999.

VAN WINKLE, L. J.; FJORTOFT, N.; HOJAT, M. Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. **American journal of pharmaceutical education**, [S.l.], v. 76, n. 1, p. 9, 2012. DOI: doi.org/10.5688/ajpe7619. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22412208/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

VARKEY, P.; CHUTKA, D. S.; LESNICK, T. G. The Aging Game: improving medical students' attitudes toward caring for the elderly. **Journal of the American Medical Directors Association**, New York, v. 7, n. 4, p. 224-229, 2006. DOI: doi.org/10.1016/j.jamda.2005.07.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16698508/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

WALDROP, D. *et al.* Empathy in dentistry: how attitudes and interaction with older adults make a difference. **Gerontology & geriatrics education**, London, v. 37, n. 4, p. 359-380, 2016. DOI: doi.org/10.1080/02701960.2014.993065. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25495912/>. Acesso em: 23 out. 2021.

WILLIAMS, B. *et al.* Empathy levels among first year Malaysian medical students: an observational study. **Advances in medical education and practice**, Auckland, v. 5, p. 149-156, 2014. DOI: doi.org/10.2147/AMEP.S58094. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035026/>. Acesso em: 14 out. 2021.

WÜNDRICH, M. *et al.* Empathy training in medical students - a randomized controlled trial. **Medical Teacher**, London, v. 39, n. 10, p. 1096-1098, 2017.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

- Nome:
- E-mail:
- Sexo: ( ) FEM ( ) MASC
- Idade: ( ) anos
- Raça: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Negro
- Reside com idoso (>60anos): ( ) SIM ( ) NÃO
- Renda familiar: ( ) até 5 mil ( ) > 5 mil
- Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) União Estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo
- Tem filhos: ( ) SIM ( ) NÃO
- Especialidade pretendida: ( ) geriatria ( ) outros
- Escola de origem: ( ) Privada ( ) Pública
- Possui bolsa: ( ) SIM ( ) NÃO
- Tem trabalho remunerado: ( ) SIM ( ) NÃO
- Tem outro curso superior na saúde concluído: ( ) SIM ( ) NÃO
- Possui passatempo: ( ) SIM ( ) NÃO CITAR QUAL(IS):
- Apresenta doença crônica: ( ) SIM ( ) NÃO
- Reside com familiar com doença crônica ( ) SIM ( ) NÃO

## APÊNDICE B – TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### DADOS DA PESQUISA

**Título da Pesquisa:** **DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA NO ESTUDANTE DE MEDICINA NA DISCIPLINA DE GERIATRIA DA UNIBH**

**Professor Orientador:** Dr. José Maria Peixoto

**Coorientadora:** Eliane Perlatto

**Pesquisador:** Juliana Montijo Vasques

**Endereço:** Rua Santa Rita Durão 41, apartamento 503, Funcionários. BH– MG

**Telefone de Contato:** Telefone: (31) 99184-4296

**Email:** [julianamvasques@gmail.com/jmpeixoto.prof@gmail.com/](mailto:julianamvasques@gmail.com/jmpeixoto.prof@gmail.com)  
elianeperlatto@gmail.com

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e ou outras pessoas de sua confiança. Caso seja necessário, alguém lerá e gravará a leitura para o(a) senhor(a).

Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante.

### 1. Informações da pesquisa

**2.1. Justificativa da pesquisa:** Poucos estudos demonstram intervenções educacionais para melhorar a atitude e habilidade dos estudantes de medicina em relação aos pacientes idosos. Estratégias que favoreçam um aumento da empatia dos estudantes, em relação ao cuidado dos idosos, podem influenciar positivamente nas atitudes dos estudantes em relação aos idosos, preparando-os para atender melhor as necessidades desta população. Neste contexto, conhecer o impacto da utilização do Mapa da Empatia em Saúde, no cenário do atendimento geriátrico na graduação médica, poderá embasar estratégias curriculares que visem preparar o estudante para o atendimento integral ao idoso.

**2.2. Objetivo da pesquisa:** Avaliar a influência do uso do Mapa da empatia no aumento dos níveis de empatia, nos alunos do oitavo período, ao longo da disciplina de geriatria da Unibh. Comparar os níveis de empatia no início e no final da disciplina de geriatria.

Comparar os níveis de empatia ao final da disciplina, entre alunos que utilizaram e aqueles que não utilizaram o Mapa da Empatia em Saúde.

Avaliar a relação entre fatores sociodemográficos e a influência do uso do Mapa da Empatia em Saúde.

Avaliar a percepção do estudante sobre o esforço e utilidade para a aprendizagem do uso do Mapa da Empatia em saúde, durante o atendimento.

**2.3. Metodologia:** Trata-se de um estudo experimental, quantitativo, controlado, que será conduzido por meio de questionário sociodemográfico, da Escala de Jefferson e do Mapa da Empatia em Saúde.

A população do estudo será os estudantes regulares do oitavo período do curso de medicina da Unibh, na disciplina de geriatria. A pesquisa será realizada durante os meses de agosto a novembro de 2021.

O projeto ocorrerá ao longo da disciplina de Geriatria do oitavo período e os alunos que concordarem em participar serão divididos em dois grupos. No início do semestre, os alunos de ambos os grupos preencherão um questionário sociodemográfico e a Escala de Jefferson. Este preenchimento será online, no horário mais conveniente para o aluno, e terá duração prevista de 20 minutos. Ao longo das atividades da disciplina os alunos irão realizar a análise dos casos clínicos atendidos utilizando diferentes estratégias, conforme o grupo ao qual foi alocado. Esta análise ocorrerá ao final de cada atendimento, no horário regular da disciplina. Ao final do semestre, os alunos preencherão novamente, também em formato online, a Escala de Jefferson.

**2.4. Riscos e desconfortos:** Com relação ao preenchimento dos questionários, existe o risco baixo relacionado a constrangimento e cansaço durante o preenchimento do questionário. Para se evitar tais desconfortos, você poderá responder o questionário em um local que lhe agrade, com o tempo que for necessário e poderá interromper seu preenchimento a qualquer momento caso seja necessário. Existe também risco baixo associado quebra de confidencialidade. Para minimizar esse risco, será retirado do banco de dados utilizado na análise todas as informações que permitam a identificação do participante.

**2.5. Descrição dos benefícios da pesquisa:** Este projeto não prevê benefício direto a você. O benefício é indireto e está associado ao avanço no conhecimento na área educacional. Os resultados podem ser úteis para ajudar a repensar maneiras de atender ao idoso.

**2.6. Privacidade e Confidencialidade:** Os seus dados serão analisados em conjunto com outros estudantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum estudante sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio pelos quais os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

**2.7. Acesso aos resultados:** Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que eles possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

**2.8. Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo:** A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso você se recuse a participar deste estudo você receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. Você também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento.

**2.9. Garantia de Ressarcimento:** Você não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, você não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. Você tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

**2.10. Garantia de indenização:** Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido (a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

**3. ACESSO AO PESQUISADOR:** 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:

**3.1. Pesquisadora:** Juliana Montijo Vasques

Endereço: Rua Santa Rita Durão 41/503, Funcionários, BH – MG

E-mail: julianamvasques@gmail.com

**3.2 Orientador:** Dr. José Maria Peixoto

Telefone: (31) 99689-9007

Endereço: R. Hermínio Guerra, 75, Itapuã. Belo Horizonte - MG

E-mail: jmpeixoto.prof@gmail.com

**4. ACESSO A INSTITUIÇÃO:** Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável por ela, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

**Comitê de Ética - UNIFENAS:**

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Telefone: (35) 3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

**Comitê de Ética – UNIBH**

Av. Prof. Mário Werneck, 1685, Estoril, Belo Horizonte – MG

Telefone: (31) 3319-9423

E-mail: cep@unibh.br

### 5. CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos 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. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. 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 deles, sempre preservando minha identidade.

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

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino ( ) não declarado

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ cep: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 6. DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

		Assinatura Dactiloscópica	
Voluntário		Voluntário	Representante Legal
Representante Legal			
Pesquisador Responsável			

TESTEMUNHA (para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – Escala Jefferson de Empatia Médica

**Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:**

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um x; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um x a opção correta)

**Discordo fortemente** **concordo fortemente**

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.

1 2 3 4 5 6 7

2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.

1 2 3 4 5 6 7

3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.

1 2 3 4 5 6 7

5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.

1 2 3 4 5 6 7

6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.

1 2 3 4 5 6 7

8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.

1 2 3 4 5 6 7

9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.

1 2 3 4 5 6 7

10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.

1 2 3 4 5 6 7

11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.

1 2 3 4 5 6 7

12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.

1 2 3 4 5 6 7

13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.

1 2 3 4 5 6 7

14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.

1 2 3 4 5 6 7

15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.

1 2 3 4 5 6 7

16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.

17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.

1 2 3 4 5 6 7

18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.

1 2 3 4 5 6 7

19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.

1 2 3 4 5 6 7

20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico. □

1 2 3 4 5 6 7

**A compaixão:** questões 1+8+11+12+14+19

**A capacidade de se colocar no lugar do outro:** questões 3+6+7+18

**A tomada de perspectiva:** questões 2+4+5+9+10+13+15+16+17+20

## ANEXO B - Mapa da Empatia em Saúde

### Mapa da Empatia em Saúde

Estudante: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_  
 Pessoa atendida (Iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

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

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

**2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras?** [Tomada de Perspectiva]



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

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

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

  
Alegria

  
Tristeza

  
Medo

  
Surpresa

  
Raiva

  
Indiferença

Fonte: Peixoto e Moura (2020)

**ANEXO C - Avaliação do uso do Mapa da Empatia em Saúde**

- Como você avalia o esforço que precisou fazer para preencher o Mapa da Empatia em Saúde? (1-nenhum esforço até 5-excessivo esforço);
- Avalie o quanto o preenchimento do Mapa da Empatia em Saúde contribuiu para seu aprendizado da empatia durante o atendimento ambulatorial ao idoso. (1-não contribuiu até 5-contribuiu de maneira essencial);
- Você acredita que o uso do Mapa da Empatia em Saúde mudou sua percepção do atendimento ao idoso? (sim ou não);
- Se ocorreram mudanças na sua percepção no atendimento ao idoso, descreva-as abaixo.

**ANEXO D - Lista de Problemas****Ambulatório de Geriatria – Unibh**

Estudante:

Período:

Prof (a):

Pessoa atendida (iniciais):

Idade:

Gênero:

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

**Instruções: Após realizar o atendimento desta pessoa responda o que se pede:****Informe a lista de problemas desta pessoa que você acabou de atender****Qual desses problemas na sua opinião mais preocupa esta pessoa neste momento**

## ANEXO E - Exemplo de Mapa da Empatia em Saúde com a lista de problemas preenchido pelo aluno

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

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

*Estaria contente por estar evoluindo, digis, melhorando a hipertensão*

2. Qual a sua percepção das necessidades e desejos desta pessoa, atuais e futuras? [Tomada de Perspectiva]

*Ficar bem e ter uma longevidade saudável*

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

*Me sinto feliz em poder ajudá-la.*

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

*Fazendo um atendimento de qualidade, valorizando a história da paciente, suas queixas, sinais e sintomas.*

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

Alegria Tristeza Medo Surpresa Raiva Indiferença

Informe a lista de problemas desta pessoa que você acabou de atender

*Diabetes, HAS, Dislipidemia, demência, diminuição da acuidade visual auditiva (tipo 2), anemia ferropriva, colelitomias, hipertensão portal, etc.*

Qual desses problemas, na sua opinião, mais preocupa esta pessoa neste momento?

*A demência.*