

UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTÔNIO VELANO – UNIFENAS
BRUNO BRANDÃO DIAS FERREIRA PINTO

**EMPATIA CLÍNICA E ATITUDES DIANTE DO ENVELHECIMENTO: UM
ESTUDO COM ESTUDANTES DE MEDICINA**

BELO HORIZONTE-MG
2025

BRUNO BRANDÃO DIAS FERREIRA PINTO

EMPATIA CLÍNICA E ATITUDES DIANTE DO ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO
COM ESTUDANTES DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em
Ensino em Saúde da Universidade Professor Edson Antônio
Velano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura
Coorientador: Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte-MG
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Pinto, Bruno Brandão Dias Ferreira.

Empatia clínica e atitudes diante do envelhecimento: um estudo com estudantes de medicina. [Manuscrito] / Bruno Brandão Dias Ferreira Pinto. – Belo Horizonte, 2025.
84 f.

Orientadora: Eliane Perlatto Moura.

Coorientador: Rodrigo Ribeiro dos Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Professor Edson Antônio Velano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2025.

1. Educação Médica. 2. Idosos. 3. Estudantes de medicina. I. Pinto, Bruno Brandão Dias Ferreira. II. Universidade Professor Edson Antônio Velano. III. Título.

CDU: 61:378

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6 - 2404



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Araújo Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Danniel Ferreira Coelho

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Marcus Vinícius Guarizo Cremonese

Supervisora do Câmpus

Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Aloísio Cardoso Júnior

Certificado de Aprovação

**EMPATIA CLÍNICA E ATITUDES DIANTE DO ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO
COM ESTUDANTES DE MEDICINA**

AUTOR: Bruno Brandão Dias Ferreira Pinto

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

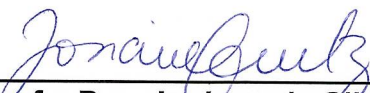
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Profa. Dra. Aline Cristina D'ávila Souza



Profa. Dra. Josiane da Silva Quetz

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2025

Prof. Dr. Aloísio Cardos Júnior
Coordenador do Mestrado Profissional
Ensino em Saúde
UNIFENAS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial meus pais e minha esposa, pelo apoio incondicional para o término deste projeto.

À minha orientadora Dra. Eliane Perlatto Moura, pela oportunidade e disponibilidade em compartilhar o conhecimento e me ajudar a encontrar uma temática importante e interessante dentro da saúde do idoso. Ao coorientador Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos, por me fazer compreender e pensar “fora da caixinha” nas reuniões que fizemos.

Aos meus estimados colegas de Mestrado, por deixarem essa caminhada mais leve e divertida. E, finalmente, aos meus alunos e ex-alunos que colaboraram com as respostas do questionário para que a realização deste estudo fosse possível.

Dedico esta dissertação aos meus professores, em especial Dra. Mariana Lyra Corte Real, que me fizeram enxergar a Medicina com outros olhos após a descoberta da Geriatria, à minha esposa Gabriela Braga, que sempre me incentivou a melhorar, e ao amigo Dr. Carlos Eduardo Resende Sampaio, incentivador da carreira docente que pretendo seguir.

“A discriminação por idade é tão prejudicial quanto o racismo e o sexismo, afetando oportunidades, autoestima e qualidade de vida.”
(World Health Organization, 2021)

RESUMO

Introdução: O envelhecimento progressivo da população brasileira impõe desafios significativos à formação médica e ao sistema de saúde. As transformações demográficas e epidemiológicas exigem uma capacitação profissional capaz de atender às demandas específicas da população idosa, por meio de uma abordagem ampliada de saúde que transcenda a perspectiva restrita à senilidade. **Objetivo:** Investigar a relação entre a atitude dos estudantes de Medicina frente à população idosa com a empatia clínica e fatores sociodemográficos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, conduzido por meio de questionários autorrespondidos em estudantes brasileiros do curso de Medicina, de escolas públicas e privadas. **Resultados:** Os resultados obtidos na Escala de Empatia revelaram altos níveis de empatia global entre os participantes. Entre os domínios avaliados, a atenção empática apresentou as maiores medições, superando significativamente a compreensão empática. A avaliação das atitudes em relação ao idoso indicou uma postura mais próxima da neutralidade. Entre os domínios, o de relações sociais apresentou o menor escore, sugerindo uma atitude mais positiva dos estudantes em relação à inserção e ao convívio social dos idosos. A análise das correlações entre as dimensões da empatia e as atitudes em relação ao idoso revelou associações estatisticamente significativas, ainda que de magnitude fraca, envolvendo a compreensão empática, especialmente em estudantes que optaram por especialidades clínicas. No domínio da cognição das atitudes em relação ao idoso, observou-se uma diferença estatisticamente significativa conforme a origem do ensino médico: estudantes de escolas públicas demonstraram atitudes menos positivas do que os de escolas privadas. **Conclusão:** Os achados desse estudo apontam para a necessidade de revisar e fortalecer as estratégias educacionais voltadas à formação ética, empática e socialmente comprometida com a pessoa idosa, valorizando tanto o conhecimento técnico quanto a escuta, o vínculo e a superação do preconceito etário no contexto da prática médica contemporânea. Conhecer o perfil atitudinal dos estudantes e sua relação com a empatia clínica pode subsidiar estratégias pedagógicas eficazes, orientadas não apenas à aquisição de conhecimentos, mas à formação integral do futuro médico.

Palavras-chave: educação médica; atitude; idoso; etarismo; estudante de medicina; empatia.

ABSTRACT

Introduction: The progressive aging of the Brazilian population imposes significant challenges on training of medical professionals and the healthcare system. Demographic and epidemiological transformations require professional training capable of meeting the specific needs of the elderly population through a broader health approach that transcends a perspective restricted to senility. **Objective:** To investigate the relationship between medical students' attitudes towards the elderly population and clinical empathy and sociodemographic factors. **Methods:** This is a cross-sectional quantitative study, conducted through a self-administered questionnaires among Brazilian medical students from both public and private universities. **Results:** The results obtained from the Brazilian Scale of Clinical Empathy revealed high levels of overall empathy among participants. Among the evaluated domains, empathic concern showed the highest scores, significantly surpassing empathic understanding. The assessment of attitudes toward the elderly indicated a stance closer to neutrality. Among the domains, social relations had the lowest score, suggesting a more positive attitude of students regarding the social inclusion and the interaction with the elderly. The analysis of correlations between empathy dimensions and attitudes toward the elderly revealed statistically significant associations, although of weak magnitude, involving empathic understanding, especially among students who chose clinical specialties. In the cognition domain of attitudes toward the elderly, a statistically significant difference was observed according to the origin of medical education: students from public schools demonstrated less positive attitudes than those from private schools. **Conclusion:** The findings of this study point to the need to review and strengthen educational strategies aimed at ethical, empathic, and socially committed training with elderly individuals, valuing both technical knowledge and listening skills by building rapport and overcoming age prejudice in the context of contemporary medical practice. Understanding students' attitudinal profiles and their relationship with clinical empathy can support effective pedagogical strategies, oriented not only toward knowledge acquisition but also toward the holistic training of future physicians.

Keywords: medical education; attitude; elderly; ageism; medical student; empathy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Componentes da Atitude.....	19
FIGURA 2 – Componentes da empatia clínica	24

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Caracterização dos estudantes de acordo com o perfil sociodemográfico.....	35
TABELA 2 –	Avaliação da empatia clínica e da atitude em relação ao idoso de estudantes de Medicina.....	38
TABELA 3 –	Avaliação da relação entre as dimensões da empatia e dimensões das atitudes em relação ao idoso.....	39
TABELA 4 –	Avaliação da influência do perfil sociodemográfico nas dimensões da empatia (versão reduzida).....	40
TABELA 5 –	Avaliação da influência do perfil sociodemográfico nas dimensões das atitudes em relação ao idoso (versão reduzida).....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
EBEC	Escala Brasileira de Empatia Clínica
JSPE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	MARCO TEÓRICO.....	15
2.1	Etarismo: repercussões sociais e na prática clínica.....	15
2.2	Atitudes.....	16
2.2.1	Atitudes em relação ao idoso.....	16
2.2.2	Atitudes: conceito e mensuração.....	17
2.2.3	Importância da atitude em relação ao idoso no cuidado de saúde.....	19
2.2.4	Hipótese do contato e das atitudes em relação ao idoso.....	21
2.3	Empatia.....	22
2.3.1	Empatia clínica.....	22
2.3.2	Implicações da empatia no ensino da saúde.....	25
2.3.3	Empatia clínica no atendimento ao idoso.....	26
2.3.4	O papel da empatia na formação dos estudantes de Medicina.....	27
2.3.5	Mensuração da empatia clínica.....	28
2.4	Correlação entre empatia e atitudes.....	29
3	PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.....	31
3.1	Introdução.....	33
3.2	Metodologia.....	36
3.3	Resultados.....	36
3.3.1	Caracterização da amostra.....	36
3.3.2	Avaliação da empatia clínica dos estudantes em relação ao idoso.....	38
3.3.3	Avaliação da atitude dos estudantes em relação ao idoso.....	39
3.3.4	Correlação entre as dimensões da escala de atitude em relação ao idoso e as dimensões da escala de empatia clínica observadas em estudantes de Medicina.....	39

3.3.5	Avaliação das características sociodemográficas na empatia clínica, em estudantes de Medicina.....	40
3.3.6	Avaliação das características sociodemográficas na atitude em relação ao idoso, em estudantes de Medicina.....	42
3.4	Discussão.....	43
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES.....	62
	ANEXOS.....	66

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, com o aumento da expectativa de vida, as discussões sobre o envelhecimento passaram a receber atenção nas produções científicas. Nesse sentido, o crescimento da população idosa no Brasil representa um desafio significativo para a educação médica e o sistema de saúde (Kleiner; Kokubun; Bauer, 2022). Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, o número de pessoas com 65 anos ou mais cresceu 57,4% em doze anos, passando de 7,4% da população em 2010 para 11,6% em 2022, o que corresponde a mais de 22 milhões de idosos no país (Brasil, 2023a; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023). O índice de envelhecimento, que expressa a relação entre o número de idosos e o de crianças de 0 a 14 anos, subiu de 30,7 para 55,2 no mesmo período, evidenciando uma transformação demográfica sem precedentes. Estimativas indicam que, por volta de 2031, a população idosa deve superar a de crianças, e que em 2060 mais de um quarto dos brasileiros terá 60 anos ou mais, configurando um dos processos de envelhecimento mais acelerados do mundo (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Esse cenário impõe desafios crescentes às políticas de saúde, previdência e cuidado, demandando reorganização da Rede de Atenção à Saúde e fortalecimento das ações de proteção social voltadas a esse grupo etário (Escorsim, 2021).

Dessa forma, a rápida mudança nos padrões demográficos e de saúde pode não estar sendo acompanhada por uma formação médica que contemple as necessidades específicas desse grupo populacional. Isso amplia as demandas em serviços, pesquisa e políticas públicas, exigindo investimentos na formação de recursos humanos, e requer que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados com o idoso estejam preparados para realizar pesquisas sobre as características da velhice, buscar os determinantes do envelhecimento saudável e divulgar estratégias de prevenção da doença e da incapacidade. Essa preparação requer uma abordagem que valorize a manutenção da autonomia e do controle da própria vida pelos idosos (Neri, 2004).

O preconceito contra a idade, nomeado de “etarismo” por Robert Butler (1969), é um fenômeno multidimensional. Suas manifestações se refletem em atitudes que envolvem componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (Eagly; Chaiken, 1993). Esse tipo de discriminação, geralmente naturalizado, é socialmente aceito sem grandes contestações. Apesar do envelhecimento populacional global, o etarismo é menos estudado do que outras formas de preconceito (Silva; Souza; Aires, 2022).

Quando presentes entre profissionais da saúde, atitudes idadistas impactam negativamente a qualidade do cuidado, resultando em condutas discriminatórias como

subdiagnóstico, exclusão de tratamentos e comunicação inadequada (San-Martín-Gamboa *et al.*, 2023). Estereótipos internalizados contribuem para esse processo: jovens absorvem visões negativas dos idosos, que moldam suas autopercepções com o passar do tempo (Kotter-Gruhn; Hess, 2012; Levy, 2001). Dessa forma, o etarismo compromete o desenvolvimento e a expressão da empatia clínica, uma vez que estereótipos negativos em estudantes associa-se a menores níveis de empatia cognitiva e afetiva, sugerindo que o preconceito internalizado atua como barreira relacional (Martínez-Arnau *et al.*, 2022).

A empatia, por sua vez, é definida como a capacidade de compreender adequadamente os estados internos do paciente. Envolve dimensões afetivas, como a habilidade de compartilhar emoções, e cognitivas, como a tomada de perspectiva e o entendimento dos pensamentos e sentimentos do outro (Hojat *et al.*, 2002). Tim Usherwood (1999) propôs que, no contexto clínico, a empatia envolve também o componente comportamental, ou seja, uma ação empática que se materializa no encontro entre profissional e paciente.

No ensino médico, o desenvolvimento da empatia é uma competência essencial, de modo que atividades que promovem o contato significativo com idosos contribuem para reduzir o etarismo e fomentar o engajamento dos estudantes nas temáticas do envelhecimento (Van Winkle; Fjortoft; Hojat, 2012). É necessário formar médicos com uma visão holística da pessoa idosa, considerando suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Carvalho; Hennington, 2015).

A empatia, nesse contexto, é ferramenta fundamental para uma abordagem integral. Nesse sentido, conhecer a atitude dos estudantes de Medicina frente à velhice, bem como sua relação com a empatia clínica, torna-se relevante para fundamentar estratégias curriculares que desmistifiquem a senescência e valorizem o cuidado humanizado à pessoa idosa.

Dessa forma, o presente estudo propõe investigar, a partir da aplicação de escalas, a relação entre atitude frente ao idoso e empatia clínica em estudantes de Medicina brasileiros, utilizando instrumentos validados nacionalmente: *Escala de Atitudes em Relação à Velhice* (Neri, 1991) e *Escala Brasileira de Empatia Clínica* (Generoso *et al.*, 2024), além da relação dessas atitudes e empatia clínica com fatores sociodemográficos. Trata-se de uma proposta inovadora no cenário acadêmico nacional, dado que até o momento foram encontrados poucos estudos que tenham analisado conjuntamente esses dois construtos no contexto da formação médica.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Etarismo: repercussões sociais e na prática clínica

Introduzido por Robert Butler (1969), o etarismo descreve o conjunto de estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias baseadas na idade, que operam tanto no nível individual quanto estrutural. Apesar de frequentemente naturalizado, constitui uma das formas mais disseminadas de discriminação nas sociedades contemporâneas. Burnes *et al.* (2019) confirmam que o etarismo está disseminado em contextos culturais e institucionais, exercendo impacto mensurável sobre atitudes, comportamentos e políticas públicas voltadas à população idosa, e permanece uma das formas de preconceito mais aceitas e menos contestadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o etarismo como um problema global de saúde pública. O *Global Report on Ageism* indica que uma em cada duas pessoas no mundo manifesta atitudes etaristas, com efeitos adversos na saúde física, mental e social dos idosos. Entre as repercussões descritas, destacam-se o isolamento, a perda de autoestima e o aumento da vulnerabilidade frente a doenças crônicas e ao declínio funcional (World Health Organization, 2021).

Em revisão sistemática, São José *et al.* (2019) demonstram que o preconceito etário se expressa tanto em atitudes explícitas, como a recusa de tratamentos com base na idade, quanto em formas implícitas, mais sutis e automáticas, associadas à comunicação infantilizada, à desvalorização das queixas do idoso e à sua exclusão de decisões sobre o próprio cuidado. Esse padrão reforça o que Maximiano-Barreto, Luchesi e Chagas (2019) também identificaram em profissionais e estudantes da saúde: a presença de atitudes negativas implícitas, capazes de influenciar o comportamento clínico e perpetuar estereótipos mesmo na ausência de intenção discriminatória. Essas evidências reforçam a necessidade de investigar dimensões conscientes e inconscientes das atitudes em relação à velhice, especialmente na formação médica.

As repercussões sociais e simbólicas do etarismo também se refletem na formação das representações sobre a velhice. Conforme Lytle e Levy (2019), as crenças negativas sobre o envelhecimento são aprendidas precocemente e internalizadas ao longo da vida, interferindo na maneira como as pessoas se relacionam com os idosos e percebem o próprio processo de envelhecimento. Esse mecanismo de aprendizagem social gera autoestigmatização e reduz expectativas de participação, autonomia e bem-estar, perpetuando um ciclo de desvalorização da velhice e da pessoa idosa.

Na prática clínica, os efeitos do etarismo são amplamente documentados. San-Martín-Gamboa *et al.* (2023) demonstram que atitudes discriminatórias entre estudantes e profissionais de saúde comprometem a qualidade do cuidado, levando a subdiagnósticos, exclusão de tratamentos e comunicação não centrada no paciente.

A mudança de atitudes etárias depende, portanto, de processos formativos e culturais, baseados na reflexão crítica e no contato significativo com o envelhecimento real. Wismann *et al.* (2024) evidenciam que a implementação de práticas *age-friendly* em sistemas acadêmicos de atenção primária só se sustentou quando acompanhada de transformações educacionais que valorizam o que importa para o idoso e reconhecem sua autonomia. Nessa mesma linha, Emery-Tiburcio *et al.* (2024), reforçam que o enfrentamento do etarismo requer competência profissional, sensibilidade ética e consciência da diversidade do envelhecimento. Dessa forma, é necessário que a sociedade, dada a elevada prevalência do etarismo nos seus diversos setores e com diferentes estratégias, reconheça este problema e implemente medidas para mitigá-lo.

Essas evidências revelam que o etarismo, ao influenciar percepções e condutas de estudantes e profissionais de saúde, repercute diretamente na qualidade do cuidado e nas relações interpessoais. A compreensão desse fenômeno requer o estudo das atitudes, entendidas como predisposições aprendidas que orientam o modo de pensar, sentir e agir diante de determinados grupos sociais. No contexto do envelhecimento, investigar as atitudes em relação ao idoso permite identificar os processos cognitivos e emocionais que sustentam comportamentos discriminatórios, explícitos ou sutis, observados na prática clínica e na formação médica. Nesse sentido, destaca-se o papel das universidades da área da saúde na formação de profissionais capazes de adotar atitudes e comportamentos positivos frente ao envelhecimento.

2.2 Atitudes

2.2.1 Atitudes em relação ao idoso

Diante das manifestações etaristas discutidas anteriormente, compreender as atitudes sociais em relação ao idoso torna-se fundamental para interpretar como crenças e emoções moldam comportamentos diante da velhice. Ao longo das últimas décadas, o envelhecimento populacional tem se intensificado de forma acelerada, tornando-se um dos maiores desafios sociais e de saúde pública do século XXI. No entanto, essa transformação demográfica não tem

sido acompanhada por uma mudança proporcional nas atitudes sociais em relação à pessoa idosa. Ainda é comum observar manifestações de etarismo, termo que designa o preconceito e a discriminação baseados na idade, que se expressam por meio de estereótipos negativos, desvalorização e exclusão dos idosos em diversos contextos sociais, inclusive no âmbito da saúde (World Health Organization, 2021). Essas atitudes não apenas comprometem o bem-estar e a autonomia dos indivíduos envelhecidos, mas também influenciam diretamente a forma como são atendidos por profissionais e futuros profissionais da saúde (Neri; Jorge, 2006).

A imagem das pessoas em relação aos idosos é multidimensional, sendo essencial investigar esta natureza multidimensional uma vez que permite examinar a complexidade da mudança de atitudes em relação aos idosos (Kusumastuti *et al.*, 2017). No contexto da saúde, atitudes negativas em relação ao idoso podem afetar o diagnóstico, o tratamento e a comunicação médico-paciente (San-Martín-Gamboa *et al.*, 2023), reforçando a necessidade de avaliar e transformar essas atitudes ainda durante a formação acadêmica.

Compreender e analisar as atitudes sociais diante do envelhecimento é, portanto, essencial para promover práticas mais equitativas, respeitosas e humanizadas, que reconheçam o idoso como sujeito de direitos e detentor de saberes e experiências significativas para a sociedade (Jardim; Medeiros; Brito, 2006).

2.2.2 Atitudes: conceito e mensuração

As atitudes podem ser compreendidas como predisposições aprendidas que orientam a resposta a determinados objetos, neste caso, à velhice, refletindo avaliações sintéticas e frequentemente expressas em dimensões bipolares. Essas atitudes não apenas influenciam e organizam o comportamento, como também o integram e modulam (Neri, 1991). Trata-se de crenças com forte carga avaliativa, cuja relevância tem sido cada vez mais reconhecida em pesquisas voltadas à promoção da saúde, especialmente diante das evidências que relacionam essas atitudes a comportamentos futuros e desfechos em saúde (Bryant *et al.*, 2012).

O conceito de atitude é central na psicologia social e nas ciências da saúde, sendo definido como uma predisposição aprendida que orienta o modo como o indivíduo pensa, sente e se comporta diante de um objeto social. Segundo Eagly e Chaiken (1993), as atitudes são compostas por três componentes interdependentes: cognitivo, que diz respeito às crenças e conhecimentos; afetivo, relacionado às emoções e sentimentos; e comportamental, que envolve a tendência a agir de determinada maneira em relação a um estímulo ou grupo social. Esse

modelo tripartite permite uma análise mais abrangente dos julgamentos e práticas sociais, sendo especialmente útil para investigar o preconceito etário, ou etarismo, que se refere à discriminação sistemática contra indivíduos com base na idade (Butler, 1969).

A atitude pode orientar a atenção e influenciar ações em relação às situações expostas. Nesse sentido, tal elemento conceitual não pode ser medido diretamente, mas inferido a partir de respostas declaradas, conscientes (atitude explícita) e atos inconscientes, respostas associativas e automáticas (atitude implícita) (Krosnick; Judd; Wittenbrink, 2005). Portanto, a mensuração de atitudes representa um desafio metodológico central nas ciências sociais, educacionais e da saúde, uma vez que se trata de um constructo psicológico de natureza subjetiva.

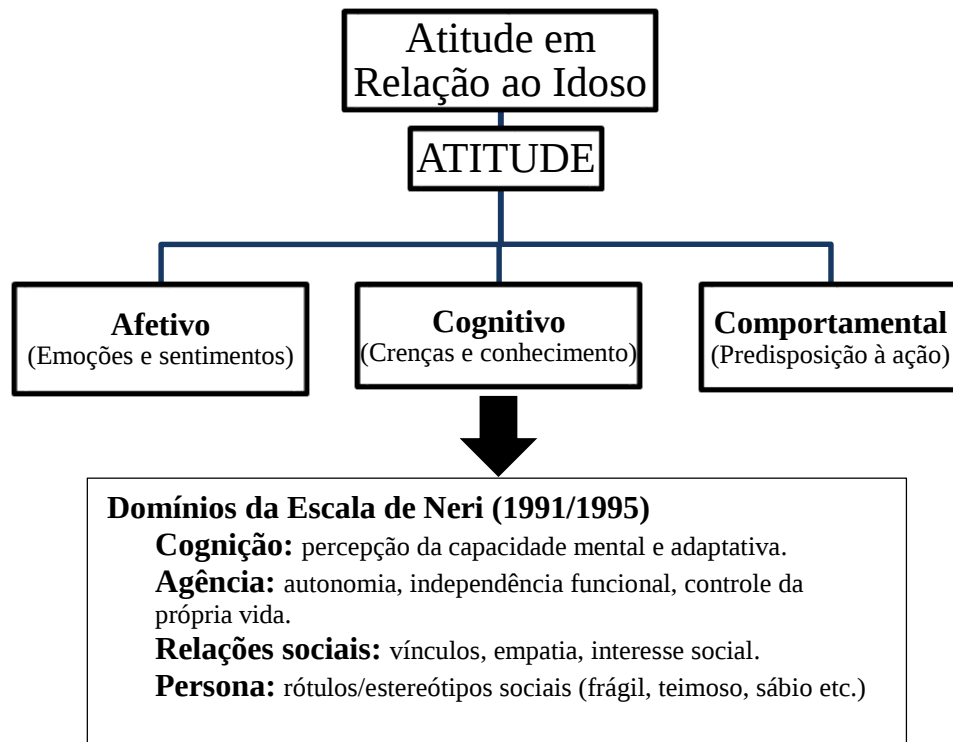
As principais estratégias utilizadas são a mensuração direta por meio de opiniões e a mensuração indireta por meio do comportamento. A abordagem mais comum em estudos de larga escala é a mensuração direta por meio de escalas de autorrelato, como as propostas por Thurstone, Likert e Osgood. A *Escala de Likert*, por exemplo, é amplamente utilizada por sua simplicidade e confiabilidade, permitindo aos participantes indicar o grau de concordância com afirmações relacionadas ao objeto de atitude (Likert, 1932). Já a *Escala de Diferencial Semântico*, desenvolvida por Osgood *et al.* (1957), avalia atitudes com base em pares de adjetivos opostos, explorando dimensões afetivas, avaliativas e comportamentais.

Diversas escalas são utilizadas para mensurar atitudes em relação à velhice. Internacionalmente, destacam-se a *Kogan's Attitudes Toward Old People Scale* (Kogan, 1961), a *Fraboni Scale of Ageism* (Fraboni *et al.*, 1990), a *Aging Semantic Differential* (Osgood *et al.*, 1957) e a *UCLA Geriatrics Attitudes Scale* (Reuben *et al.*, 1998), voltadas a estudantes e profissionais da saúde.

No Brasil, é amplamente empregada a *Escala de Atitudes em Relação à Velhice*, desenvolvida por Neri (1991, 1995), que propõe a análise de quatro domínios centrais: cognição, agência, relações sociais e persona (FIG. 1), que refletem representações multifacetadas do envelhecimento. O domínio da cognição refere-se à “capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social” dos idosos (Neri, 1991; 1995). O domínio da agência refere-se à autonomia, independência funcional e capacidade de realizar escolhas e de controlar a própria vida. Esse domínio capta atitudes que consideram se os idosos são vistos como sujeitos ativos ou passivos na tomada de decisões. Já o domínio das relações sociais avalia as crenças sobre a capacidade do idoso de estabelecer e manter relações interpessoais significativas, incluindo empatia, afeto e interesse social. Por último, o domínio persona abrange os rótulos sociais comumente usados

para designar ou discriminar pessoas idosas como frágeis, sábios, teimosos, invisíveis, entre outros — está diretamente relacionado ao imaginário social sobre o que é ser velho (Neri; Jorge, 2006).

FIGURA 1 – Componentes da Atitude



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

2.2.3 Importância da atitude em relação ao idoso no cuidado de saúde

Os cuidados de saúde costumam ser mais complexos e difíceis para adultos mais velhos do que para os mais jovens. Embora isso nem sempre seja declarado de forma explícita, pode influenciar, ao menos em parte, práticas e decisões clínicas que resultam em tratamento diferenciado. Exemplos incluem a omissão de rastreamentos em idosos, restrições etárias para transplantes, e a recusa em oferecer terapias inovadoras, de reabilitação ou de cuidados paliativos, quando indicados, em função de estereótipos relacionados à idade (Ayalon; Tesch-Römer, 2017).

A presença dos idosos na sociedade torna-se cada vez mais marcante, não apenas pelo aumento numérico dessa população, mas também pela melhoria relativa de suas condições de

vida, o que lhes confere maior visibilidade e protagonismo social, trazendo novos desafios à organização dos serviços de saúde e à estrutura de cuidados de longa duração (Peroni; Veríssimo; Shibata, 2020). Nesse contexto, observa-se que a ampliação da longevidade e da autonomia reforça o papel ativo do idoso nas decisões que envolvem sua saúde e sua participação social, reafirmando seu protagonismo como sujeito de direitos e de cidadania (Oliveira, 2021). Esse novo cenário impulsiona uma maior demanda por serviços especializados e leva profissões e instituições sociais a desenvolverem ou aprimorarem estratégias de atenção voltadas a esse grupo (Peroni; Veríssimo; Shibata, 2020; Oliveira, 2021).

Reconhece-se, assim, que investir na qualidade de vida na velhice não é apenas uma questão de justiça social, mas também uma medida estratégica para a sustentabilidade econômica da sociedade (Harper, 2014). A revisão de Nojomi *et al.* (2023) reforça que a formação em Geriatria pode modificar positivamente tanto as atitudes quanto o senso de competência profissional dos estudantes em relação ao cuidado com idosos. Isso impacta diretamente a qualidade da atenção oferecida à população idosa e a redução de estereótipos que comprometem o vínculo clínico.

No Brasil essas mudanças já se fazem notar na promulgação de leis e normas específicas de atendimento aos idosos, tais como o Estatuto do Idoso, em 2003, e a Política Nacional do Idoso, em 1996, e em providências advindas de vários setores da sociedade em relação a cuidar da saúde, promover a educação e a participação social e desenvolver profissionais ligados ao atendimento dos idosos (Brasil, 2003; 2006).

Nesse contexto, a pesquisa em educação gerontológica, especialmente aquela voltada à investigação das atitudes e crenças de estudantes universitários em relação à velhice, assume papel fundamental. Compreender esses mediadores do comportamento é essencial para analisar práticas sociais e acadêmicas, além de subsidiar a formulação de estratégias educacionais mais eficazes e sustentáveis a médio e longo prazo (Neri; Jorge, 2006). Ao identificar percepções e possíveis estereótipos, torna-se possível orientar intervenções pedagógicas que promoverão uma visão mais positiva e realista sobre o envelhecimento.

Segundo Neri e Jorge (2006), os programas educacionais devem colocar os estudantes em contato com os idosos, para que tenham experiências reais e pessoais com essa clientela e percebam a diversidade existente na população idosa e a heterogeneidade das experiências de envelhecimento, apresentando-lhes os pontos de convergência entre os processos de envelhecimento e desenvolvimento, para que possam desenvolver um apropriado corpo de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, tornando-os mais eficazes na formação de recursos para lidar com a velhice.

2.2.4 Hipótese do contato e das atitudes em relação ao idoso

A hipótese de contato proposta por Allport (1954) emerge como uma das abordagens mais relevantes para a compreensão da formação e transformação de atitudes intergrupais. Embora inicialmente centrada nas relações raciais e étnicas, o autor já apontava que, sob condições adequadas de interação interpessoal, o contato entre grupos distintos poderia não apenas favorecer a redução de preconceitos, mas também promover mudanças gerais de atitudes e ampliar a aceitação social de grupos estigmatizados.

A partir dessa perspectiva, Caspi (1984) expandiu o escopo da hipótese ao propor sua aplicação em interações intergeracionais, sugerindo que o contato entre indivíduos de diferentes faixas etárias poderia gerar efeitos similares àqueles observados em contextos raciais. Essa proposta teve impacto significativo no campo das ciências sociais, inaugurando uma linha de investigação centrada na análise das atitudes juvenis em relação à população idosa e demonstrando a validade da hipótese de contato além do contexto original.

Evidências recentes indicam que estratégias educacionais voltadas ao envelhecimento podem modificar positivamente as atitudes de estudantes da saúde. A meta-análise de Bäçer e Hisar (2024), que incluiu diferentes modalidades de intervenção, apontou maior impacto quando essas ações foram estruturadas de forma multicomponente e interativa, embora nem todas envolvessem contato direto com idosos ou momentos reflexivos formais.

Nesse sentido, evidências empíricas revelam que o contato, por si só, não garante mudanças positivas de atitudes. Revenson (1989) constatou que médicos com predominância de pacientes idosos em seus atendimentos tendiam a caracterizá-los como mais dependentes, menos eficazes e mais necessitados, o que reforça estereótipos negativos. Segundo Caspi (1984), interações desfavoráveis ou associadas a contextos de vulnerabilidade podem intensificar preconceitos, ao invés de mitigá-los.

Schwartz e Simmons (2001) reforçam que a qualidade da interação é determinante para a efetividade do contato: interações positivas, voluntárias e com idosos ativos são mais eficazes na redução de atitudes discriminatórias. Em contrapartida, profissionais que lidam exclusivamente com idosos doentes ou frágeis tendem a manter visões estigmatizadas. Assim, torna-se necessário que programas de intervenção que visem melhorar atitudes frente à velhice considerem cuidadosamente as condições em que ocorrem as interações.

Nojomi *et al.* (2023) também reforçam que programas com contato positivo e significativo com idosos, especialmente quando supervisionados e integrados ao currículo clínico, estão associados à melhoria das atitudes e à maior intenção dos estudantes em trabalhar

com Geriatria. A falta de exposição adequada, por outro lado, perpetua estereótipos e reduz o interesse pela área.

Nesse contexto, o modelo de saúde biopsicossocial surge como alternativa promissora. Ao contrário do paradigma biomédico, esse modelo favorece o contato precoce e diversificado com pacientes, promovendo empatia, compaixão, habilidades comunicacionais e desenvolvimento intelectual. Essa abordagem permite aos estudantes vivenciar os desafios da profissão e compreender a complexidade das histórias individuais desde os primeiros estágios da formação (Silva *et al.*, 2023).

A revisão de Maximiano-Barreto, Luchesi e Chagas (2019) corroboram essa hipótese, demonstrando por um lado que intervenções baseadas em contato positivo com idosos — tais como oficinas, visitas regulares a instituições e uso de vídeos ou imagens — também foram eficazes na redução de atitudes negativas implícitas. Por outro lado, experiências mal estruturadas ou centradas apenas na doença e fragilidade tendem a reforçar visões estigmatizantes.

Dessa forma, compreender as atitudes em relação ao idoso é essencial não apenas para reconhecer padrões de preconceito, mas também para refletir sobre as competências relacionais necessárias ao cuidado. Entre essas competências, destaca-se a empatia clínica, habilidade que integra compreensão cognitiva, e a resposta afetiva diante das experiências do paciente. A seguir, serão discutidas suas dimensões conceituais e o papel que desempenha na prática médica e na formação profissional.

2.3 Empatia

2.3.1 Empatia clínica

Conceitualmente, a empatia pode ser entendida como uma ação conjunta entre pensamento e comportamento. É o ato psicológico de se colocar no lugar do outro, considerando os aspectos cognitivo, emocional e motivacional (Silva *et al.*, 2023).

Alguns autores defendem que a empatia é um fenômeno predominantemente cognitivo (Eisenberg; Eggum; Giunta, 2010), enquanto outros afirmam que este é um processo primordialmente afetivo, com alguns componentes cognitivos (Barnett; Mann, 2013). A literatura tem considerado a empatia como um construto multidimensional, abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (Dawis, 1983; Falcone *et al.*, 2008).

A empatia era vista por Rogers (2001) não apenas como uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também como uma habilidade aprendida/desenvolvida que envolve o estabelecimento de vínculos cognitivo-afetivos entre duas ou mais pessoas, durante os quais alguém se permite, deliberadamente, sensibilizar-se e envolver-se com a vida privada de outros. Segundo o autor, a empatia não envolve somente uma resposta reflexa ao comportamento do outro, mas também uma habilidade que envolve vínculos afetivos e cognitivos entre duas pessoas, possibilitando sensibilizar-se e envolver-se com a vida privada do outro. Ainda, segundo Paiva *et al.* (2019), o componente afetivo é baseado em emoções, na capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros; já o componente cognitivo inclui a habilidade de deliberar sobre os estados emocionais de outras pessoas, diferindo do conceito de “simpatia”, que é predominantemente afetivo, envolvendo sentimentos de dor e/ou de sofrimento.

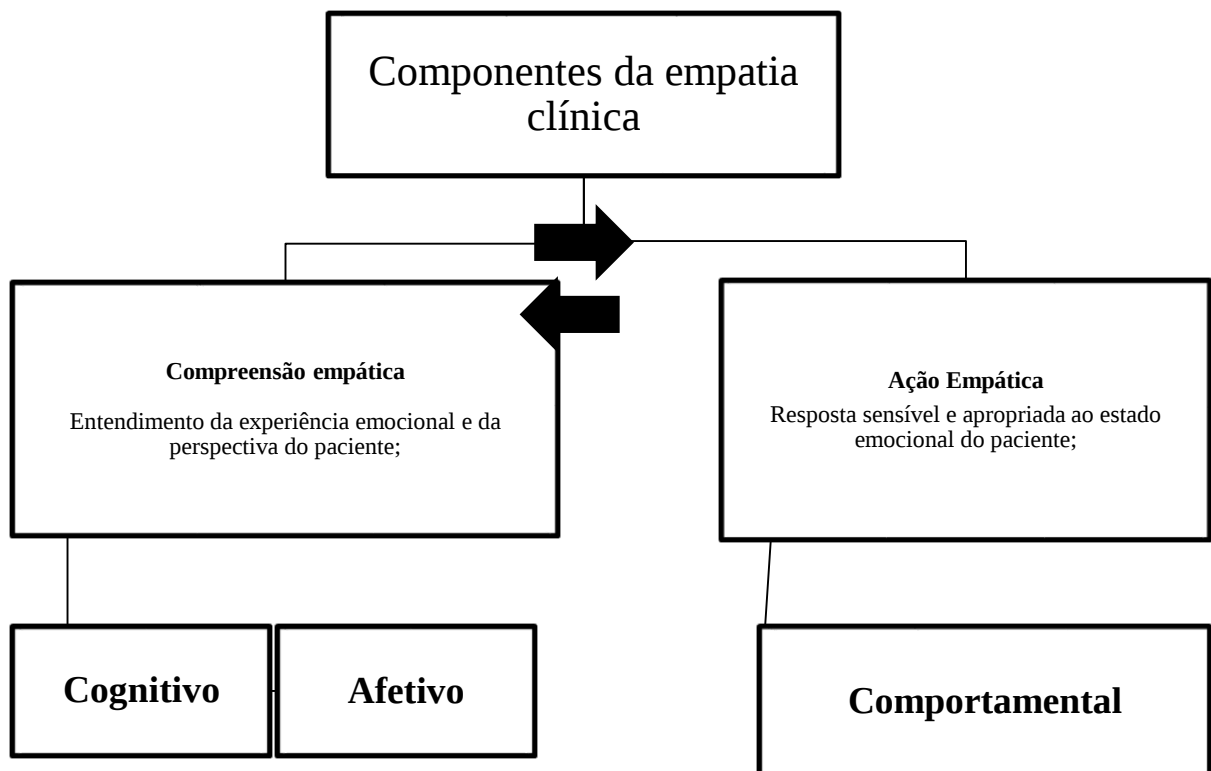
A empatia clínica (FIG. 2) é reconhecida como um dos pilares das habilidades relacionais essenciais à prática médica humanizada. Conceitualmente, ela pode ser compreendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, envolvendo a integração de aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, que permitem ao profissional de saúde compreender e responder adequadamente às necessidades emocionais e comunicativas do paciente (Silva *et al.*, 2023; Rogers, 2001). Rogers, um dos pioneiros na abordagem humanista, já destacava a empatia como uma competência que ultrapassa uma resposta reflexa, implicando envolvimento ativo e deliberado com a vivência do outro, a partir de uma escuta genuína e livre de julgamentos (Rogers, 2001; Sampaio *et al.*, 2008). Na prática clínica e na formação em saúde, a empatia tem sido concebida como um construto multidimensional, com pelo menos duas dimensões centrais: compreensão empática e atenção empática, também denominada por alguns autores como ação empática (Decety; Cowell, 2014; Generoso *et al.*, 2024).

A compreensão empática refere-se à capacidade do profissional de saúde de captar, interpretar e entender a experiência do paciente a partir de sua própria perspectiva. Envolve a tomada de perspectiva cognitiva, a escuta ativa e o reconhecimento dos estados emocionais comunicados verbal e não verbalmente (Hojat *et al.*, 2001). Essa dimensão está associada ao vínculo cognitivo-afetivo entre profissional e paciente, sendo um pré-requisito para uma prática centrada na pessoa, conforme preconiza a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Rogers. A dimensão tomada de perspectiva, na prática clínica, refere-se à capacidade do profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva, prestando atenção à comunicação não verbal e à linguagem corporal (Hojat *et al.*, 2001). Na formação médica, a compreensão empática favorece a construção de vínculos de confiança,

melhora a comunicação clínica e promove maior adesão ao tratamento, sendo considerada uma competência que pode — e deve — ser desenvolvida ao longo do curso (Paiva *et al.*, 2019).

A atenção empática (ação empática) vai além da compreensão, e refere-se à resposta comportamental apropriada e sensível ao sofrimento e às necessidades expressas pelo paciente. Trata-se da capacidade de agir de forma solidária e respeitosa, a partir do que foi compreendido. Envolve tanto a expressão verbal do cuidado (por exemplo, acolhimento, conforto, explicações claras) quanto a escolha de condutas clínicas que respeitam a individualidade e a autonomia do paciente (Falcone *et al.*, 2008; Halpern, 2003).

FIGURA 2 – Componentes da empatia clínica



Fonte: elaborado pelo autor, 2025.

2.3.2 Implicações da empatia no ensino da saúde

A empatia é considerada uma competência transversal à formação médica, sendo associada a melhores resultados clínicos, maior satisfação dos pacientes, redução do esgotamento profissional e melhoria na competência comunicacional (Hojat *et al.*, 2004; Decety; Cowell, 2014). Apesar disso, estudos indicam que a empatia tende a declinar ao longo do curso de Medicina, principalmente em razão da predominância do modelo biomédico tradicional e da exposição a ambientes clínicos desumanizados (Hojat *et al.*, 2004; Azcurra, 2011).

Nesse contexto, torna-se imprescindível promover estratégias pedagógicas que favoreçam tanto o desenvolvimento da empatia quanto a redução de atitudes estereotipadas em relação a populações vulneráveis, como os idosos. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que direciona a assistência ao idoso no Brasil, reforça a importância do ensino da saúde do idoso ainda nas graduações, e indicam a inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência (processo natural do envelhecimento) como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias. O modelo biomédico de Atenção à Saúde versa sobre seu enfoque na doença e nas práticas de cura e intervenção com fármacos e cirurgias, com restrita abordagem ao doente em sua integralidade e pouca ou inexistente compreensão das dimensões de prevenção e promoção da saúde no processo de cuidado. Considerando que esse modelo tem sido hegemônico, tanto no ensino quanto na assistência em saúde, nos indagamos sobre o ensino do cuidado com o idoso diante desse contexto, visto que o fazer médico se dá necessariamente na ordem da ação humana, e demanda tanto intervenções essencialmente técnicas quanto conhecimentos e habilidades relacionais e psicossociais (Rodrigues; Todaro; Batista, 2021).

Além disso, evidências demonstram que fatores contextuais, como qualidade de vida, fadiga e atitudes pró-sociais, afetam diretamente os níveis de empatia entre estudantes da área da saúde. Alunos que percebem maior prazer ao ajudar o próximo e apresentam melhor bem-estar subjetivo demonstram maiores níveis de empatia. Em contrapartida, níveis elevados de fadiga e autoimagem social narcisista estão relacionados à menor empatia, evidenciando a necessidade de abordagens educacionais que promovam autorreflexão, autocuidado e equilíbrio emocional ao longo da formação médica (Zdun-Ryżewska; Sobczak; Rudnik, 2022).

Portanto, a articulação entre compreensão empática e atenção empática é essencial para a formação de médicos capazes de exercer um cuidado mais sensível, respeitoso e ajustado às

necessidades da população idosa. A presença dessas dimensões no processo formativo pode, inclusive, funcionar como mediadora na construção de atitudes menos estereotipadas e mais humanizadas (Kaluf *et al.*, 2019).

Com isso, tem-se que a empatia está associada a melhores desfechos clínicos para os pacientes, à redução do esgotamento profissional entre médicos e ao aprimoramento da competência clínica. Diante desses benefícios, cresce o interesse em promover o desenvolvimento da empatia na prática médica (Ngo; Sokolovic; Jenkins, 2025). Entretanto, 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. Ainda, os estudantes se tornam mais céticos à medida que progridem no curso de Medicina, o que pode promover um declínio na empatia (Hojat *et al.*, 2004).

Como forma de responsabilidade social, o exercício da empatia constitui forte desafio ao aluno no dia a dia da prática clínica, pois o futuro profissional de saúde tem a empatia como habilidade a ser desenvolvida em seu processo de aprendizagem. O estabelecimento de relações empáticas foi percebido como uma necessidade no campo da saúde, já que todas as ações realizadas para os pacientes (orientar, informar, confortar ou atender) envolvem comunicação interpessoal (Silva *et al.*, 2023).

2.3.3 Empatia clínica no atendimento ao idoso

A empatia é um componente essencial na prática clínica, sendo uma habilidade fundamental para o cuidado adequado dos pacientes, especialmente em uma população que apresenta complexidade multifatorial como os idosos. Como um dos principais desafios da Geriatria, a interação médica com os idosos exige não apenas competências técnicas, mas também um alto nível de compreensão empática, uma vez que os pacientes mais velhos frequentemente enfrentam problemas de saúde crônicos, comorbidades e uma série de necessidades biopsicossociais (Stuck; Steve, 2011).

Os mitos sobre o envelhecimento, como a ideia de que os idosos são fracos ou menos capazes de mudar, muitas vezes obscurecem a percepção dos profissionais de saúde e alunos de Medicina, perpetuando atitudes negativas. A desmistificação desses estereótipos é fundamental para melhorar as atitudes dos futuros médicos. Os estudantes de Medicina, ao longo de sua formação, podem ser influenciados por essas visões simplistas, tornando o

aprendizado de atitudes empáticas crucial para a mudança de comportamentos (Lucchetti *et al.*, 2017).

O olhar para o idoso demanda uma concepção ampliada de saúde, que não tenha como horizonte normativo a patologia. Dessa forma, o etarismo entre estudantes de Medicina representa um obstáculo para o desenvolvimento da habilidade de empatia necessária aos cuidados do idoso (Azcurra, 2011).

As crenças sobre o envelhecimento têm sido associadas à falta de entendimento sobre as realidades que os idosos enfrentam, incluindo problemas físicos, psicológicos, sociais e culturais. Isso reflete uma falta de preparação por parte dos estudantes de Medicina para lidar com a complexidade do atendimento geriátrico, o que pode ser abordado de forma mais eficaz por meio de intervenções educativas focadas em experiências práticas e treinamento empático (Van Winkle; Fjortoft; Hojat, 2012).

2.3.4 O papel da empatia na formação dos estudantes de Medicina

A empatia, enquanto habilidade cognitiva e afetiva, é essencial para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes, especialmente quando se trata de pacientes idosos. Pesquisas indicam que, quando os alunos de Medicina são expostos a situações que exigem empatia, como o atendimento a idosos, eles tendem a ter uma percepção mais positiva dessa população, além de demonstrar maior disposição para adotar práticas mais humanizadas (Smith; Norman; Decety, 2017).

A construção da empatia não ocorre apenas através de intervenções teóricas, mas também pela vivência de experiências práticas, nas quais os alunos têm a oportunidade de refletir sobre seus sentimentos e atitudes em relação ao envelhecimento. A interação direta com os idosos, como demonstrado em vários estudos, facilita a mudança de atitude, superando o preconceito e promovendo um cuidado mais humano e compassivo (Samra *et al.*, 2013).

Uma revisão de escopo recente reforça essa perspectiva, destacando que treinamentos formais em empatia, quando bem planejados, são eficazes na melhoria de comunicação, escuta ativa e compreensão das emoções do paciente, e na formação da identidade profissional dos estudantes. A eficácia é ainda maior quando os programas utilizam múltiplas estratégias, como dramatizações, narrativas reflexivas, ensino interprofissional e simulações (Podhorecka *et al.*, 2022).

A formação de atitudes empáticas em estudantes de Medicina é um dos principais objetivos do ensino da saúde do idoso, especialmente porque muitos alunos entram em contato com essa população carregando preconceitos e visões estereotipadas. Para isso, as estratégias educacionais que incluem tanto a educação formal quanto a prática direta são essenciais. A literatura revela que intervenções educacionais focadas no treinamento empático têm mostrado resultados promissores, com a maioria dos estudos indicando mudanças positivas nas atitudes em relação aos idosos quando comparado àquelas intervenções focadas apenas no conteúdo teórico (Samra *et al.*, 2013).

2.3.5 Mensuração da empatia clínica

A empatia clínica é um constructo multifacetado, que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais — e, portanto, a sua mensuração exige instrumentos válidos e confiáveis.

O instrumento mais amplamente utilizado na literatura internacional é o *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE), desenvolvido por Hojat *et al.* (2001), especificamente para contextos clínicos. A escala avalia o componente cognitivo da empatia, isto é, a capacidade de compreender a perspectiva do paciente, por meio de 20 itens em formato Likert. Possui versões adaptadas para estudantes de Medicina, médicos residentes e profissionais em atividade, com diversas validações transculturais, inclusive para o português brasileiro (Costa *et al.*, 2017).

Há ainda a *Escala de Atitude Geriátrica* da UCLA e a *Pesquisa de Atitudes Maxwell-Sullivan*, que têm sido eficazes para capturar mudanças nas atitudes dos estudantes de Medicina em relação aos idosos. Estudos sugerem que, quando as intervenções educacionais incluem a construção de habilidades empáticas, é mais provável que os estudantes exibam uma mudança significativa em suas percepções e atitudes em relação aos pacientes idosos, o que melhora a qualidade do atendimento oferecido (Samra *et al.*, 2013).

No contexto brasileiro, destaca-se a *Escala Brasileira de Empatia Clínica* (EBEC), desenvolvida por Generoso *et al.* (2024), que foi construída com base na realidade sociocultural do país. A EBEC apresenta boa validade de constructo e estrutura bifatorial, avaliando aspectos afetivos e cognitivos da empatia em estudantes e profissionais da saúde, oferecendo uma alternativa contextualizada aos instrumentos internacionais.

A EBEC apresenta 21 itens distribuídos em dois domínios: compreensão empática e ação empática. O domínio da compreensão empática envolve vínculo cognitivo-afetivo. Já o

domínio da ação empática envolve componentes cognitivo-comportamentais. A relevância da EBEC está na maior abordagem dos componentes afetivos, quando comparada com a escala de Jefferson.

2.4 Correlação entre empatia e atitudes

Estereótipos, compreendidos como crenças generalizadas sobre os atributos de determinado grupo social, como os idosos, constituem construções sociais aprendidas e compartilhadas, frequentemente originadas tanto na educação formal quanto na informal. Essas crenças são reproduzidas nas práticas sociais cotidianas e se expressam de maneira particular no cuidado em saúde, influenciando percepções, julgamentos e condutas profissionais (Simião *et al.*, 2024). No contexto da formação em saúde, evidências indicam que esses estereótipos podem ser assimilados precocemente, muitas vezes de forma implícita, passando a integrar esquemas cognitivos que orientam o comportamento clínico futuro dos profissionais, mesmo na ausência de intenção discriminatória consciente (Ben-Harush *et al.*, 2016; São José *et al.*, 2019).

O preconceito etário, ou etarismo, é descrito na literatura como um fator que compromete a qualidade do cuidado ao reforçar uma visão reducionista, homogênea e patologizante do envelhecimento. Esse preconceito pode manifestar-se tanto por atitudes explícitas quanto por práticas sutis, como a desvalorização da queixa do idoso, a comunicação infantilizada ou decisões clínicas que não consideram adequadamente o potencial de recuperação, autonomia e participação do paciente idoso (São José *et al.*, 2019). Essas manifestações evidenciam que atitudes negativas não apenas moldam crenças, mas também influenciam diretamente o modo como o cuidado é ofertado.

Nesse cenário, a empatia clínica emerge como um constructo relacional central para a compreensão da interface entre atitudes e práticas de cuidado. Ao possibilitar a tomada de perspectiva e o reconhecimento da experiência subjetiva do outro, a empatia favorece a superação de estereótipos e amplia a escuta clínica, contribuindo para o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos, desejos e saberes. Dessa forma, a empatia pode atuar como um mecanismo psicológico capaz de atenuar vieses implícitos associados ao etarismo, promovendo interações clínicas mais sensíveis e centradas na pessoa.

Entre estudantes de Medicina, pesquisas indicam que níveis mais elevados de empatia, especialmente no componente cognitivo, estão associados a atitudes mais positivas frente à

velhice (Azcurra, 2011). A empatia cognitiva, ao envolver a capacidade de compreender a perspectiva do outro, parece facilitar a revisão de crenças estereotipadas e a construção de representações mais complexas e realistas sobre o envelhecimento. Nesse sentido, a empatia clínica permite que o estudante compreenda a experiência do paciente idoso em sua singularidade e desenvolva respostas mais adequadas e respeitosas, constituindo uma habilidade relacional fundamental para o cuidado centrado na pessoa (Sampaio; Sampaio, 2009).

Entretanto, o comportamento humano não se baseia exclusivamente em atitudes conscientes ou em predisposições afetivas positivas. Evidências apontam que a transformação de atitudes em condutas concretas depende da intencionalidade e do desejo deliberado de agir de forma empática. Conforme discutido por Meissner *et al.* (2019), o “gostar” ou o “avaliar positivamente” não implicam, necessariamente, o “querer” agir de determinada maneira. Assim, mesmo atitudes favoráveis e níveis elevados de empatia podem não se traduzir automaticamente em práticas clínicas empáticas, sobretudo em contextos marcados por pressão assistencial, sobrecarga emocional ou modelos de cuidado excessivamente automatizados.

Esses achados reforçam a compreensão de que a relação entre empatia e atitudes é dinâmica e mediada por fatores contextuais e formativos. Promover a empatia no ensino médico requer, portanto, mais do que a oferta de conteúdos teóricos sobre envelhecimento: torna-se necessário incorporar metodologias ativas, favorecer o contato significativo com idosos em diferentes contextos e desenvolver habilidades relacionais que integrem tanto a compreensão empática quanto a atenção empática. A presença articulada dessas dimensões no currículo médico pode atuar como mediadora na transformação das atitudes, favorecendo práticas mais humanizadas e menos estereotipadas no cuidado à população idosa (Kaluf *et al.*, 2019).

No contexto da formação médica, atitudes positivas frente à velhice favorecem a expressão da empatia clínica; por sua vez, o desenvolvimento da empatia pode atuar como mediador na transformação dessas atitudes, contribuindo para a construção de um cuidado mais ético, reflexivo e centrado na pessoa idosa.

3 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Atitudes frente à velhice e o desenvolvimento da empatia clínica na formação médica

RESUMO

Introdução: O envelhecimento progressivo da população brasileira impõe desafios significativos à formação médica e ao sistema de saúde. As transformações demográficas e epidemiológicas exigem uma capacitação profissional capaz de atender às demandas específicas da população idosa, por meio de uma abordagem ampliada de saúde que transcenda a perspectiva restrita à senilidade. **Objetivo:** Investigar a relação entre a atitude dos estudantes de Medicina frente à população idosa com a empatia clínica e fatores sociodemográficos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, conduzido por meio de questionários autorrespondidos em estudantes brasileiros do curso de Medicina, de escolas públicas e privadas. **Resultados:** Os resultados obtidos na Escala de Empatia revelaram altos níveis de empatia global entre os participantes. Entre os domínios avaliados, a atenção empática apresentou as maiores medições, superando significativamente a compreensão empática. A avaliação das atitudes em relação ao idoso indicou uma postura mais próxima da neutralidade. Entre os domínios, o de relações sociais apresentou o menor escore, sugerindo uma atitude mais positiva dos estudantes em relação à inserção e ao convívio social dos idosos. A análise das correlações entre as dimensões da empatia e as atitudes em relação ao idoso revelou associações estatisticamente significativas, ainda que de magnitude fraca, envolvendo a compreensão empática, especialmente em estudantes que optaram por especialidades clínicas. No domínio da cognição das atitudes em relação ao idoso, observou-se uma diferença estatisticamente significativa conforme a origem do ensino médico: estudantes de escolas públicas demonstraram atitudes menos positivas do que os de escolas privadas. **Conclusão:** os achados desse estudo apontam para a necessidade de revisar e fortalecer as estratégias educacionais voltadas à formação ética, empática e socialmente comprometida com a pessoa idosa, valorizando tanto o conhecimento técnico quanto a escuta, o vínculo e a superação do preconceito etário no contexto da prática médica contemporânea. Conhecer o perfil atitudinal dos estudantes e sua relação com a empatia clínica pode subsidiar estratégias pedagógicas eficazes, orientadas não apenas à aquisição de conhecimentos, mas também à formação integral do futuro médico.

Palavras-chave: educação médica; atitude; idoso; etarismo; estudante de Medicina; empatia.

ABSTRACT

Introduction: The progressive aging of the Brazilian population imposes significant challenges on training of medical professionals and the healthcare system. Demographic and epidemiological transformations require professional training capable of meeting the specific demands of the elderly population through a broader health approach that transcends a perspective restricted to senility. **Objective:** To investigate the relationship between medical students' attitudes towards the elderly population and clinical empathy and sociodemographic factors. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative study, conducted through a self-administered questionnaires among Brazilian medical students from both public and private universities. **Results:** The results obtained from the Brazilian Scale of Clinical Empathy revealed high levels of overall empathy among participants. Among the evaluated domains, empathic concern showed the highest scores, significantly surpassing empathic understanding. The assessment of attitudes toward the elderly indicated a stance closer to neutrality. Among the domains, that of social relations had the lowest score, suggesting a more positive attitude of students regarding the social inclusion and interaction of the elderly. The analysis of correlations between empathy dimensions and attitudes toward the elderly revealed statistically significant associations, although of weak magnitude, involving empathic understanding, especially among students who chose clinical specialties. In the cognition domain of attitudes toward the elderly, a statistically significant difference was observed according to the origin of medical education: students from public schools demonstrated less positive attitudes than those from private schools. **Conclusion:** The findings of this study point to the need to review and strengthen educational strategies aimed at ethical, empathic, and socially committed training with elderly individuals, valuing both technical knowledge and listening skills by building rapport and overcoming age prejudice in the context of contemporary medical practice. Understanding students' attitudinal profiles and their relationship with clinical empathy can support effective pedagogical strategies, oriented not only toward knowledge acquisition but also toward the holistic training of future physicians.

Keywords: medical education; attitude; elderly; ageism; medical student; empathy.

3.1 Introdução

O crescimento da população idosa no Brasil, impulsionado pelo aumento da expectativa de vida, impõe desafios significativos ao sistema de saúde e à formação médica (Kleiner; Kokubun; Bauer, 2022). Estudos apontam que estereótipos sobre o envelhecimento, frequentemente disseminados no ambiente educacional, são internalizados pelos estudantes, moldando percepções e condutas futuras (Simião *et al.*, 2024). Essas concepções podem ser assimiladas de forma implícita e influenciar o comportamento clínico, especialmente em contextos de alta demanda ou sob modelos assistenciais automatizados, nos quais atitudes positivas não necessariamente se traduzem em ações concretas (Ben-Harush *et al.*, 2016; São José *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a abordagem do envelhecimento nos currículos acadêmicos torna-se crucial e, para isso, é importante discriminar atitude e empatia clínica. O preconceito etário, definido como etarismo por Butler (1969), consiste em um fenômeno multidimensional que, quando presente entre profissionais da saúde, compromete a qualidade do cuidado. Atitudes idadistas podem se manifestar por meio de práticas discriminatórias, como o subdiagnóstico, a exclusão de determinados tratamentos e falhas na comunicação clínica (San-Martín-Gamboa *et al.*, 2023).

A atitude, compreendida como a disposição individual de reagir de forma favorável ou desfavorável a determinado objeto ou grupo social, possui três componentes interdependentes: cognitivo (crenças e conhecimentos), afetivo (emoções) e comportamental (tendência à ação) (Eagly; Chaiken, 1993). Embora não mensurável diretamente, a atitude pode ser inferida por meio de comportamentos conscientes (atitudes explícitas) e automáticos (atitudes implícitas), que influenciam decisões clínicas e relações interpessoais (Krosnick; Judd; Wittenbrink, 2005).

A empatia clínica, por sua vez, é definida como a capacidade de compreender a experiência do outro e responder de maneira apropriada, integrando aspectos cognitivos, afetivos e motivacionais (Silva *et al.*, 2023). Essa competência relacional é reconhecida como transversal à formação médica, sendo associada a melhores desfechos clínicos, maior satisfação dos pacientes e menor incidência de Síndrome de Burnout entre profissionais (Hojat *et al.*, 2004; Decety; Cowell, 2014). O desenvolvimento da empatia depende, em grande medida, da atitude do estudante frente ao paciente — especialmente quando este pertence a grupos vulneráveis, como os idosos.

Assim, atitudes etaristas, explícitas ou implícitas, constituem barreiras mensuráveis à empatia clínica, ao afetarem tomada de perspectiva, comunicação e decisão terapêutica no

cuidado à pessoa idosa. A literatura aponta que estudantes de Medicina com níveis mais elevados de empatia, particularmente a empatia cognitiva, tendem a demonstrar atitudes mais positivas frente à velhice (Azcurra, 2011). Por isso, estratégias pedagógicas voltadas à desconstrução de estereótipos e à promoção de atitudes favoráveis são essenciais para que o cuidado ao idoso seja verdadeiramente centrado na pessoa.

Nesse contexto, o presente estudo propõe investigar a relação entre a atitude dos estudantes de Medicina frente à população idosa e sua relação com a empatia clínica, contribuindo para o aprimoramento da formação médica diante das demandas do envelhecimento populacional.

3.2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, conduzido por meio de questionário autorrespondido para avaliação da atitude em relação ao idoso e da empatia clínica dos estudantes de Medicina brasileiros.

Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se a avaliação da associação entre as dimensões da *Escala de Atitudes em Relação à Velhice* e da *Escala Brasileira de Empatia Clínica*. O cálculo baseou-se nos seguintes parâmetros: nível de significância (α), poder estatístico do teste ($1-\beta$) e magnitude esperada da correlação (ρ). Assim, estimou-se que uma amostra de 195 estudantes seria suficiente para detectar uma correlação de baixa magnitude como estatisticamente significativa, adotando-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$) e poder estatístico de 80%.

A população final foi constituída por 203 estudantes brasileiros do curso de Medicina, tanto de escolas públicas quanto privadas. Como critérios de inclusão no estudo considerou-se ser discente de Medicina, ter mais de 18 anos e ter preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles estudantes que não preencheram de forma completa os instrumentos do estudo, discentes de outras áreas de saúde e discentes de Medicina de instituições estrangeiras.

Os participantes foram recrutados no período de novembro de 2024 a abril de 2025, por meio do WhatsApp (ANEXO C) através da tática de amostragem *snowball*, no qual mestrando, orientadora e coorientador enviaram para alunos e professores de escolas médicas brasileiras, com *link* de acesso para preenchimento de questionário *online* via Google Forms. Fizeram parte do formulário da pesquisa um questionário elaborado pelos pesquisadores, baseado no estudo

de Neri e Jorge (2006), levantando dados sociodemográficos e acadêmicos (idade, sexo, estado civil, classe social, estudou em escola pública ou privada, período do curso, possui deficiência ou condição debilitante, possui doença crônica, possui experiência ou vivência com doença crônica ou grave), uma questão dicotômica avaliando a convivência dos alunos com idosos (“Você convive regularmente com seus avós ou com outros parentes idosos?”), uma outra levantando se tinham experiência de trabalho com essa população (“Você desenvolve ou já desenvolveu algum trabalho profissional ou voluntário envolvendo algum tipo de atendimento a idosos?”), e três sobre suas experiências acadêmicas com o tema velhice (“Você já cursou alguma disciplina sobre velhice?”, “Em alguma das disciplinas que já frequentou, você teve algum tópico sobre velhice?”, “Você já leu algum livro sobre velhice?”).

Para avaliar as atitudes em relação à velhice, foi utilizada a *Escala de Atitudes em Relação à Velhice* (Neri, 1991; 1995), que avalia quatro domínios: cognição, agência, relações sociais e persona. Essa escala é composta por 30 itens do tipo Likert, também com respostas variando de 1 a 5, sendo que escores mais baixos refletem atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento e à pessoa idosa.

Para avaliar a empatia clínica foi utilizada a *Escala Brasileira de Empatia Clínica - EBEC* (Generoso *et al.*, 2024), que contém 21 itens, com resposta em escala Likert de 1 a 5, que avaliam a empatia global dos estudantes de Medicina e seus dois domínios principais: compreensão empática e ação empática. A somatória da pontuação obtida em cada item, ajustada para itens invertidos, foi utilizada para calcular a média de escore de empatia global e de cada domínio, sendo que escores mais elevados indicam níveis mais altos de empatia.

As análises estatísticas incluíram medidas descritivas (mínimo, máximo, mediana, intervalo interquartilico, média, desvio-padrão e percentuais) para descrever os resultados. Para verificar associações entre as variáveis, foram utilizados: Teste de Wilcoxon, Teste de Friedman e Correlação de Pearson. Comparações entre grupos independentes foram realizadas a partir do uso do teste não-paramétrico Mann-Whitney para dois e do teste de Kruskal-Wallis para três grupos. Resultados foram considerados significativos para $p < 0,05$, com 95% de confiança nas conclusões. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da universidade, sob o número CAAE: 82297924.7.0000.5143; parecer: número 7.120.002.

3.3 Resultados

3.3.1 Caracterização da amostra

Participaram deste estudo 203 estudantes de Medicina, sendo a maioria do sexo feminino (71,4%). A faixa etária variou entre 18 e 46 anos, com média de 23 anos, predominando estudantes com idade entre 21 e 25 anos (59,6%). Observou-se que aproximadamente 90% dos participantes eram solteiros, 27,1% pertenciam à classe social A e 37,4%, à classe B. Quanto à origem educacional, 89,2% havia cursado o ensino médico em instituições privadas.

Em relação à fase do curso, 22% dos estudantes estavam na etapa inicial (até o 4º período), 53,2%, na etapa intermediária (5º ao 8º período) e 24,6%, na fase final (9º ao 12º período). Sobre as preferências profissionais, 41,4% pretendiam seguir especialidades clínicas, 15,3%, especialidades cirúrgicas, enquanto 43,3% mencionaram interesse tanto por áreas clínicas quanto cirúrgicas.

Entre os participantes, 3,4% relataram possuir alguma deficiência ou condição debilitante, 11,3% apresentavam uma doença crônica e 4,9%, uma doença crônica com impacto funcional. Cerca de 33% mencionaram já ter vivenciado uma experiência pessoal com doença crônica ou grave, e 74,4% declararam convivência regular com parentes idosos.

Além disso, 57,1% dos estudantes afirmaram já ter realizado trabalho voluntário com pessoas idosas, e 57,1% relataram experiências práticas durante a graduação no cuidado à pessoa idosa. A maioria (73,9%) cursou disciplinas relacionadas à velhice, e 50,2% indicaram já ter lido obras literárias sobre o envelhecimento. Por fim, 11,3% dos estudantes possuíam graduação prévia em outra área da saúde (TAB. 1).

TABELA 1 – Caracterização dos estudantes de acordo com o perfil sociodemográfico

Característica	Resultado
Sexo	
Feminino	145 (71,4%)
Masculino	57 (28,1%)
Não quero informar	1 (0,5%)
Idade	
Min. – Máx.	18,0 – 46,0
P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	23,0 (21,0 – 26,0)
Média ± d.p.	24,8 ± 5,4

Continuação...

Característica	Resultado
Faixa etária	
18 a 20 anos	22 (10,8%)
21 a 25 anos	121 (59,6%)
26 a 30 anos	38 (18,7%)
30 ou mais	22 (10,8%)
Estado civil	
Casado(a)	17 (8,4%)
Divorciado(a)	1 (0,5%)
Solteiro(a)	181 (89,2%)
União Estável	4 (2%)
Classe social	
A	55 (27,1%)
B	76 (37,4%)
C	60 (29,6%)
D	12 (5,9%)
Instituição que estudou	
Privada	181 (89,2%)
Pública	22 (10,8%)
Período	
2º período	7 (3,4%)
3º período	4 (2,0%)
4º período	34 (16,7%)
5º período	19 (9,4%)
6º período	11 (5,4%)
7º período	40 (19,7%)
8º período	38 (18,7%)
9º período	12 (5,9%)
10º período	15 (7,4%)
11º período	2 (1,0%)
12º período	21 (10,3%)
Especialidade pretendida	
Cirúrgica	31 (15,3%)
Clínica	84 (41,4%)
Clínica/Cirúrgica	88 (43,3%)
Possui deficiência / condição debilitante	
Não	196 (96,6%)
Sim	7 (3,4%)
Possui doença crônica	
Não	180 (88,7%)
Sim	23 (11,3%)

Continuação...

Característica	Resultado
Possui doença crônica potencialmente debilitante	
Não	193 (95,1%)
Sim	10 (4,9%)
Possui experiência com doença crônica / grave	
Não	136 (67,0%)
Sim	67 (33,0%)
Convivência regular com parentes idosos	
Não	52 (25,6%)
Sim	151 (74,4%)
Desenvolveu trabalho profissional voluntário com idosos	
Não	87 (42,9%)
Sim	116 (57,1%)
Experiência prática na graduação no cuidado da pessoa idosa	
Não	87 (42,9%)
Sim	116 (57,1%)
Cursou disciplina sobre velhice	
Não	53 (26,1%)
Sim	150 (73,9%)
Leitura de livros de literatura sobre velhice / envelhecimento	
Não	101 (49,8%)
Sim	102 (50,2%)
Possui outra graduação na área da saúde	
Não	180 (88,7%)
Sim	23 (11,3%)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

3.3.2 Avaliação da empatia clínica dos estudantes em relação ao idoso

Os resultados obtidos na Escala de Empatia revelaram altos níveis de empatia global entre os participantes, com média de 4,2 ($\pm 0,4$), em um intervalo que variou de 3,0 a 5,0. Entre os domínios avaliados, a atenção empática apresentou os maiores escores, superando significativamente a compreensão empática, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (TAB. 2).

3.3.3 Avaliação da atitude dos estudantes em relação ao idoso

Na avaliação das atitudes em relação ao idoso, a média global da escala foi de 2,9 ($\pm 0,5$), indicando uma postura mais próxima da neutralidade, considerando que menores escores refletem percepções mais favoráveis. Entre os domínios da escala, o de relações sociais apresentou o menor escore, sugerindo uma atitude mais positiva dos estudantes em relação à inserção e ao convívio social dos idosos. Já os domínios de cognição, agência e persona apresentaram escores significativamente mais altos do que o domínio de relações sociais ($p < 0,001$), indicando atitudes menos positivas nesses aspectos, ainda que não negativas (TAB. 2).

TABELA 2 – Avaliação da empatia clínica e da atitude em relação ao idoso de estudantes de Medicina

Escala / Domínios	Medidas descritivas			p
	Min. – Máx.	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média $\pm$ d.p.	
Empatia (global)	3,0 – 5,0	4,2 (3,9 – 4,5)	4,2 $\pm$ 0,4	
Compreensão empática	1,0 – 5,0	4,0 (3,6 – 4,4)	3,9 $\pm$ 0,7	< 0,001*
Atenção empática	3,0 – 5,0	4,4 (4,1 – 4,7)	4,4 $\pm$ 0,4	CE < AE
Atitudes em relação ao idoso (global)	2,0 – 4,2	3,0 (2,7 – 3,2)	2,9 $\pm$ 0,5	
Cognição	2,0 – 4,4	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 $\pm$ 0,5	< 0,001**
Agência	2,0 – 4,8	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 $\pm$ 0,6	(C = A = P) > RS
Relações sociais	1,0 – 4,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 $\pm$ 0,5	
Persona	1,0 – 4,6	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 $\pm$ 0,6	

Legenda: CE $\rightarrow$ Compreensão empática AE $\rightarrow$ Atenção empática

C $\rightarrow$ Cognição A $\rightarrow$ Agência RS $\rightarrow$ Relações sociais P $\rightarrow$ Persona

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Wilcoxon (*) e ao teste de Friedman (**).

3.3.4 Correlação entre as dimensões da escala de atitude em relação ao idoso e as dimensões da escala de empatia clínica observadas em estudantes de Medicina

A análise das correlações entre as dimensões da empatia e as atitudes em relação ao idoso revelou associações estatisticamente significativas, ainda que de magnitude fraca, envolvendo a compreensão empática. Observou-se que essa dimensão apresentou correlação negativa com todos os domínios das atitudes. Como menores escores na escala de atitudes indicam percepções mais favoráveis, esses achados sugerem que níveis mais elevados de compreensão empática estão associados a atitudes mais positivas dos estudantes em relação aos

idosos, especialmente no domínio cognitivo. Por outro lado, a atenção empática não apresentou correlação significativa com nenhum dos domínios avaliados (TAB. 3).

TABELA 3 – Avaliação da relação entre as dimensões da empatia e dimensões das atitudes em relação ao idoso

Empatia	Atitudes em relação ao idoso			
	Cognição	Agência	Relações sociais	Persona
Compreensão empática	-0,21 (0,003)	-0,14 (0,043)	-0,18 (0,010)	-0,14 (0,050)
Atenção empática	-0,08 (0,232)	0,01 (0,898)	0,01 (0,991)	0,04 (0,533)

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: os valores apresentados na tabela referem-se ao coeficiente de correção e probabilidade de significância entre parênteses.

3.3.5 Avaliação das características sociodemográficas na empatia clínica, em estudantes de Medicina

A TAB. 4 (versão reduzida) apresenta a análise da influência de variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da empatia clínica em estudantes de medicina. Observou-se que o sexo feminino apresentou médias mais altas que o masculino tanto na atenção empática ($4,4 \pm 0,4$ vs. $4,1 \pm 0,5$; $p < 0,001$) quanto na empatia global ($4,3 \pm 0,4$ vs. $4,0 \pm 0,4$; $p < 0,001$). Em relação à especialidade pretendida, os estudantes com interesse em áreas clínicas obtiveram escores mais elevados na compreensão empática ($4,1 \pm 0,6$), na atenção empática ($4,4 \pm 0,4$) e na empatia global ($4,3 \pm 0,4$) quando comparados aos que optaram por áreas cirúrgicas ou mistas ($p = 0,025$; $p = 0,019$; $p = 0,007$, respectivamente). Além disso, a prática na graduação voltada ao cuidado da pessoa idosa esteve associada a maior atenção empática ($4,4 \pm 0,4$ vs. $4,3 \pm 0,5$; $p = 0,030$). Para as demais variáveis — como faixa etária, estado civil, classe social, origem da instituição, período do curso, presença de doenças crônicas ou experiência com idosos — não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de empatia. A TAB. 4 completa está em anexo (ANEXO E).

TABELA 4 – Avaliação da influência do perfil sociodemográfico nas dimensões da empatia (versão reduzida)

Escala de empatia / Característica	Medidas descritivas		p
	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média ± d.p.	
COMPREENSÃO EMPÁTICA			
Especialidade pretendida			
Cirúrgica	3,7 (3,3 – 4,3)	3,8 ± 0,6	0,025** (E2 > (E1 = E3))
Clínica	4,1 (3,7 – 4,6)	4,1 ± 0,6	
Clínica/Cirúrgica	3,9 (3,3 – 4,4)	3,8 ± 0,7	
ATENÇÃO EMPÁTICA			
Sexo			
Feminino	4,5 (4,2 – 4,7)	4,4 ± 0,4	< 0,001* (F > M)
Masculino	4,1 (3,9 – 4,6)	4,1 ± 0,5	
Especialidade pretendida			
Cirúrgica	4,1 (3,9 – 4,6)	4,3 ± 0,4	0,019** (E2 > (E1 = E3))
Clínica	4,6 (4,2 – 4,7)	4,4 ± 0,4	
Clínica/Cirúrgica	4,4 (4,0 – 4,6)	4,3 ± 0,4	
Prática na graduação no cuidado da pessoa idosa			
Não	4,3 (3,9 – 4,6)	4,3 ± 0,5	0,030* (N < S)
Sim	4,4 (4,2 – 4,7)	4,4 ± 0,4	
EMPATIA GLOBAL			
Sexo			
Feminino	4,3 (4,1 – 4,6)	4,3 ± 0,4	< 0,001* (F > M)
Masculino	4,1 (3,7 – 4,4)	4,0 ± 0,4	
Especialidade pretendida			
Cirúrgica	4,1 (3,7 – 4,3)	4,1 ± 0,4	0,007** (E2 > (E1 = E3))
Clínica	4,4 (4,1 – 4,6)	4,3 ± 0,4	
Clínica/Cirúrgica	4,2 (3,9 – 4,5)	4,1 ± 0,4	

Base de dados: 203 estudantes.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**).

3.3.6 Avaliação das características sociodemográficas na atitude em relação ao idoso, em estudantes de Medicina

Na análise das atitudes em relação ao idoso (TAB. 5), por um lado observou-se que estudantes que cursaram disciplina sobre velhice apresentaram percepção mais positiva na dimensão persona, com escores mais baixos ($3,0 \pm 0,5$) em comparação aos que não cursaram ($3,2 \pm 0,6$; $p = 0,037$), indicando menor nível de atitude negativa. Por outro lado, estudantes oriundos de instituições privadas apresentaram melhores escores na dimensão cognição ($3,0 \pm 0,5$ vs. $3,2 \pm 0,4$; $p = 0,018$) e na dimensão persona ($3,0 \pm 0,6$ vs. $3,3 \pm 0,5$; $p = 0,023$) quando comparados aos de instituições públicas, sugerindo atitude mais positiva nessas dimensões. Já os estudantes com 30 anos ou menos obtiveram escores mais favoráveis na dimensão relações sociais ($\leq 2,7 \pm 0,6$) em comparação aos acima dessa faixa etária ($2,9 \pm 0,6$; $p = 0,047$). Para as demais variáveis sociodemográficas — como sexo, estado civil, classe social, período do curso, especialidade pretendida, deficiência/condição debilitante, presença de doenças crônicas, experiência com idosos ou atividades voluntárias —, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ou no escore global de atitudes (TAB. 5 completa no ANEXO F).

TABELA 5 – Avaliação da influência do perfil sociodemográfico nas dimensões das atitudes em relação ao idoso (versão reduzida)

Escala de empatia / Característica	Medidas descritivas		p
	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média ± d.p.	
COGNIÇÃO			
Origem da instituição da graduação em medicina			
Privada	3,0 (2,7-3,3)	3,0 ± 0,5	0,018* (Priv. < Púb.)
Pública	3,2 (3-3,5)	3,2 ± 0,4	
RELAÇÕES SOCIAIS			
Faixa etária			
18 a 20 anos	3,0 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,7	0,047** (F2=F3) < F4)
21 a 25 anos	2,6 (2,3 – 2,9)	2,5 ± 0,5	
26 a 30 anos	2,4 (2,1 – 2,9)	2,5 ± 0,5	
Acima de 30 anos	2,7 (2,7 – 3,1)	2,9 ± 0,6	
PERSONA			
Origem da instituição da graduação em medicina			
Privada	3,1 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	0,023* (Priv. < Púb.)
Pública	3,3 (3,1 – 3,6)	3,3 ± 0,5	

Continuação...

Escala de empatia / Característica	Medidas descritivas		p
	P ₅₀ (P ₂₅ – P ₇₅)	Média ± d.p.	
Cursou disciplina sobre velhice			
Não	3,3 (3,0 – 3,6)	3,2 ± 0,6	0,037*
Sim	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	(S < N)

Base de dados: 203 estudantes.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: a probabilidade de significância(p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**).

3.4 Discussão

O etarismo entre estudantes de Medicina pode ser uma barreira para o desenvolvimento da habilidade de empatia necessária aos cuidados do idoso (Azcurra, 2011). O presente estudo investigou a relação entre atitudes em relação ao idoso e a empatia clínica em estudantes de Medicina.

Os resultados encontrados nesta pesquisa, em relação às atitudes em relação ao idoso, mostraram média global de 2,9 ($\pm 0,5$), em uma escala de 1 a 5, indicando uma tendência moderada, com predominância de atitudes neutras a levemente positivas. Contudo, ao se desmembrar os resultados por domínios, dados sugerem que os estudantes não reconhecem atributos intelectuais, autonomia e individualidade da pessoa idosa, porém tendem a demonstrar apreço pelas interações sociais e vínculos que os idosos estabelecem, possivelmente refletindo estereótipos relacionados ao isolamento e à redução do círculo social na velhice. Os resultados do estudo contrastam com parte significativa da literatura, que tem documentado a persistência de atitudes ambivalentes ou negativas em relação à população idosa entre estudantes e profissionais da saúde (Fhon *et al.*, 2024; Ezequiel; Sonzogno, 2006; Rello; Bravo; Plata, 2018; Sequeira; Silva Jiménez, 2016). Essa divergência pode estar relacionada: a transformações recentes nos currículos dos cursos de Medicina no Brasil, como a incorporação das Diretrizes Curriculares Nacionais que enfatizam a atenção integral ao idoso e a formação baseada em competências (Brasil, 2014); ao perfil da exposição prática dos estudantes à população idosa, frequentemente centrada em aspectos clínicos e funcionais (Burnes *et al.*, 2019); e ao contexto sociocultural em transformação, que tem modificado a representação social da velhice no Brasil (Ezequiel; Sonzogno, 2006).

Paralelamente, os dados revelaram níveis elevados de empatia global entre os estudantes de Medicina, com média de 4,2 ($\pm 0,4$), em uma escala que varia de 1 a 5. Quando analisadas

separadamente, as dimensões da empatia apresentaram comportamentos distintos. A atenção empática apresentou média significativamente superior à compreensão empática ($4,4 \pm 0,4$ vs. $3,9 \pm 0,7$; $p < 0,001$). Esse achado pode ser compreendido à luz da distinção conceitual entre essas duas dimensões da empatia. A atenção empática refere-se predominantemente a comportamentos observáveis voltados ao outro, como contato visual, postura corporal orientada para o interlocutor e demonstrações explícitas de interesse, que são mais facilmente aprendidos, treinados e percebidos no contexto clínico (Falcone *et al.*, 2008; Hojat, 2007). Já a compreensão empática envolve a capacidade cognitivo-afetiva de captar, interpretar e ressignificar as experiências emocionais do paciente, o que demanda maior integração entre habilidades intelectuais, sensibilidade emocional e experiência clínica (Halpern, 2003; Rogers, 1975).

A literatura aponta que comportamentos empáticos de natureza atencional tendem a ser mais rapidamente assimilados por estudantes de Medicina, especialmente quando inseridos em ambientes de aprendizagem que valorizam a comunicação não verbal e o *rappport* — técnica de psicologia e comunicação utilizada para criar uma conexão de empatia e confiança (Hojat *et al.*, 2001; Mercer; Reynolds, 2002). Por outro lado, a compreensão empática requer um processo mais profundo de reflexão e internalização, frequentemente dependente de vivências prolongadas e de contato significativo com diferentes perfis de pacientes (Halpern, 2014). Essa diferença pode explicar, em parte, por que indicadores comportamentais da empatia se destacam em relação aos indicadores cognitivo-afetivos em avaliações quantitativas.

Além disso, estudos sugerem que programas de educação médica que privilegiam práticas de escuta ativa, *feedback* estruturado e simulação clínica tendem a aumentar rapidamente a atenção empática, enquanto o desenvolvimento da compreensão empática exige intervenções pedagógicas mais complexas, como narrativas reflexivas, discussão de dilemas éticos e acompanhamento longitudinal de pacientes (Shapiro; Morrison; Boker, 2004; Wald *et al.*, 2012.).

Dessa forma, a diferença encontrada no presente estudo está em consonância com evidências prévias que indicam a necessidade de estratégias diferenciadas para o fortalecimento das dimensões comportamental e cognitivo-afetiva da empatia no ensino médico. Dessa forma, cabe questionar se a alteração de comportamento sem a devida compreensão traria, de fato, um avanço no que diz respeito aos cuidados com a população idosa no futuro profissional dos estudantes.

A análise da associação entre empatia clínica e atitudes em relação ao idoso revelou que atitudes mais positivas frente à velhice estão associadas a maiores níveis de compreensão empática, compreendida como a dimensão cognitivo-afetiva da empatia. Os dados

demonstraram correlações estatisticamente significativas entre atitudes e os domínios da compreensão empática, com destaque para o domínio cognitivo das atitudes. Esse achado adquire relevância particular ao se considerar que a compreensão empática representa a dimensão mais complexa da empatia clínica, por envolver a tomada de perspectiva, a interpretação dos estados internos do paciente e a integração entre cognição e afeto.

A literatura aponta que a empatia cognitiva não se desenvolve de forma automática, exigindo reflexão, esforço consciente e revisão de esquemas mentais previamente estabelecidos (Sampaio; Sampaio, 2009; Jeffrey; Downie, 2016). Nesse sentido, atitudes negativas ou estereotipadas em relação ao envelhecimento podem atuar como barreiras cognitivas à compreensão empática, ao limitar a capacidade do estudante de reconhecer a singularidade da experiência do idoso e de suspender julgamentos baseados em crenças generalizadas. Assim, atitudes mais positivas frente à velhice parecem favorecer um terreno cognitivo e afetivo mais propício à empatia, ao reduzir vieses implícitos que interferem na escuta, na interpretação da narrativa do paciente e na construção do vínculo terapêutico.

Esse resultado é consistente com estudos prévios que indicam associação entre empatia cognitiva e atitudes mais favoráveis em relação a populações vulneráveis, incluindo idosos (Azcurra, 2011). Ao compreender o envelhecimento como um processo heterogêneo, e não exclusivamente associado à fragilidade ou dependência, o estudante amplia sua capacidade de tomada de perspectiva e passa a reconhecer o idoso como sujeito ativo de sua própria história. Dessa forma, a atitude frente à velhice pode atuar como fator facilitador do desenvolvimento da empatia clínica, especialmente em sua dimensão estruturante, que sustenta uma prática verdadeiramente centrada na pessoa.

Em contrapartida, a ausência de correlação significativa entre atitudes em relação ao idoso e à atenção empática — entendida como a dimensão comportamental da empatia — sugere que ações empáticas podem ocorrer independentemente de uma transformação mais profunda das atitudes. Esse achado pode ser interpretado à luz de modelos formativos que enfatizam comportamentos empáticos observáveis, como comunicação adequada, postura acolhedora e cumprimento de protocolos, sem necessariamente promover mudanças nos esquemas cognitivos e afetivos subjacentes. Conforme discutido por Jeffrey e Downie (2016), é possível que estudantes aprendam a “agir empaticamente” por meio de normas institucionais e expectativas profissionais, mesmo quando suas atitudes internas permanecem pouco elaboradas.

Nesse contexto, a atenção empática pode assumir um caráter mais instrumental ou normativo, especialmente em ambientes clínicos marcados por pressões assistenciais e modelos

de cuidado padronizados. Levett-Jones, Cant e Lapkin (2019) destacam que a empatia comportamental, quando dissociada da compreensão empática, corre o risco de se tornar uma resposta automatizada, com menor profundidade relacional e menor impacto na experiência subjetiva do paciente. Essa dissociação pode explicar por que ações empáticas não se associaram, neste estudo, às atitudes frente ao envelhecimento.

Esses achados reforçam a compreensão de que a empatia clínica não é um construto homogêneo, e que suas dimensões se desenvolvem de maneira distinta ao longo da formação médica. Enquanto a atenção empática pode ser mais facilmente ensinada e reproduzida por meio de treinamentos técnicos e comunicacionais, a compreensão empática demanda revisão de crenças, reflexão ética e transformação das atitudes frente ao outro. Nesse sentido, atitudes mais positivas em relação à pessoa idosa parecem desempenhar papel central no fortalecimento da empatia clínica em sua dimensão mais complexa e menos automatizada.

Dessa forma, promover atitudes mais favoráveis em relação ao envelhecimento no contexto da formação médica pode representar um caminho formativo estratégico para o desenvolvimento da empatia clínica profunda, especialmente da compreensão empática. Investir em abordagens educacionais que favoreçam a reflexão crítica sobre o envelhecimento, a desconstrução de estereótipos e o contato significativo com idosos pode contribuir não apenas para mudanças atitudinais, mas também para a formação de médicos mais capazes de compreender, interpretar e responder às experiências subjetivas da população idosa de maneira ética, sensível e centrada na pessoa.

Quando avaliados, os fatores sociodemográficos revelaram que certos atributos pessoais e experiências de vida dos estudantes de Medicina exerceram influência estatisticamente significativa sobre os escores de empatia clínica e atitudes frente ao envelhecimento.

Em relação ao sexo, observou-se que estudantes do sexo feminino apresentaram escores significativamente mais elevados nas dimensões de atenção empática ($p < 0,001$) e empatia global ($p < 0,001$), além de tendência superior na compreensão empática ($p = 0,062$). Esses achados estão de acordo com estudos prévios que apontam maior empatia entre mulheres, tanto no campo afetivo quanto no cognitivo, sugerindo que fatores psicossociais e culturais podem contribuir para um maior envolvimento emocional das mulheres no cuidado em saúde (Hojat; Gonnella, 2015; Nascimento *et al.*, 2018). No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os sexos nas atitudes em relação ao idoso, indicando que a empatia superior das mulheres não necessariamente se traduz em atitudes mais positivas frente à velhice, o que pode refletir a complexidade das representações sociais sobre o envelhecimento.

No tocante à idade, não houve associação significativa com os escores de empatia. Contudo, no domínio de relações sociais das atitudes, estudantes com 30 anos ou mais apresentaram escores mais altos ($p = 0,047$), indicando atitudes menos positivas. Isso é relevante, pois, conforme estudos como o de Wyman, Shiovitz-Ezra e Bengel (2018), estudantes mais velhos podem ter concepções mais cristalizadas sobre a velhice, possivelmente influenciadas por experiências pessoais negativas ou percepções sociais estigmatizantes.

A especialidade médica pretendida mostrou-se uma variável com impacto consistente na empatia. Estudantes interessados em especialidades clínicas obtiveram escores significativamente mais altos em compreensão empática, atenção empática e empatia global ($p < 0,05$). Isso pode estar relacionado ao perfil mais relacional e centrado no paciente dessas especialidades, que tendem a demandar maior sensibilidade interpessoal e comunicação empática (Bailey, 2001; Hojat; Gonnella, 2015). No entanto, essa variável não influenciou significativamente os escores das atitudes frente ao idoso, o que sugere que a vocação profissional pode estar mais ligada à disposição empática geral do que a atitudes específicas em relação à velhice.

Na graduação, a prática no cuidado da pessoa idosa foi associada a maiores escores de atenção empática ($p = 0,030$) e apresentou tendência a maiores níveis de empatia global ($p = 0,080$). Essa associação reforça a literatura que destaca o papel transformador do contato direto com idosos no desenvolvimento da empatia e na redução do preconceito etário (Cohn-Schwartz *et al.*, 2023). No entanto, essa experiência não se traduziu em mudanças significativas nos escores das atitudes, o que pode indicar que o impacto positivo da prática clínica sobre as atitudes depende também da qualidade da supervisão, da duração do contato e do contexto institucional (Samra *et al.*, 2013).

A presença de disciplina específica sobre velhice também foi associada a escores mais baixos (i.e., mais positivos) no domínio persona ($p = 0,037$), reforçando a importância da formação teórica estruturada na desconstrução de estereótipos e na valorização da identidade e subjetividade da pessoa idosa. Segundo Motta e Aguiar (2007), abordagens curriculares interdisciplinares e humanísticas são fundamentais para ampliar a compreensão crítica sobre o envelhecimento.

A origem do ensino médico influenciou significativamente os domínios cognição ($p = 0,018$) e persona ($p = 0,023$), e apresentou tendência no escore global de atitudes ($p = 0,094$), com estudantes oriundos de escolas públicas demonstrando atitudes menos positivas em relação ao idoso. A formação educacional prévia pode influenciar as atitudes dos estudantes em relação à velhice, especialmente quando há desigualdade no acesso à educação humanística e

oportunidades de desenvolvimento de valores empáticos. A literatura destaca que abordagens educacionais centradas no humanismo e no contato intergeracional são relevantes para moldar percepções positivas sobre o envelhecimento (Lucchetti *et al.*, 2017; Burnes *et al.*, 2019). No entanto, a origem da instituição de graduação (pública ou privada) não influenciou de forma significativa os escores de empatia, sugerindo que o tipo de instituição superior não foi um fator determinante isolado.

Variáveis como possuir doença crônica, leitura de livros de literatura sobre velhice e outra graduação na área da saúde mostraram tendência (p entre 0,07 e 0,09) à associação com escores mais elevados de empatia, embora sem significância estatística estrita. Esses achados dialogam com a literatura que reconhece o papel das experiências pessoais e da bagagem cultural na formação de uma postura mais empática e humanizada (Jeffrey; Downie, 2016; Levett-Jones; Cant; Lapkin, 2019).

Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas nos escores de empatia ou atitudes segundo o período do curso (inicial, intermediário ou final). Esse achado contrasta com estudos que indicam uma queda da empatia ao longo da formação médica, atribuída ao aumento do estresse, contato com a doença e enfoque biomédico (Neumann *et al.*, 2011; Ferreira-Valente *et al.*, 2017). A ausência dessa tendência em relação à empatia pode estar relacionada a estratégias curriculares mais humanísticas ou à distribuição equilibrada de experiências formativas nas instituições analisadas. Entretanto, a ausência de diferenças estatisticamente significativas de atitudes frente ao idoso, entre os diferentes períodos do curso médico (inicial, intermediário e final), configura-se como um achado preocupante. Embora a literatura frequentemente aponte um declínio da empatia ao longo da graduação, associado ao aumento do estresse e à prevalência de uma abordagem biomédica centrada na doença (Neumann *et al.*, 2011; Ferreira-Valente *et al.*, 2017), esperava-se que as atitudes em relação à pessoa idosa evoluíssem positivamente com a progressiva exposição dos estudantes a experiências clínicas, conteúdos teóricos e práticas reflexivas sobre o envelhecimento. O fato de essas atitudes permanecerem inalteradas ao longo da formação sugere uma limitação na atuação pedagógica da instituição, possivelmente relacionada à insuficiência de estratégias curriculares específicas, atividades extensionistas estruturadas ou espaços sistemáticos de reflexão crítica sobre o cuidado ao idoso.

Esse resultado reforça a necessidade de revisar as práticas formativas com foco em valores humanísticos e no combate ao preconceito etário, promovendo intervenções educativas intencionais e longitudinais que favoreçam a transformação genuína de atitudes, elemento fundamental para a prática médica centrada na pessoa em contextos de envelhecimento

populacional. Além disso, investigações em países de renda média-baixa destacam que barreiras estruturais e preconceitos culturais limitam o desenvolvimento de atitudes positivas, apontando para a necessidade de currículos que priorizem vivências práticas e comunicação interprofissional (Nojomi *et al.*, 2023). A literatura destaca que intervenções eficazes para a redução do etarismo requerem contato intergeracional em contextos positivos e componentes educacionais, sendo mais efetivas quando implementadas de forma continuada (Burnes *et al.*, 2019).

A convivência com parentes idosos, embora relatada por 74,4% dos estudantes, não se associou a maiores níveis de empatia ou atitudes mais positivas. Isso sugere que a simples presença do idoso no cotidiano não é suficiente para gerar mudança atitudinal, podendo ser necessário um envolvimento afetivo e reflexivo mais profundo (Wyman; Shiovitz-Ezra; Bengel, 2018).

Embora a leitura de livros de literatura sobre velhice tenha apresentado tendência ($p \approx 0,09$) à associação com maiores escores de empatia, não foi estatisticamente significativa. Isso indica que o contato literário pode ter efeito complementar, mas não determinante, na formação empática dos estudantes, mesmo porque não foi perguntado quais os livros foram lidos, o que reforça a necessidade de abordagens integradas com experiências práticas e reflexivas (Stepien; Baernstein, 2006).

Apesar da expectativa de que a formação prévia na área da saúde impactasse positivamente as atitudes e a empatia, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. O resultado pode decorrer da heterogeneidade das experiências vividas nessas graduações ou do pequeno número de participantes com essa característica (11,3%).

Estudantes com deficiência ou condição debilitante (3,4% da amostra) não diferiram significativamente nos escores avaliados. Embora a literatura sugira que experiências de vulnerabilidade pessoal possam aumentar a empatia (Decety; Cowell, 2014), a amostra reduzida limita a possibilidade de conclusões robustas. Doença crônica e experiência com doença grave apresentaram tendências de associação com maiores níveis de empatia, mas sem significância estatística plena. Apesar disso, outros estudos indicam que vivenciar situações de sofrimento ou cuidado com pessoas adoecidas pode gerar maior sensibilidade empática (Charon, 2006), o que justifica a exploração desses fatores em pesquisas futuras com maior poder amostral.

Cabe ressaltar, ainda, que os instrumentos utilizados demonstraram sensibilidade para captar diferentes dimensões das atitudes e da empatia, reforçando sua aplicabilidade no contexto brasileiro. No entanto, é possível que aspectos contextuais como sobrecarga curricular,

ausência de espaços formais de reflexão ou experiências clínicas limitadas à doença tenham influenciado os resultados, especialmente no que tange à atenção empática. A literatura aponta que atitudes positivas nem sempre se traduzem em comportamentos concretos, especialmente quando há dissonância entre o que se aprende teoricamente e o que se vivencia na prática clínica (Meissner *et al.*, 2019).

Por fim, embora os instrumentos utilizados tenham demonstrado sensibilidade para captar nuances relevantes dos construtos analisados, limitações como a natureza transversal do estudo, o potencial viés de desejabilidade social e a ausência de avaliação qualitativa da experiência dos estudantes devem ser reconhecidas.

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam a necessidade de repensar o ensino sobre envelhecimento no currículo médico, incorporando metodologias ativas, espaços reflexivos e práticas supervisionadas com idosos em contextos diversos. A presença dessas experiências ao longo da formação pode contribuir não apenas para o desenvolvimento da empatia clínica, mas também para a construção de atitudes mais humanizadas e menos estereotipadas frente à velhice (Kaluf *et al.*, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que as atitudes em relação ao idoso e a empatia clínica são competências inter-relacionadas, fundamentais para a formação médica humanizada frente ao envelhecimento populacional. A identificação de atitudes predominantemente neutras a levemente positivas sugere avanços importantes na desconstrução de estereótipos, especialmente no que se refere à valorização das relações sociais do idoso. Entretanto, o menor apreço demonstrado pelos aspectos cognitivos, de autonomia e da identidade dos idosos demonstram a persistência de representações limitadas, que podem comprometer a integralidade do cuidado.

A presença de elevados níveis de empatia global entre os estudantes é um achado promissor. Contudo, a diferença significativa entre os escores de atenção empática (dimensão comportamental) e compreensão empática (dimensão cognitivo-afetiva) evidencia uma dissociação preocupante entre a ação empática e a capacidade profunda de escuta e tomada de perspectiva. A análise dos dados sugere que atitudes mais positivas em relação ao idoso influenciam diretamente a compreensão empática, favorecendo o reconhecimento subjetivo da pessoa idosa como agente de sua própria história. Por outro lado, a ausência de associação significativa entre atitudes e atenção empática reforça a ideia de que comportamentos empáticos podem ocorrer sem uma transformação atitudinal genuína, o que limita a autenticidade da relação clínica.

Um dos achados mais relevantes — e desfavoráveis — foi a estabilidade dos escores de atitude frente ao idoso ao longo da formação, sem diferenças entre os períodos iniciais, intermediários e finais do curso. Isso indica que o processo formativo não tem promovido mudanças significativas nesse domínio, revelando uma lacuna na capacidade da escola médica de influenciar positivamente as atitudes dos estudantes ao longo do tempo. Esses resultados reforçam a urgência de incorporar, de forma mais sistemática e intencional, metodologias ativas, experiências supervisionadas com idosos e espaços formais de reflexão crítica sobre o envelhecimento, a fim de estimular tanto a empatia quanto a revisão de crenças e valores.

Adicionalmente, fatores sociodemográficos como sexo, especialidade pretendida, contato prévio com idosos na graduação e experiências pessoais demonstraram impacto variável sobre os escores de empatia e, em menor grau, sobre as atitudes. Esses dados indicam que o desenvolvimento da empatia e a formação de atitudes não se dão apenas por exposição ao conteúdo teórico, mas envolvem também aspectos relacionais, subjetivos e contextuais que devem ser considerados em propostas curriculares mais integradas. Reavaliar o momento e a

qualidade de contato com os idosos durante a graduação pode ser a chave para a mudança real e ideal dos constructos analisados.

Observou-se, ainda, uma predominância de respostas de participantes do sexo feminino. Esse achado pode ser explicado, em parte, pelo maior número de mulheres matriculadas nos cursos de graduação em Medicina no Brasil, fenômeno já documentado em diferentes instituições de Ensino Superior nas últimas décadas. Além disso, diversos estudos indicam que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de empatia em contextos clínicos, possivelmente em decorrência de fatores socioculturais e de socialização que valorizam comportamentos de cuidado, escuta e sensibilidade às emoções do outro. Essa diferença de gênero na empatia clínica tem sido descrita em pesquisas internacionais e nacionais, o que reforça a importância de considerar aspectos demográficos e psicossociais na interpretação dos resultados deste estudo.

Em conjunto, os achados apontam para a necessidade de revisar e fortalecer as estratégias educacionais voltadas à formação ética, empática e socialmente comprometida com a pessoa idosa, valorizando tanto o conhecimento técnico quanto a escuta, o vínculo e a superação do preconceito etário no contexto da prática médica contemporânea, tendo em vista a conhecida transição demográfica mais rápida que o padrão conhecido no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALLPORT, G. W. **The nature of prejudice**. Cambridge, MA: Addison-Wesley, 1954.
- AYALON, L. Feelings towards older vs. younger adults: results from the European Social Survey. **Educational Gerontology**, Filadélfia, v. 39, n. 12, p. 888-901, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.767620>.
- AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. **European Journal of Ageing**, [s.l.], v. 14, p. 1-4, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>.
- AZCURRA, D. S. El trabajo de observación del adulto mayor: una herramienta pedagógica para modificar actitudes ageístas en estudiantes de psicología. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 71-85, jan. 2011. Disponível em: www.scielo.org.mx/pdf/redie/v13n1/v13n1a5.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.
- BÄÇER, G.; HISAR, F. Effect of interventions for health care students to develop positive attitude toward the elderly: A meta-analysis study. **Geriatrics & Gerontology International**, Tóquio, v. 24, n. 12, p. 1370-1379, dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.15012>.
- BAILEY, B. A. **Empathy in medical students**: assessment and relationship to specialty choice. 2001. Tese (Doutorado em Filosofia) – University of Virginia, Curry School of Education, Virginia, 2001. DOI: <https://doi.org/10.18130/v3-31h1-bq20>.
- BARNETT, G.; MANN, R. E. Empathy deficits and sexual offending: a model of obstacles to empathy. **Aggression and Violent Behavior**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 228-239, mar./abr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.010>.
- BEN-HARUSH, A. *et al.* Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. **European Journal of Ageing**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 39-48, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>.
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-normaatualizada-pl.pdf> . Acesso em: 29 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 28 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário da União: Brasília, Sec.1, p. 8-11, 23 jun. 2014. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 4 set. 2025.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Censo 2022: número de idosos na população do país cresceu 57,4% em 12 anos**. Brasília: SECOM, 27 out. 2023. Disponível em: www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 27 out. 2025.

BRYANT, C. *et al.* The relationship between attitudes to aging and physical and mental health on older adults. **International Psychogeriatrics**, Nova York, v. 24, n. 10, p.1674-1683, out. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1041610212000774>.

BUTLER, R. N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 9, n. 4 (parte 1), p. 243-246, 1969. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243.

BURNES, D. *et al.* Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 109, n. 8, p. e1-e9, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>.

CARVALHO, C. R. A.; HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 417-431, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14054>.

CASPI, A. Contact hypothesis and inter-age attitudes: a field study of cross-age contact. **Social Psychology Quarterly**, Washington, v. 47, p. 74-80, mar. 1984. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/3033890>.

CHARON, R. **Narrative medicine: honoring the stories of illness**. New York: Oxford University Press, 2006.

CHOPIK, W. J.; GIASSEN, H. L. Age differences in explicit and implicit age attitudes across the life Span. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 57 (suppl. 2), p. S169-S177, ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28854609/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

COHN-SCHWARTZ, E. *et al.* Contact with older adults is related to positive age stereotypes and self-views of aging: the older you are the more you profit. **The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 78, n. 8, p. 1330-1340, ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad038>.

COSTA, M. J.; FERREIRA-VALENTE, M. A.; COSTA, P. Escala de empatia para médicos: Versão para estudantes (JSE-SPV). In: ALMEIDA, L. S.; SIMÕES, M. R.; GONÇALVES, M. M. (coord.). **Adaptação, desenvolvimento e sucesso acadêmico dos estudantes do ensino superior: instrumentos de avaliação**. Braga: Associação para o Desenvolvimento da Investigação em Psicologia da Educação, 2017, p. 124-137. Disponível em: <https://adipsieduc.pt/wp-content/uploads/2024/10/2017-Instrumentos-de-Avaliacao.pdf>. Acesso em: 5 set. 2025.

DAWIS, M. H. **Measuring individual differences: development and use of the IRI**. Chicago: University of Illinois, 1983.

DECETY, J.; COWELL, J. M. The complex relation between morality and empathy. **Trends in Cognitive Sciences**, Kidlington, v. 18, n. 7, p. 337-339, jul. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>.

EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. San Diego, CA: Harcourt Brace College, 1993.

EISENBERG, N.; EGGUM, N. D.; GIUNTA, L. Empathy-related responding: associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. **Social Issues and Policy Review**, Malden, v. 4, n. 1, p. 143-180, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2010.01020.x>.

EMERY-TIBURCIO, E. E. *et al.* **Psychological practice with older adults**. Washington: American Psychological Association, 2024. [Practice Guideline]

ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. DOI: 10.1590/0101-6628.258.

EZEQUIEL, M. C. D. G.; SONZOGNO, M. C. O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: um estudo de representações sociais. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 23, p. 123-153, 2006. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/43275>. Acesso em: 28 ago. 2025.

FALCONE, E. M. O. *et al.* Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006. Acesso em: 20 ago. 2025.

FERREIRA-VALENTE, Alexandra *et al.* Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review. **Advances in Health Sciences Education**, Dordrecht, v. 22, n. 5, p. 1293-1313, 2017. DOI: 10.1007/s10459-016-9704-7.

FHON, J. R. S. *et al.* Attitudes and perceptions about ageism among nursing students: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 32, e4116, Mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6851.4116>.

FRABONI, M.; SALTSTONE, R.; HUGHES, S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): an attempt at a more precise measure of ageism. **Canadian Journal on Aging**, Toronto, v. 9, n. 1, p. 56-66, mar. 1990. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980800016093>

GENEROSO, A. T. A. *et al.* Elaboração e validação da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC): teste piloto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 48, n. 4, e101, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2022-0304>.

HALPERN, J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 17, n. 2, p. 301-311, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>.

HALPERN, J. What is clinical empathy? **Journal of General Internal Medicine**, Fidadélfia, v. 18, n. 8, p. 670-674, ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>.

HARPER, S. Economic and social implications of aging societies. **Science**, Washington, v. 346, n. 6209, p. 587-591, out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1254405>.

HOJAT, M. *et al.* An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, Oxford, v. 38, n. 9, p. 934-41, set. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x>.

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, set. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>.

HOJAT, M. *et al.* The Devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Hagerstown, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, set. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181b17e55>.

HOJAT, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. **Educational and Psychological Measurement**, Thousand Oaks, v. 61, n. 2, p. 349-365, abr. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1177/001316401219711>.

HOJAT, M. **Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes**. New York: Springer, 2007.

HOJAT, M.; GONNELLA, J. S. Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy Medical Student Version (JSE-S): proxy norm data and tentative cutoff scores. **Medical Principles and Practice**, Basileia, v. 24, n. 4, p. 344-350, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1159/000381954>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186>. Acesso em: 27 out. 2025.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 25-34, ago. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838770003.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2025.

JEFFREY, D.; DOWNIE, R. Empathy—can it be taught? **Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**, Edimburgo, v. 46, n. 2, p. 107-112, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4997/jrcpe.2016.210>.

KALUF, I. O. *et al.* Sentimentos do estudante de medicina quando em contato com a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 13-22, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180098>.

KLEINER, A. F. R.; KOKUBUN, E.; BAUER, M. C. (org.). **Envelhecer no Brasil: da pesquisa às políticas**. Jundiaí: Paco Editorial, 2022. [Coleção Saúde em Dia, Livro 1]

KOGAN, Nathan. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, Albany, v. 62, n. 1, p. 44-54, 1961. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0048053>.

KOTTER-GRUHN, D.; HESS, T. M. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. **The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 67, n. 5, p. 563-571, set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.

KROSNICK, J. A.; JUDD, C. M.; WITTENBRINK, B. The measurement of attitudes. In: ALBARRACIN, D.; JOHNSON, B. T.; ZANNA, M. P. **The handbook of attitudes**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2005, p. 21-76.

KUSUMASTUTI, S. *et al.* When contact is not enough: affecting first year medical students' image towards older persons. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 12, n. 1, e0169977, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169977>.

LESSER, S. *et al.* Clinician knowledge and behaviors related to the 4Ms framework of age-friendly health systems. **Journal of the American Geriatrics Society**, Hoboken, v. 70, n. 3, p. 789-800, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.17571>.

LEVETT-JONES, T.; CANT, R.; LAPKIN, S. A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. **Nurse Education Today**, Edimburgo, v. 75, p. 80-94, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.006>.

LEVY, B. R. Erradication of ageism requires addressing the enemy within. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 41, n. 5, p. 578-579, out. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.578>

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, Nova York, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932. Disponível em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf. Acesso em: 20 jun. 2025.

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**, Londres, v. 17, n. 1, p. 35, fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0872-9>.

LYTLE, A.; LEVY, S. R. Reducing ageism: education about aging and extended contact with older adults. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 59, n. 3, p. 580-588, 2019. DOI: [10.1093/geront/gnx177](https://doi.org/10.1093/geront/gnx177).

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**, Edimburgo, v. 110, p. 105269-105272, 2022. DOI: [10.1016/j.nedt.2022.105269](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105269).

- MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; LUCHESI, B. M.; CHAGAS, M. H. N. Implicit attitudes toward the elderly among health professionals and undergraduate students in the health field: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 415-421, out./dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0108>.
- MEISSNER, F. *et al.* Predicting behavior with implicit measures: disillusioning findings, reasonable explanations, and sophisticated solutions. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 10, p. 2483, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02483>.
- MERCER, S. W.; REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 52, p. S9-S12, out. 2002. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1316134/>. Acesso em: 29 ago. 2025.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qH4TjMdsXc6DGFcXQLyVymq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2025.
- MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** [Estudo Institucional nº 10]. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: 4 out. 2025.
- NASCIMENTO, H. C. F. *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 152-160, jan./mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170057>.
- NERI, A. L. **Atitudes e crenças em relação à velhice: o que pensa o pessoal do SENAC – São Paulo.** [Relatório técnico]. São Paulo: Senac, 1995.
- NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas: Unicamp, 1991.
- NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (org.) **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos.** Campinas: Papyrus, 2004.
- NERI, A. L.; JORGE, M. D. Attitudes and beliefs toward aging among undergraduate students from the education and health fields: curriculum planning contributions. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 127-137, abr./jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000200003>.
- NGO, H. L.; SOKOLOVIC, N.; JENKINS, J. M. Teaching cognitive and affective empathy in medicine: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Medical Education Online**, [s.l.], v. 30, n. 1, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/10872981.2025.2501263>.

NOJOMI, M. *et al.* Exploring the attitudes of general medical students toward older adult's care in a lower middle-income country: implications for medical education. **BMC Medical Education**, [s.l.], v. 23, n. 649, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04626-1>.

NEUMANN, M. *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. **Academic Medicine**, Filadélfia, v. 86, n. 8, p. 996-1009, ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318221e615>.

OLIVEIRA, D. S. **Modelo conceitual de cuidado a partir do protagonismo sociopolítico do idoso na atenção primária à saúde**. 2021. 161 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/51315/1/Modeloconceitualcuidado_Oliveira_2021.pdf. Acesso em: 27 out. 2025.

OSGOOD, C. E.; SUCI, G. I.; TANNENBAUM, P. H. **The measurement of meaning**. Urbana: University of Illinois Press, 1957.

PAIVA, A. H. *et al.* Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1 (suppl. 1), p. 296-304, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/XR8ttZzf8N5c4mnW9v9Qtct/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2025.

PERONI, F. M.; VERÍSSIMO; L. C. G.; SHIBATA, L.G. **Envelhecimento e cuidados à dependência no Brasil**. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/portuguese/document/Envelhecimento-e-cuidados-a-dependencia-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 27 out. 2025.

PODHORECKA, M. *et al.* Who will treat older patients? Should medical education focus more on activities aimed at displaying positive attitudes toward older people? The prevalence of ageism among students of medical and health sciences. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 10, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1032487>.

RELLO, C. F.; BRAVO, M. D. L.; PLATA, R. M. M. Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. **Revista Prisma Social**, Madri, n. 21, p. 108-122, 2018. Disponível em: <https://revistaprismasocial.es/ps/article/view/2425>. Acesso em: 25 out. 2025.

REUBEN, D. B. *et al.* Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. **Journal of the American Geriatrics Society**, Baltimore, v. 46, n. 11, p. 1425-1430, nov. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb06012.x>.

REVENSON, T. A. Compassionate stereotyping of elderly patients by physicians: Revising the social contact hypothesis. **Psychology and Aging**, Washington, v. 4, n. 2, p. 230-234, jun. 1989. DOI: <https://doi.org/10.1037//0882-7974.4.2.230>.

- RODRIGUES, C. C.; TODARO, M. A.; BATISTA, C. B. Teaching health of the elderly in a medical course: challenges in the education for care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e200715, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/INTERFACE.200715>.
- ROGERS, C. R. Empathic: an unappreciated way of being. **The Counseling Psychologist**, Irvine, v. 5, n. 2, p. 2-10, 1975. DOI: <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>.
- ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- SAMPAIO, A. A. S. *et al.* Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 151-164, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5380/psi.v12i1.9537>
- SAMPAIO, C. T.; SAMPAIO, S. M. R. **Educação inclusiva**: o professor mediando para a vida. Salvador: EDUFBA, 2009.
- SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. S.; ROAZZI, A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200002>.
- 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**, Nova York, v. 61, n. 7, p. 1188-1196, jul. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.12312>.
- SAN-MARTÍN-GAMBOA, B. *et al.* Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: a prospective cohort study in health sciences students. **Nursing Open**, [s.l.], v. 10, n. 6, p. 3854-3861, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.1643>.
- SÃO JOSÉ, J. M. S. *et al.* Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 59, n. 2, p. e98-e108, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>.
- SCHWARTZ, L. K.; SIMMONS, J. P. Contact quality and attitudes toward the elderly. **Educational Gerontology**, Londres, v. 27, n. 2, p. 127-137, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1080/03601270151075525>.
- SEQUEIRA, D. S.; SILVA JIMÉNEZ, D. Estereotipos sobre la vejez en estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad UCINF. **Revista Akadèmia**, Santiago, v. 7, n. 1, p. 103-119, ago. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ugm.cl/bitstream/handle/20.500.12743/1413/Estereotipos%20sobre%20la%20vejez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2025.
- SHAPIRO, J.; MORRISON, E.; BOKER, J. Teaching empathy to first-year medical students: evaluation of an elective literature-and-medicine course. **Education for Health**, Abingdon, v. 17, n. 1, p. 73-84, mar. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1080/13576280310001656196>.
- SILVA, A. M. S.; SOUZA, L. E. C.; AIRES, L. C. Systematic review of instruments of attitudes towards the older persons and aging. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 64-73, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2022.2101.20074.07>.

SILVA, J. A. C. *et al.* Teaching empathy in healthcare: an integrative review. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 715-724, out./dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304563PT>.

SIMIÃO, M. M. R. *et al.* Questionário Palmore-Neri-Cachioni de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice: atualização e validação de conteúdo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e8892, abr./jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418892P>.

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, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.13398>.

SPSS 23.0 for Windows (Software Estatístico).

STEPIEN, K. A.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy: a review. **Journal of General Internal Medicine**, Filadélfia, v. 21, n. 5, p. 524-530, maio 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>.

STUCK, A. E.; STEVE, I. Comprehensive geriatric assessment for older adults. **BMJ Clinical Research**, Londres, v. 343, d6799, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d6799>.

USHERWOOD, T. **Understanding the consultation**: evidence, theory and practice. Londres: McGraw-Hill Education, 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**, Arlington, v. 76, n. 1, p. 9, fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5688/ajpe7619>.

WALD, H. S. *et al.* Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: the REFLECT rubric for assessing reflective writing. **Academic Medicine**, Filadélfia, v. 87, n. 1, p. 41-50, jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31823b55fa>.

WISMANN, A. *et al.* An age-friendly approach to primary care in an academic health system. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 72, suppl. 3, p. S23-S35, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.18848>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on ageism**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: www.who.int/publications/i/item/9789240016866. Acesso em: 15 jul. 2025.

WYMAN, M. F.; SHIOVITZ-EZRA, S.; BENDEL, J. Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In: AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. (ed.). **Contemporary perspectives on ageism**. Cham: Springer International Publishing, 2018. p. 193-212. [International Perspectives on Aging, 19]

ZDUN-RYŻEWSKA, A.; SOBCZAK, K.; RUDNIK, A. Fatigue, pro-social attitude and quality of life as predictors of empathy in medical and social-oriented students. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basileia, v. 19, n. 23, p. 15853, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315853>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA ATITUDES EM RELAÇÃO AO IDOSO E EMPATIA CLÍNICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA BRASILEIROS

PESQUISADOR: ELIANE PERLATTO MOURA

PESQUISADOR PARTICIPANTE: BRUNO BRANDÃO DIAS FERREIRA PINTO

ENDEREÇO: RUA LIBANO, 66 - ITAPOA

TELEFONE DE CONTATO: (31) 982267999

E-MAIL: eliane.perlatto@unifenas.br; elianeperlatto@gmail.com

PATROCINADORES: não se aplica

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(a) senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

Informações da pesquisa

Justificativa: O aumento da idade média da população brasileira requer um novo olhar do sistema de saúde, no que se refere ao cuidado do paciente idoso. Diante deste contexto, as instituições de ensino devem se preparar para formar médicos com uma visão mais holística dessa população. Conhecer a atitude dos estudantes de Medicina sobre essa faixa da população e também a sua relação com a empatia clínica é fundamental para embasar estratégias curriculares efetivas, uma vez que as atitudes são importantes preditores do comportamento.

Objetivo: Avaliar a relação entre a atitude em relação ao idoso e a empatia clínica dos estudantes de Medicina brasileiros.

Objetivos específicos:

Avaliar a atitude em relação ao idoso dos estudantes de medicina brasileiros;

Avaliar a influência das características sociodemográficas, crenças e cultura dos estudantes na atitude em relação ao idoso;

Avaliar a empatia clínica em relação ao idoso dos estudantes de medicina brasileiros;

Avaliar a influência das características sociodemográficas, crenças e cultura dos estudantes na empatia clínica em relação ao idoso.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que será conduzido por meio de questionário autorespondido para avaliação da atitude em relação ao idoso e da empatia clínica dos estudantes de Medicina.

Se você aceitar participar deste estudo, você irá responder o questionário de empatia e outro sobre dados sociodemográficos.

Riscos e Desconfortos: Com relação ao preenchimento do questionário, existe o risco de constrangimento, cansaço e da possibilidade de reconhecer sua identidade (sigilo). Para se evitar tais desconfortos, você poderá responder o questionário em um local que lhe agrade, com o tempo que for necessário. Sua identidade será mantida em sigilo e não constará nos resultados da pesquisa. Para minimizar o potencial risco de sua violação, serão estabelecidas medidas para garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Benefícios: Não haverá benefício direto para você, porém, os aspectos que serão levantados nesse estudo poderão beneficiar a sociedade através do aprimoramento da formação médica e ajudar as instituições de ensino na formulação de estratégias de humanização da Medicina.

Privacidade e Confidencialidade: Os seus dados serão analisados em conjunto com outros estudantes, não sendo divulgado 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.

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

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.

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.

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.

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:

Pesquisador: Eliane Perlatto Moura
 Telefone: (31)982267999
 Endereço: Rua Líbano, 66 Itapoa - BH
 E-mail: elianeperlatto@gmail.com

Acesso a instituição:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:
 Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG
 Telefone: (35) 3299-3137
 E-mail: comitedeetica@unifenas.br
 Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

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 dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

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

NOME: _____

RG: _____ SEXO: M F ND

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____
 CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
 TELEFONE: _____
 E-MAIL: _____

RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: _____
 GRAU DE PARENTESCO: _____
 RG: _____ SEXO: M F ND
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

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		

Representante Legal		

Pesquisador Responsável	Voluntário	Representante Legal

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

NOME: _____
 ASSINATURA: _____
 RG: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome	
2. Idades (em anos):	e-mail:
3. Sexo	☐ feminino ☐ masculino ☐ não quero informar
4. Estado civil	☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ União Estável
5. Período/ano do curso	☐ _____
6. Especialidade pretendida	☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ Clínica/cirúrgica
7. Possui alguma deficiência ou condição debilitante?	☐ Sim ☐ Não
8. Possui alguma doença crônica?	☐ Sim ☐ Não
9. Possui alguma doença crônica potencialmente debilitante?	☐ Sim ☐ Não
10. Possui experiência/ vivência com doença crônica ou grave?	☐ Sim ☐ Não Defina:
11. Convive regularmente com os avós ou com outros parentes idosos?	☐ Sim ☐ Não Defina:
12. Desenvolve ou já desenvolveu algum trabalho profissional ou voluntário envolvendo algum tipo de atendimento a idosos?	☐ Sim ☐ Não Defina:
13. Teve/Tem experiência prática, na graduação, em um ambiente especializado no cuidado da pessoa idosa?	☐ Sim ☐ Não Defina:
14. Já cursou alguma disciplina sobre velhice	☐ Sim ☐ Não Defina:
15. Lê ou já leu livros de literatura sobre velhice/ envelhecimento?	☐ Sim ☐ Não
16. Escola pública ou privada?	☐ Pública ☐ Privada
17. Qual a classe social se considera?	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE NERI DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE

Anexo 1. Escala Neri de Avaliação em Relação à Velhice

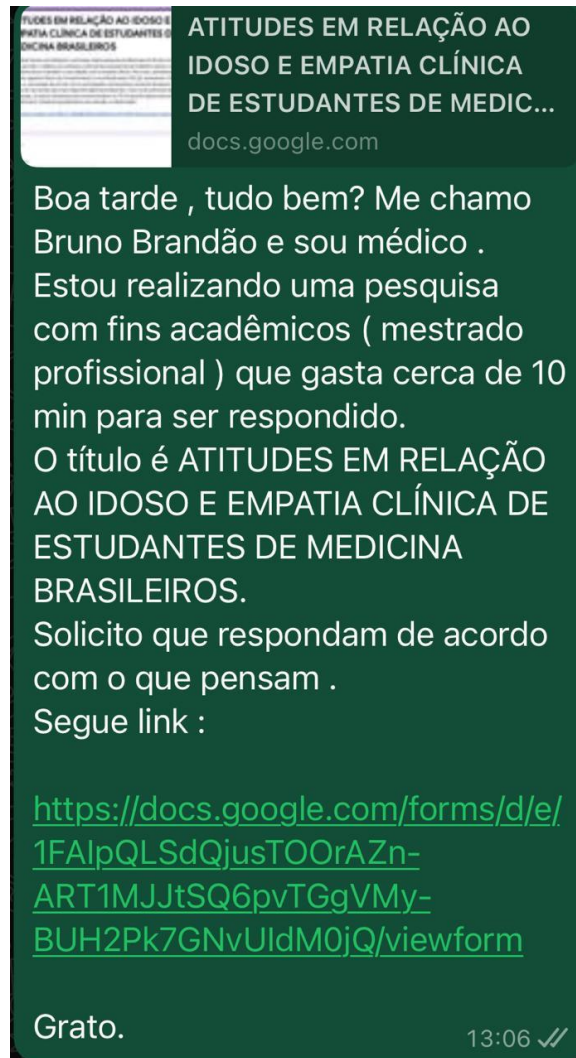
O IDOSO É:

1.	SÁBIO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	TOLO
2.	CONSTRUTIVO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESTRUTIVO
3.	BEM-HUMORADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	MAL-HUMORADO
4.	ACEITO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	REJEITADO
5.	CONFIANTE	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESCONFIADO
6.	ENTUSIASMADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DEPRIMIDO
7.	INTEGRADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	ISOLADO
8.	ATUALIZADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	ULTRAPASSADO
9.	VALORIZADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESVALORIZADO
10.	AGRADÁVEL	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESAGRADÁVEL
11.	SAUDÁVEL	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DOENTIO
12.	CORDIAL	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	HOSTIL
13.	ATIVO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	PASSIVO
14.	SOCIÁVEL	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	INTROVERTIDO
15.	INTERESSADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESINTERESSADO
16.	ESPERANÇOSO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DESESPERADO
17.	GENEROSO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	MESQUINHO
18.	INDEPENDENTE	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DEPENDENTE
19.	PRODUTIVO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	IMPRODUTIVO
20.	PROGRESSISTA	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	RETRÓGRADO
21.	CLARO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	CONFUSO
22.	CONDESCENTE	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	CRÍTICO
23.	PRECISO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	IMPRECISO
24.	SEGURO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	INSEGURO
25.	CONCENTRADO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	DISTRAÍDO
26.	RÁPIDO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	LENTO
27.	FLEXÍVEL	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	RÍGIDO
28.	CRIATIVO	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	CONVENCIONAL
29.	PERSISTENTE	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	INCONSTANTE
30.	ALERTA	()1 ()2 ()3 ()4 ()5	EMBOTADO

ANEXO B – ESCALA BRASILEIRA DE EMPATIA CLÍNICA (EBEC)

INSTRUÇÕES	D i s c o r d o t o t a l m e n t e	D i s c o r d o p a r c i a l m e n t e	N ã o c o n c o r d o n e m d i s c o r d o	C o n c o r d o p a r c i a l m e n t e	C o n c o r d o t o t a l m e n t e
1. Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.	①	②	③	④	⑤
2. Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.	①	②	③	④	⑤
3. Para compreender o paciente, devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.	①	②	③	④	⑤
4. Com frequência me envolvo emocionalmente com a história do paciente.	①	②	③	④	⑤
5. Refletir sobre os desejos e as necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.	①	②	③	④	⑤
6. O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.	①	②	③	④	⑤
7. A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.	①	②	③	④	⑤
8. Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.	①	②	③	④	⑤
9. Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.	①	②	③	④	⑤
10. As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.	①	②	③	④	⑤
11. Devo indicar sempre o melhor tratamento, independentemente do seu impacto financeiro na vida do paciente.	①	②	③	④	⑤
12. Se o paciente apresenta uma doença grave, fico preocupado mesmo após o término da consulta.	①	②	③	④	⑤
13. As crenças pessoais e os julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.	①	②	③	④	⑤
14. Acredito que, na elaboração do plano terapêutico, as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.	①	②	③	④	⑤
15. Devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.	①	②	③	④	⑤
16. Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.	①	②	③	④	⑤
17. Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.	①	②	③	④	⑤
18. As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.	①	②	③	④	⑤
19. Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.	①	②	③	④	⑤
20. Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.	①	②	③	④	⑤
21. As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.	①	②	③	④	⑤

ANEXO C – MENSAGEM DE CONVITE À PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA NO WHATSAPP



ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES EM RELAÇÃO AO IDOSO E EMPATIA CLÍNICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA BRASILEIROS

Pesquisador: Eliane Perlatto Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82297924.7.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.120.002

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa que será conduzido por meio de questionário auto respondido para avaliação da atitude em relação ao idoso e da empatia clínica dos estudantes de medicina.

Introdução:

Na atualidade, com o aumento da expectativa de vida, as discussões sobre o envelhecimento passaram a receber atenção nas produções científicas. O aumento da idade média da população no Brasil representa um desafio significativo tanto para a educação médica quanto para o sistema de saúde (Kleiner, 2022). A rápida mudança nos padrões demográficos e de saúde pode não estar sendo adequadamente suportada por uma formação médica que atenda às necessidades específicas desse grupo populacional. O preconceito contra a idade foi intitulado ageism pela primeira vez pelo psicólogo Robert Butler (1969). O etarismo é visto como um fenômeno multidimensional e a definição de atitude tem sido usualmente utilizada pelos pesquisadores para compreender as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental desse fenômeno. Geralmente, a discriminação contra idosos ocorre de forma naturalizada e aceita socialmente sem grandes contestações. Embora evidencie-se o aumento da população idosa mundialmente, comparativamente a outras formas de preconceito, o etarismo é menos estudado (de Sousa Silva *et al.*, 2022). Um estudo recente baseado no Inquérito Social Europeu concluiu que o preconceito de idade é o tipo de discriminação mais prevalente, relatado por quase 35% de todos os participantes com mais de 18 anos (Ayalon 2013). Quando atitudes idadistas aparecem nos profissionais de saúde, elas afetam negativamente a saúde dos idosos porque tais atitudes levam a comportamentos discriminatórios, incluindo comunicação de saúde inadequada

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000 **UF:** MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

com o paciente e família, subdiagnóstico, falta de tratamento, exclusão da pesquisa e negação de acesso à saúde serviços e tratamento. (San-Martín-Gamboa *et al.*, 2023). Os estereótipos de idade internalizados contribuem consideravelmente para o preconceito de idade, tanto em relação a si próprio como em relação aos outros (isto é, preconceito de idade orientado para si próprio versus outro). Os jovens internalizam as visões sociais predominantemente negativas dos idosos, que moldam as suas autopercepções do envelhecimento à medida que envelhecem (Kotter-Grühn; Hess 2012; Levy, 2003; Rothermund; Brandtstädter 2003). O preconceito de idade não é apenas uma experiência interna, manifesta-se em vários ambientes e contextos. Em particular, o preconceito de idade é predominante no setor da saúde (Robb *et al.* 2002).

A imagem das pessoas em relação aos idosos é multidimensional, incluindo componentes positivos e negativos. É essencial investigar esta natureza multidimensional porque nos permite examinar a variedade de crenças e atitudes que podem ser inconsistentes de tempos em tempos, destacando ainda mais a complexidade da mudança de atitudes em relação aos idosos (Kusumastuti *et al.*, 2017). Isto pode dever-se ao fato de os cuidados e os custos dos cuidados de saúde serem mais elevados entre os adultos mais velhos em comparação com os adultos mais jovens e deverão aumentar ainda mais com o aumento da esperança de vida (Rechel *et al.*, 2013). Embora, nem sempre explicitamente declarado, este argumento pode ser, pelo menos parcialmente, responsável por tratamentos e práticas diferenciadas relativas à alocação de uma quantidade finita de conhecimento dos médicos, tais como a falta de rastreio de várias condições na velhice, restrições baseadas na idade para cirurgias de transplante, e a falha em oferecer tratamentos inovadores, de reabilitação ou caros para adultos mais velhos (Ayalon; Tesch-Römer, 2017). A pandemia da doença coronavírus 2019 (COVID-19) destacou o preconceito de idade na sociedade. Os idosos estão na vanguarda como grupo de risco e população vulnerável, influenciando a forma como são vistos. Neste contexto, muitos estudos alertaram para o potencial de aumento do preconceito de idade e da discriminação contra os idosos durante a pandemia de COVID-19 (San-Martín-Gamboa *et al.*, 2023). O olhar para o idoso demanda uma concepção ampliada de saúde, que não tenha como horizonte normativo a patologia. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que direciona a assistência ao idoso no Brasil, reforça a importância do ensino da saúde do idoso ainda nas graduações.

O modelo biomédico de Atenção à Saúde versa sobre seu enfoque na doença e nas práticas de cura e intervenção com fármacos e cirurgias, com restrita abordagem ao doente em sua integralidade e pouca ou inexistente compreensão das dimensões de prevenção e promoção da saúde no processo de cuidado. Considerando que tal modelo tem sido hegemônico, tanto no ensino quanto na assistência em saúde, nos indagamos sobre o ensino do cuidado com o idoso diante de tal contexto, visto que o fazer médico se dá necessariamente na ordem da ação humana, e demanda tanto intervenções essencialmente técnicas como também conhecimentos e habilidades relacionais e psicossociais (Rodrigues *et al.*, 2021). É importante uma formação que possibilite o nascimento de uma nova imagem desse profissional, no caso o médico, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente idoso em sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico (Carvalho; Hennington, 2015). Nesse sentido, a empatia se destaca como 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. 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

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000 **UF:** MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

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 (Usherwood, 1999). Assim, este estudo se propõe a investigar a atitude dos estudantes em relação ao idoso e sua relação com a empatia clínica, embasado no conhecimento de que as atitudes figuram dentre os chamados “construtos hipotéticos” utilizados como elementos importantes na explicação do comportamento humano, e são determinantes na tomada de posição ante os outros, constituindo poderosos preditores do comportamento (Rodrigues *et al.*, 2002).

Hipótese:

Os estudantes de medicina têm uma percepção negativa do idoso e do cuidado da saúde do idoso, que reflete na empatia clínica demonstrada em relação a essa faixa da população.

Metodologia Proposta:

A população alvo será constituída por estudantes do curso de medicina, tanto de escolas públicas quanto privadas, dentro do território nacional. Para o recrutamento será utilizada a técnica do snowball. Inicialmente será enviado o convite para estudantes de medicina cujos pesquisadores possuem contato e em seguida será solicitado a estes estudantes que enviem o convite para outros estudantes da sua instituição e de outras instituições de ensino médico brasileiras. Os participantes receberão um convite por meio do whatsapp ou email para participar do estudo que será conduzido através de preenchimento de questionário online. No e-mail será enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informará os objetivos da pesquisa, os tópicos que serão abordados na entrevista, a garantia do sigilo e o respeito à vontade do participante se porventura, não quiser responder alguma questão ou não houver mais o desejo de participar da pesquisa, potenciais riscos e benefícios. O participante será orientado a enviar o TCLE assinado para os pesquisadores e será enfatizada a importância de o participante guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. A confirmação da participação no estudo será feita pelo participante através de resposta ao e-mail. O participante pode rubricar e assinar o TCLE em meio físico, através do documento, assinatura e escaneamento; ou de forma digital ou eletrônica. O resultado da pesquisa será apresentado para os participantes da pesquisa através de um artigo, que será redigido no final da pesquisa. Este artigo será encaminhado para o endereço eletrônico dos participantes.

Critério de Inclusão:

Ser discente do curso de medicina; Ter preenchido o TCLE (APÊNDICE 1); Ter mais de 18 anos.

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000 **UF:** MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

Crêterios de Exclusão:

Recusa do preenchimento do questionário ou o preenchimento incompleto dos mesmos;

Discente de outro curso da área de saúde;

Discente do curso de medicina de instituições estrangeiras.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar a relação entre a atitude em relação ao idoso e a empatia clínica dos estudantes de medicina brasileiros.

Objetivo Secundário:

Avaliar a atitude em relação ao idoso dos estudantes de medicina brasileiros;

Avaliar a influência das características sociodemográficas, crenças e cultura dos estudantes na atitude em relação ao idoso;

Avaliar a empatia clínica em relação ao idoso dos estudantes de medicina brasileiros;

Avaliar a influência das características sociodemográficas, crenças e cultura dos estudantes na empatia clínica em relação ao idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Com relação ao preenchimento do questionário, existe o risco mínimo de constrangimento, cansaço, possibilidade de reconhecer sua identidade, invasão de privacidade, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE), além de tomar o tempo do sujeito. Dessa forma o participante terá liberdade para deixar de responder aquelas que não deseje. Se houver desconforto, o participante poderá solicitar o encerramento da pesquisa e conversar com os pesquisadores sobre o inc modo.

O estudo é confidencial e a participação será sigilosa, não havendo identificação individualizada dos sujeitos de pesquisa. Em função das limitações das tecnologias utilizadas, apesar do rigor com os procedimentos adotados, há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade.

Para minimizar o potencial risco de sua violação, serão estabelecidas medidas para garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Os dados do questionário serão transferidos para uma planilha no excel sem a identificação nominal do participante, não sendo divulgada a identificação de nenhum docente sob qualquer circunstância. Os dados serão arquivados em dispositivo eletrônico local, e será apagado todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1  ANDAR

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000 **UF:** MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

Benefícios:

O participante não terá benefício direto com a participação na pesquisa. Os aspectos que serão levantados nesse estudo poderão beneficiar a sociedade através do aprimoramento da formação médica e ajudar as instituições de ensino na formulação de estratégias de humanização da medicina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não foi encontrado nenhum óbice ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foi encontrado nenhum óbice ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi encontrado nenhum óbice ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2398803.pdf	13/08/2024 10:54:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/08/2024 10:53:13	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	13/08/2024 10:51:58	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRP_Bruno.pdf	13/08/2024 10:51:40	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao.pdf	10/08/2024 11:41:45	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Outros	NERI.pdf	10/08/2024 11:39:45	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	10/08/2024 11:39:22	Eliane Perlatto Moura	Aceito
Outros	EBEC.pdf	10/08/2024	Eliane Perlatto	Aceito
Outros	EBEC.pdf	11:39:03	Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/08/2024 11:36:49	Eliane Perlatto Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 03 de Outubro de 2024

Assinado por: MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000 **UF:** MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

ANEXO E – TABELA 4 (VERSÃO COMPLETA)

TABELA 4 – Avaliação da influência do perfil sociodemográfico nas dimensões da empatia

Característica	Escala da empatia					
	Compreensão empática		Atenção empática		Empatia global	
	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média ± d.p.	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média ± d.p.	P ₅₀ (P ₂₅ P ₇₅)	Média ± d.p.
Sexo						
Feminino	4,1 (3,6 – 4,4)	4,0 ± 0,6	4,5 (4,2 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,1 – 4,6)	4,3 ± 0,4
Masculino	3,7 (3,3 – 4,4)	3,8 ± 0,7	4,1 (3,9 – 4,6)	4,1 ± 0,5	4,1 (3,7 – 4,4)	4,0 ± 0,4
p*	0,062		< 0,001 (F > M)		< 0,001 (F > M)	
Faixa etária						
18 a 20 anos	4,1 (3,4 – 4,3)	3,9 ± 0,6	4,5 (4,0 – 4,7)	4,3 ± 0,5	4,2 (4,0 – 4,6)	4,2 ± 0,4
21 a 25 anos	4,1 (3,6 – 4,6)	4,0 ± 0,7	4,4 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,0 – 4,5)	4,2 ± 0,4
26 a 30 anos	3,9 (3,4 – 4,3)	3,8 ± 0,7	4,5 (4,1 – 4,6)	4,4 ± 0,4	4,2 (3,8 – 4,5)	4,2 ± 0,4
30 ou mais	3,9 (3,4 – 4,2)	3,8 ± 0,6	4,3 (3,8 – 4,6)	4,2 ± 0,6	4,1 (3,8 – 4,4)	4,1 ± 0,4
p**	0,340		0,631		0,239	
Estado civil						
Solteiro(a)	4,0 (3,6 – 4,4)	3,9 ± 0,7	4,4 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,0 – 4,5)	4,2 ± 0,4
Outros	3,9 (3,4 – 4,3)	3,8 ± 0,6	4,3 (4,0 – 4,6)	4,2 ± 0,5	4,1 (3,8 – 4,4)	4,1 ± 0,5
p*	0,513		0,239		0,109	
Classe social						
A	4,0 (3,1 – 4,6)	3,9 ± 0,7	4,3 (4,0 – 4,6)	4,3 ± 0,4	4,1 (3,9 – 4,5)	4,1 ± 0,4
B	4,0 (3,6 – 4,4)	4,0 ± 0,6	4,6 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,4 (4,0 – 4,6)	4,3 ± 0,4

pessoa idosa

Não	4,0 (3,3 – 4,4)	3,9 ± 0,7	4,3 (3,9 – 4,6)	4,3 ± 0,5	4,2 (3,8 – 4,5)	4,1 ± 0,4
Sim	4,0 (3,6 – 4,4)	3,9 ± 0,7	4,4 (4,2 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,0 – 4,5)	4,3 ± 0,4
p*	0,718		0,030 (N < S)		0,080	

Cursou disciplina sobre velhice

Não	4,0 (3,6 – 4,5)	3,9 ± 0,6	4,6 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,1 – 4,6)	4,3 ± 0,4
Sim	4,0 (3,4 – 4,4)	3,9 ± 0,7	4,4 (4,0 – 4,7)	4,3 ± 0,4	4,2 (3,9 – 4,5)	4,2 ± 0,4
p*	0,751		0,141		0,183	

Leitura de livros de literatura sobre velhice / envelhecimento

Não	3,9 (3,4 – 4,4)	3,8 ± 0,7	4,4 (4 – 4,6)	4,3 ± 0,5	4,2 (3,9 – 4,5)	4,2 ± 0,4
Sim	4,1 (3,6 – 4,5)	4,0 ± 0,7	4,5 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4 – 4,6)	4,3 ± 0,4
p*	0,157		0,111		0,091	

Possui outra graduação na área da saúde

Não	4,0 (3,5 – 4,4)	3,9 ± 0,7	4,4 (4,1 – 4,7)	4,4 ± 0,4	4,3 (4,0 – 4,5)	4,2 ± 0,4
Sim	4,1 (3,6 – 4,3)	3,9 ± 0,7	4,2 (4,0 – 4,6)	4,2 ± 0,5	4,1 (3,7 – 4,5)	4,1 ± 0,5
p*	0,853		0,192		0,247	

Base de dados: 203 estudantes.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: a probabilidade de significância(p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**).

	Escala das atitudes em relação ao idoso
--	---

Solteiro(a)	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,6	3,0 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,5
Outros	3,1 (2,8 – 3,6)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	2,7 (2,3 – 2,9)	2,6 ± 0,5	3,0 (2,4 – 3,4)	2,9 ± 0,5	2,9 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,4
p*	0,504		0,270		0,998		0,191		0,648	

Classe social

A	3,0 (2,7 – 3,5)	3,1 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,5	2,7 (2,3 – 2,9)	2,6 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,6)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,3)	3,0 ± 0,5
B	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,7)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,5
C/D	3,0 (2,8 – 3,2)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,3)	3,0 ± 0,6	2,7 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,5
p**	0,810		0,829		0,724		0,634		0,974	

Origem da instituição da graduação**em medicina**

Privada	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
Pública	3,2 (3 – 3,5)	3,2 ± 0,4	3,2 (3 – 3,2)	3,2 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,7 ± 0,5	3,3 (3,1 – 3,6)	3,3 ± 0,5	3,1 (2,8 – 3,2)	3,1 ± 0,4
p*	0,018 (Priv. < Púb.)		0,522		0,469		0,023 (Priv. < Púb.)		0,094	

Período

2º-4º período	3,0 (2,8 – 3,3)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,8 – 3,4)	3,1 ± 0,6	2,7 (2,3 – 3)	2,7 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5
5º-8º período	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,2 – 2,9)	2,5 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	2,9 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,5
9º-12º período	3,1	3,0 ± 0,5	3,2	3,2 ± 0,6	2,6	2,6 ± 0,6	3,1	3,1 ± 0,5	3,0	3,0 ± 0,5

debilitante

Não	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,5
Sim	3,0 (2,5 – 3,5)	3,0 ± 0,5	2,7 (2,4 – 3,4)	2,8 ± 0,6	2,3 (2,2 – 2,5)	2,4 ± 0,4	3,0 (2,3 – 3,4)	2,8 ± 0,6	2,8 (2,5 – 3,1)	2,8 ± 0,4
p*	0,925		0,103		0,104		0,314		0,238	

**Experiência com doença crônica /
grave**

Não	2,9 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,2 – 3,0)	2,5 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
Sim	3,1 (2,8 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,3)	3,1 ± 0,5	2,7 (2,3 – 2,9)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,2)	3,0 ± 0,4
p*	0,062		0,762		0,378		0,446		0,261	

**Convivência regular com parentes
idosos**

Não	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,5	3,1 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,5	2,7 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,5	3,0 (2,9 – 3,4)	3,0 ± 0,6	3,0 (2,8 – 3,2)	3,0 ± 0,4
Sim	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,1 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
p*	0,139		0,767		0,670		0,583		0,564	

**Trabalho profissional voluntário
com idosos**

Não	3,0 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,5
Sim	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,1 – 2,9)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,1 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5

p*	0,658		0,878		0,333		0,962		0,576	
Prática na graduação no cuidado da pessoa idosa										
Não	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,1 – 3,0)	2,5 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,6	2,9 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
Sim	3,0 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,7 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,5
p*	0,418		0,351		0,110		0,334		0,159	
Cursou disciplina sobre velhice										
Não	3,1 (2,8 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,2 (2,8 – 3,3)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,6 ± 0,6	3,3 (3,0 – 3,6)	3,2 ± 0,6	3,0 (2,8 – 3,3)	3,0 ± 0,5
Sim	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3,0)	2,5 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
p*	0,404		0,886		0,383		0,037 (S < N)		0,295	
Leitura de livros de literatura sobre velhice / envelhecimento										
Não	3,0 (2,8 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,0 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,4
Sim	3,0 (2,7 – 3,4)	3,0 ± 0,5	3,1 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 2,9)	2,6 ± 0,6	3,1 (2,7 – 3,4)	3,1 ± 0,6	3,0 (2,6 – 3,2)	2,9 ± 0,5
p*	0,445		0,991		0,980		0,883		0,700	

Possui outra graduação na área da

saúde

Não	3,0 (2,7 – 3,3)	3,0 ± 0,5	3,1 (2,8 – 3,5)	3,1 ± 0,6	2,6 (2,3 – 3)	2,6 ± 0,5	3,1 (2,9 – 3,4)	3,1 ± 0,6	3,0 (2,7 – 3,2)	2,9 ± 0,5
Sim	3,1 (2,8 – 3,5)	3,2 ± 0,4	3,0 (2,8 – 3,5)	3,2 ± 0,5	2,7 (2,1 – 2,9)	2,6 ± 0,6	3,0 (2,4 – 3,3)	2,9 ± 0,5	3,0 (2,7 – 3,2)	3,0 ± 0,4
p*	0,210		0,545		0,781		0,086		0,791	

Base de dados: 203 estudantes.

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Nota: a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste de Mann-Whitney (*) e ao teste Kruskal-Wallis (**).