



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB**  
**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**ELLEN TIEKO TSUGAMI DALLA COSTA**  
**MARJORYE BEZERRA PORCIUNCULA**

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO**  
**UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**Brasília**

**2020**

**ELLEN TIEKO TSUGAMI DALLA COSTA**

**RA: 21455707**

**MARJORYE BEZERRA PORCIUNCULA**

**RA: 21457620**

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO  
UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à  
Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Orientação: Profa. Ma. Debora Dornelas Belchior Costa Andrade

**Brasília**

**2020**

## RESUMO

**Introdução:** Pesquisas sugerem que a empatia compõe o conjunto de preditores significativos que relacionam a competência clínica de médicos e o prognóstico dos pacientes. Entender o nível de empatia dos acadêmicos concluintes de um curso de medicina regido por orientação das normativas de uma diretriz nacional que valoriza uma formação médica mais humanizada, é marco referencial para compreender se a vivência acadêmica desses estudantes contribui para a formação de médicos mais empáticos.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a empatia do estudante de medicina do Centro Universitário de Brasília e verificar se há influência de fatores socioeconômicos ou do semestre de medicina em que o acadêmico se encontra.

**Método:** Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo de cunho exploratório e transversal. Realizado por levantamento de dados após aplicação de questionário contendo: Perfil Socioeconômico e Escala de Empatia de Jefferson - Versão para Estudantes. O critério de inclusão foi ser acadêmico do primeiro ou do décimo-segundo semestres de medicina do Centro Universitário de Brasília. Foram excluídos os participantes que não quiseram participar e os que responderem menos de 16 dos 20 itens da Escala de Empatia de Jefferson. Realizamos a análise descritiva, o teste de Mann Whitney, o Alfa de Cronbach e utilizamos 10% como nível de significância.

**Resultado:** As características socioeconômicas dos participantes nesta pesquisa foram semelhantes às de outras pesquisas. A maioria é solteira, do sexo feminino, sem filhos e com renda familiar elevada. Este estudo sugere que não há diferença na empatia dos discentes ingressantes quando comparada à empatia dos egressos. Além disso, observou-se que ser do sexo feminino foi estatisticamente relevante para escores maiores de empatia apenas no grupo que estava iniciando o curso de medicina; e ter participado de ações sociais foi relevante na empatia dos acadêmicos concluintes.

**Considerações finais:** A empatia é um elemento-chave na relação médico-paciente, intimamente relacionada com melhores desfechos clínicos. A assistência empática deve ser um dos pilares do atendimento médico.

\* **Palavras-chave:** empatia; estudantes de medicina; educação médica

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Gráficos

<b>Gráfico 1</b> – Características Socioeconômicas - Respostas por Semestre.....	19
<b>Gráfico 2</b> – Características Socioeconômicas - Idade .....	20
<b>Gráfico 3</b> – Características Socioeconômicas - Renda Familiar por Semestre.....	21
<b>Gráfico 4</b> – Características Socioeconômicas - Religião por Semestre.....	23
<b>Gráfico 5</b> – Características Socioeconômicas - Escolaridade da Mãe por Semestre.....	23
<b>Gráfico 6</b> – Características Socioeconômicas - Escolaridade do Pai por Semestre.....	24
<b>Gráfico 7</b> – Características Socioeconômicas - Gênero .....	25
<b>Gráfico 8</b> – Características Socioeconômicas - Estado Civil.....	26
<b>Gráfico 9</b> – Características Socioeconômicas - Tipo de Residência.....	26
<b>Gráfico 10</b> – Características Socioeconômicas - Pais médicos.....	27
<b>Gráfico 11</b> – Características Socioeconômicas - Emprego.....	28
<b>Gráfico 12</b> – Pontuação na Escala Jefferson.....	32

### Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Teste de Mann Whitney no 1º semestre .....	29
<b>Tabela 2</b> – Teste de Mann Whitney no 12º semestre .....	31
<b>Tabela 3</b> – Comparação da Pontuação na Escala Jefferson .....	33
<b>Tabela 4</b> – Alfa de Cronbach no 12º semestre .....	34
<b>Tabela 5</b> - Alfa de Cronbach no 1º semestre .....	36

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais

**EUA** - Estados Unidos da América

**JSE** - Escala de Empatia Jefferson

**OSCE** - Exame Clínico Objetivo Estruturado

**SM** - salários mínimos

**UnICEUB** - Centro Universitário de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1. OBJETIVOS .....	10
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
2.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
2.2. ESTADO DA ARTE.....	14
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>16</b>
3.1 CENÁRIO E DELIMITAÇÃO DA AMOSTRA .....	16
3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E ASPECTOS ÉTICOS .....	16
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	17
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
4.1 ANÁLISE SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	19
4.1.1 <i>Resposta por Semestre</i> .....	19
4.1.2 <i>Faixa Etária</i> .....	19
4.1.3 <i>Renda Familiar</i> .....	21
4.1.4 <i>Religião</i> .....	22
4.1.5 <i>Escolaridade dos Pais</i> .....	23
4.1.6 <i>Gênero</i> .....	24
4.1.7 <i>Estado Civil</i> .....	25
4.1.8 <i>Tipo de Residência</i> .....	26
4.1.9 <i>Pais Médicos</i> .....	27
4.1.10 <i>Emprego</i> .....	28
4.2. ANÁLISE NÃO PARAMÉTRICA PARA COMPARAÇÃO DE POPULAÇÕES.....	29
4.3. ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA.....	32

4.3.1	<i>Análise de Confiabilidade da Escala Jefferson</i> .....	33
4.4.	DISCUSSÃO.....	37
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXO A</b> .....	<b>54</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Pesquisas sugerem que a empatia compõe o conjunto de preditores significativos que relacionam a competência clínica de médicos e o prognóstico dos pacientes (HOJAT et al., 2018). Observa-se na literatura que a importância da empatia na assistência ao paciente, por parte dos profissionais da área da saúde, é um consenso mundial. Entretanto, a definição de empatia, no contexto da relação profissional-paciente, ainda não é unânime (MATRAVERS, 2014).

Embasada em uma revisão da literatura relevante, a equipe de pesquisa do Jefferson Medical College definiu a empatia na assistência ao paciente como “um atributo predominantemente cognitivo que envolve uma compreensão da dor e do sofrimento do paciente, combinada com a capacidade de comunicar esse entendimento e a intenção de ajudar” (HOJAT, 2016).

Apesar de já existirem vários instrumentos, entre eles: Index de Reatividade Interpessoal - Davis de 1983; a Escala de Empatia - Hogan de 1969; e a Escala de empatia emocional - Mehrabian e Epstein de 1972, havia a necessidade de um instrumento de medição de empatia conteúdo-específico e contexto-relevante (HOJAT et al., 2018). A análise da empatia para com os pacientes deve considerar as variações culturais, de aprendizado social e de currículos na educação médica (DI LILLO et al., 2009).

Para suprir essa carência, os pesquisadores do Jefferson Medical College, nos Estados Unidos, criaram, no ano de 2000, a Escala de Empatia Jefferson (Jefferson Scale of Empathy - JSE) (BLANCO et al., 2018). Em estudos de diferentes países, a escala provou ter propriedades psicométricas satisfatórias (HOJAT, 2016). A versão do estudante (Jefferson Scale Physician Empathy - JSPE-S) é um instrumento de 20 itens, desenvolvida como escala de autorrelato para aferir a empatia no cenário da educação em saúde e atendimento ao paciente, escrita na terceira pessoa para refletir a posição secundária de observadores dos acadêmicos (HOJAT et al., 2018).

Pesquisas em diferentes continentes descreveram em seus resultados a queda nas pontuações na Escala de Empatia de Jefferson no decorrer do curso de medicina até a

especialização (HOJAT et al., 2009). Contudo, outros autores afirmam que existem variáveis socioculturais que devem ser consideradas antes de tal conclusão (ROFF, 2015). Muitas particularidades da educação médica como densa carga horária acadêmica, ênfase no científico e na objetividade podem coadjuvar para a redução da empatia (BLANCO et al., 2018).

Conquanto, se as vivências podem influenciar o nível de empatia, é possível ensinar e aprender através de um programa educacional dirigido. Observação que foi comprovada ao analisarem programas que utilizavam variados tipos de intervenção e tinham como objetivo aprimorar a empatia em estudantes de medicina, residentes e médicos (ROH et al., 2010). Os resultados sugerem ainda que a empatia maior pode perdurar após o período imediato da intervenção (KELM et al., 2014).

As evidências indicam que as Escolas Médicas devem buscar e inserir em seus currículos novas estratégias de promoção e aprimoramento do comportamento empático. E para identificar as melhores estratégias, é fundamental a utilização de instrumentos adequados para aferir a evolução da empatia nos diferentes contextos formativos e culturais (MAGALHÃES et al., 2010).

## **1.1. Objetivos**

**1.1.1. Objetivo geral:** avaliar a empatia do estudante de medicina do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB);

**1.1.2. Objetivos específicos:**

- i. Verificar se a empatia varia entre os sexos;
- ii. Analisar a influência de fatores socioeconômicos na empatia do acadêmico de medicina;
- iii. Investigar se a empatia varia entre os acadêmicos que estão iniciando e que estão concluindo a graduação em medicina no UnICEUB.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Desenvolver a empatia está entre os objetivos da educação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais de graduação em Medicina afirmam que a formação deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitando o acadêmico a atuar, guiado pelos princípios éticos, no processo de saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em todos os níveis de atenção. Promovendo a saúde integral do ser humano, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e dever com a cidadania (BRASIL, 2014).

O aprimoramento da empatia deve ocorrer durante a graduação, permitindo que os alunos tenham a oportunidade de manter um contato precoce com os pacientes. E o principal motivo dessa necessidade é o ganho que uma relação empática traz ao paciente, ao médico e ao tratamento. Eventualmente, observa-se que assistência empática é mais benéfica que qualquer medicação (THOMAZI, MOREIRA, DE MARCO, 2014).

O cuidado com empatia tem sido relacionado a maior satisfação do paciente e taxas mais baixas de burnout profissional (YUGUERO et al., 2016), maior adesão aos tratamentos e outros resultados importantes em doenças crônicas, como diabetes. Pesquisas mostraram que pacientes de médicos com altos escores de empatia evoluíram com taxas significativamente menores de complicações metabólicas agudas, quando comparados com pacientes de médicos com escores de empatia moderados e baixos (DEL CANALE et al., 2012).

### **2.1. Revisão Bibliográfica**

Assim como a China, a Índia e os EUA, há no Brasil mais de 150 faculdades de medicina. Em conjunto, esse países possuem 35% das escolas médicas no mundo (FRENK et al., 2010). Nesse contexto, aproximadamente 15.000 acadêmicos de medicina concluem a graduação a cada ano no Brasil, o que reforça a necessidade de um ensino eficiente e de qualidade (PARO et al., 2012). Dentre as diversas habilidades que devem ser desenvolvidas pelo futuro profissional, a empatia tem sido descrita como um

elemento fundamental que deve ser desenvolvido durante a graduação (HOJAT et al., 2002; STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006; BRAZEAU et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2018). Apesar de sua importância no profissionalismo médico, ainda há obstáculos na implementação do ensino da empatia (HOJAT, 2016).

A empatia foi, por muito tempo, considerada uma virtude, qualidade inata do indivíduo, porém estudos sugerem que ela pode ser aprendida e aprimorada ao longo da vida, sendo associada tanto à inteligência emocional quanto às relações interpessoais (SCHUTTLE et al., 2001; STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006). Por exemplo, o estudo de Hein et al. (2016) demonstra que o córtex insular anterior está relacionado com a aprendizagem de empatia. Segundo o estudo, quando uma pessoa recebe ajuda de alguém que não pertence ao grupo, essa pessoa que foi ajudada passa a ter mais empatia por pessoas fora do seu grupo (HEIN et al., 2016). Similarmente, um estudo australiano, demonstrou que há maior densidade de substância cinzenta na região da ínsula em participantes com maiores escores de empatia afetiva e maior densidade em regiões do córtex frontal em participantes com maiores escores de empatia cognitiva (ERES et al., 2015). A empatia, conseqüentemente, é passível de mudanças tanto positivas quanto negativas ao longo do curso de medicina (HOJAT, 2016).

No âmbito clínico, a empatia tem sido descrita em quatro contextos. No contexto emotivo, ela seria a habilidade de imaginar as emoções do paciente; já no moral, está relacionada com a motivação interna do médico de ter empatia; no contexto comportamental, seria a capacidade de transmitir a compreensão dos sentimentos e perspectivas ao paciente; por fim, no aspecto cognitivo, a empatia seria a habilidade intelectual de identificar e entender as emoções e perspectivas do paciente (STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006). De acordo com essa visão multicontextual, a empatia é afetada tanto pelo engajamento emocional quanto pelo entendimento intelectual (STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006). Similarmente, Hojat et al. (2009) define empatia na educação médica como um atributo predominantemente cognitivo, o que envolveria a compreensão das experiências vividas pelo outro.

Apesar da maior popularidade que a palavra empatia ganhou no últimos anos, não há consenso quanto à sua definição. Seguiremos a definição proposta por Hojat (2016) de que empatia cognitiva ou empatia clínica significa entender a dor, sofrimento, experiências e preocupações do paciente; empatia emocional ou afetiva significa sentir a dor e o sofrimento do paciente, o que seria sinônimo de simpatia.

Na prática médica, acredita-se que a empatia influencia a satisfação do paciente, adesão ao tratamento e satisfação profissional, devendo, assim, ser encorajada no ensino médico (HOJAT et al., 2002; STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006; BRAZEAU et al., 2010). Ademais, o estudo de West et al. (2006) demonstra que a diminuição da empatia está associada ao maior risco de erros médicos.

Pesquisas demonstram que a empatia tende a piorar com o decorrer dos anos se não houver programas educacionais que foquem no fortalecimento e desenvolvimento da empatia durante a graduação (HOJAT, 2016). Além de promover educação e atividades para melhorar a empatia dos acadêmicos, deve-se observar a necessidade de programas para manter e reforçar o que for alcançado (HOJAT, AXELROD, SPANDORFER & MANGIONE, 2013).

O estudo de Youssef et al. (2014) sugere que a diminuição da empatia em discentes concluintes relaciona-se ao enfraquecimento do seu aspecto afetivo, em decorrência das inúmeras desafiadoras experiências clínicas nesse período. Conclui que há a necessidade de, além de promover treinamento na habilidade de empatia, fortalecer estratégias de processamento cognitivo para quando os acadêmicos forem expostos a essas situações (YOUSSEF et al., 2014). Nesse contexto, Yaghmaei, Monajemi e Soltani-Arabshahi (2014), demonstram que cursos de técnicas de contar histórias são possivelmente efetivos para manter a empatia do acadêmico em relação ao paciente durante o decorrer da graduação.

O estudo de Hojat (2016) sugere abordagens para melhorar a empatia de profissionais de saúde: treinamento em habilidades interpessoais (identificar, explorar e confirmar as emoções do paciente); gravar a consulta para reconhecer fatores positivos

e negativos da entrevista com o paciente; exposição do acadêmicos a profissionais modelos ou mentores; interpretação de papéis; experiência de hospitalização (atividade em que o acadêmico seria internado em um hospital sem revelar sua verdadeira identidade); estudar literatura (melhora a habilidade de utilizar metáforas e a compreender os sentimentos do outro); escrita reflexiva, entre outros (HOJAT, 2016). Em sua revisão, Everson, Levett-Jones e Pitt (2018) apontam o uso de *mindfulness* para a redução de estresse e programas que incorporam o filme "Wit" demonstraram efeito na melhora da empatia. Além disso, estudos sugerem que simulações podem ser uma metodologia efetiva para o desenvolvimento de empatia nos estudantes da área da saúde (BEARMAN et al., 2015).

Nessa busca por qualidade no ensino, As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõem desenvolver uma medicina mais próxima das pessoas, com atividades que promovem o contato com o paciente desde os primeiros semestres da faculdade, desenvolvendo habilidades mais humanistas nos futuros médicos (BRASIL, 2014). Observamos que a empatia é uma qualidade valorizada na educação médica brasileira. As DCN de 2014 ressaltam a importância do cuidado centrado na pessoa com relações interpessoais horizontais, envolvendo empatia e sensibilidade na preservação da autonomia da pessoa sob cuidado (BRASIL, 2014).

Entender o nível de empatia dos acadêmicos concluintes de um curso de medicina regido por orientação das normativas das DCN de 2014, diretriz que valoriza uma formação médica mais humanizada, é marco referencial para compreender se a vivência acadêmica desses estudantes contribui para a formação de médicos mais empáticos.

## **2.2. Estado da Arte**

A Escala de Empatia Jefferson (JSE) foi reconhecida como um instrumento amplamente utilizado na pesquisa em educação médica, traduzido para 56 idiomas e usado em mais de 80 países com diferentes aplicações e resultados (HOJAT, 2016).

Estudos dos Estados Unidos da América (EUA) e da Itália mostraram as significativas associações entre as pontuações dos médicos na JSE e os resultados positivos tangíveis dos pacientes (HOJAT et al., 2018).

Em pesquisa com estudantes de medicina em Portugal, foram correlacionados os altos escores de empatia à quatro fatores de personalidade: a capacidade de aceitação, a abertura à experiência, conscienciosidade e extroversão (COSTA et al., 2014). Em outra pesquisa com acadêmicos americanos, foi possível associar os escores com as classificações de competência clínicas atribuídas pelos pacientes em 10 estações do Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) (BERG et al., 2015). A forte relação entre a manifestação da empatia e a competência clínica se repetiu em múltiplas condições médicas e tipos de consulta, sendo a avaliação realizada tanto por pacientes quanto por um observador independente de forma objetiva (OGLE, BUSHNELL, CAPUTI, 2013).

O burnout é uma síndrome caracterizada por exaustão emocional e prevalente na faculdade de medicina, atingindo até 50% dos estudantes. Em estudo realizado em um único centro, foi identificado que baixos escores na JSE estão relacionados com altos escores de burnout (BRAZEAU et al., 2010). Existe a suspeita de que certas características institucionais, de faculdades de medicina, podem contribuir para baixas pontuações dos acadêmicos em empatia. Entre elas estão: exigência de alta competência dos alunos, promoção de alta competitividade entre colegas e valorização da pesquisa em comparação com os serviços de caridade (ROH et al., 2010).

Ao comparar as pontuações na JSPE-S de acadêmicos de medicina, constatou-se que os coreanos obtiveram menores escores que os americanos, mexicanos e poloneses (ROH et al., 2010). Percebe-se que os maiores pontuadores na JSE estão mais penderes a escolherem especialidades que exigem encontros contínuos e prolongados com os pacientes (DI LILLO et al., 2010; HOJAT et al., 2018). Compreende-se também que as dissemelhanças transculturais de normas, etnia, crenças religiosas e estereótipos sexuais podem intervir ou motivar o envolvimento empático com o paciente (ROH et al., 2010).

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Cenário e Delimitação da Amostra**

Este estudo foi realizado no UniCEUB, instituição universitária particular localizada em Brasília, capital da República Federativa do Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram acadêmicos de medicina que estavam cursando o primeiro e o décimo-segundo semestre do curso.

Os estudantes do primeiro semestre foram selecionados por terem tido contato mínimo com as atividades de medicina propostas pelo UniCEUB. Já os acadêmicos do décimo-segundo semestre foram selecionados por terem tido contato pleno com as atividades propostas para a graduação em medicina do UniCEUB. Assim, avaliamos a influência das experiências acadêmicas na empatia do estudante de medicina.

Foram incluídos na pesquisa, todos os estudantes que se encontravam os semestres pré-estabelecidos, totalizando 84 acadêmicos do 1º semestre e 44 do 12º semestre. Por outro lado, foram excluídos aqueles que recusaram participar. Logo, houve 61 (71,6%) participantes do 1º semestre e 39 (88,6%) participantes do 12º semestre.

#### **3.2. Procedimento Metodológico e Aspectos Éticos**

Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB, localizado na cidade de Brasília-DF, mediante CAAE número do protocolo 22198619.3.0000.0023. Foram cumpridos todos princípios éticos dispostos na Resolução 466/2012 e no 510/16 do CNS/MS.

A pesquisa foi realizada de forma virtual por questionário anônimo respondido pelo link do Google Forms enviado para o grupo de WhatsApp das turmas participantes. Ao acessar o link da pesquisa, o acadêmico foi direcionado primeiramente para o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), tendo acesso ao questionário apenas após

ter concordado com o TCLE (APÊNDICE A). O contato do pesquisador foi disponibilizado no TCLE caso houvesse alguma dúvida por parte do participante durante a pesquisa.

Os riscos aos participantes da pesquisa foram classificados como riscos mínimos, não maiores aos existentes na vida cotidiana. Os benefícios aos participantes foram as reflexões sobre a relação médico-paciente.

A Escala de Empatia de Jefferson foi concedida pela coordenação de pesquisa da Universidade Thomas Jefferson. A autorização para o uso da escala e publicação dos resultados foi concedida em 11 de abril de 2019.

### **3.3. Análise de Dados**

Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo de cunho exploratório e transversal, realizado por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE B), que contém dois temas maiores: Perfil Socioeconômico e Escala de Empatia de Jefferson - Versão para Estudantes, validada no Brasil por Helena Paro, Iolanda Tibério e Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo.

A Escala de Empatia de Jefferson é constituída por 20 itens. O acadêmico deveria responder pelo menos 16 (80%) dos 20 itens, caso contrário, seria excluído da pesquisa. As respostas possíveis variam numa escala tipo likert com 7 posições, em que 1 significa discordo fortemente e 7 significa concordo fortemente.

Realizamos, em seguida, a análise descritiva, o teste de Mann Whitney e o Alfa de Cronbach. A análise descritiva é uma técnica exploratória de dados para descrever a amostra coletada, apresentando, assim, comportamentos e padrões da amostra.

O teste de Associação de Wilcoxon-Mann-Whitney é usado para descobrir se existe uma associação entre duas variáveis, testando a hipótese nula de que as variáveis são independentes, ou seja, não praticam efeitos na resposta uma da outra. A hipótese alternativa é que as variáveis são dependentes, ou seja, estão associadas - causam um efeito uma na outra.

Para a análise, ordenamos os valores pelo resultado na escala de Jefferson para Empatia sem a divisão pelos grupos testados, que nesse caso são as categorias das variáveis gênero, especialidade clínica, experiência com doenças graves e participação em ações sociais, estágios extracurricular e iniciação científica. Após essa etapa, somamos as posições de cada grupo no ranking da escala, permitindo empates, a fim de verificar se a diferença dessas somas foi maior em um grupo quando comparado a outros. A utilização desse teste é interessante pois permite uma boa avaliação dos grupos independente da escala utilizada ser mais homogênea ou influenciada por outliers. Para o cálculo do testes foi utilizado o software SPSS.

Por convenção normalmente utiliza-se um nível de significância de 5% ou 10% , por se tratar de um questionário avaliando o nível de empatia dos entrevistados utilizamos 10% como nível de significância. Sendo assim, quando as análises apresentarem um p-valor menor que 10% rejeita-se a hipótese nula, e é considerado que aquelas variáveis tem fortes evidências de estar associadas.

No intuito de entender e explicar melhor a escala investigada é de interesse verificar a sua consistência e precisão, pois entende-se que em cada amostra ela pode comportar-se de uma forma distinta e não necessariamente medir o que se propõe medir. Assim, utilizamos o Alfa de Cronbach para realizar essa análise, pois mede a correlação entre as variáveis do questionário com base nas respostas dadas pelos respondentes. Utilizamos o software SPSS para o cálculo do Alfa.

Participaram da pesquisa dois grupos: acadêmicos do primeiro semestre e do décimo-segundo semestre de medicina. Os estudantes do primeiro semestre foram selecionados por terem tido contato mínimo com as atividades de medicina propostas pelo UniCEUB. Já os acadêmicos do décimo-segundo semestre foram selecionados por terem tido contato pleno com as atividades propostas para a graduação em medicina do UniCEUB. Assim, avaliamos a influência das experiências acadêmicas na empatia do estudante de medicina.

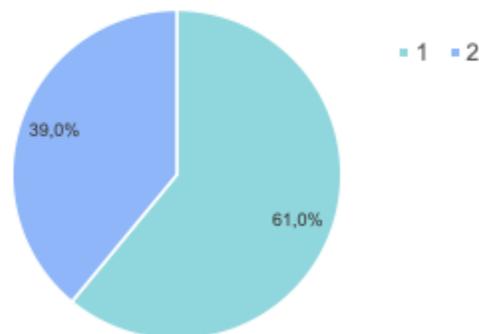
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Análise Sócio-Demográfica

#### 4.1.1. Resposta por Semestre

Observamos que 100 estudantes participaram da pesquisa. Desses, 61% faziam parte do 1º Semestre e 39% do décimo segundo, indicando uma maior participação ou presença de estudantes do 1º semestre (Gráfico 1).

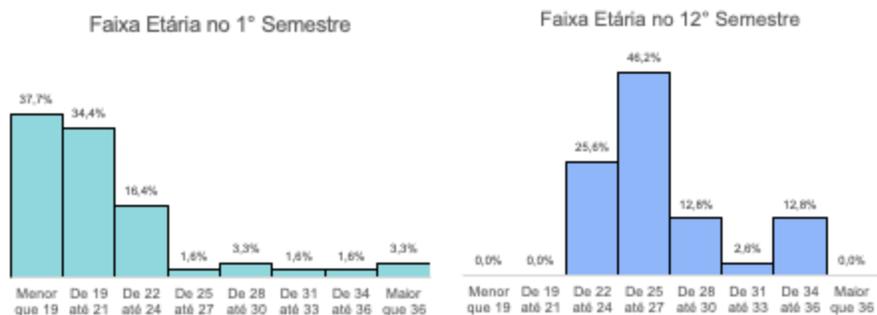
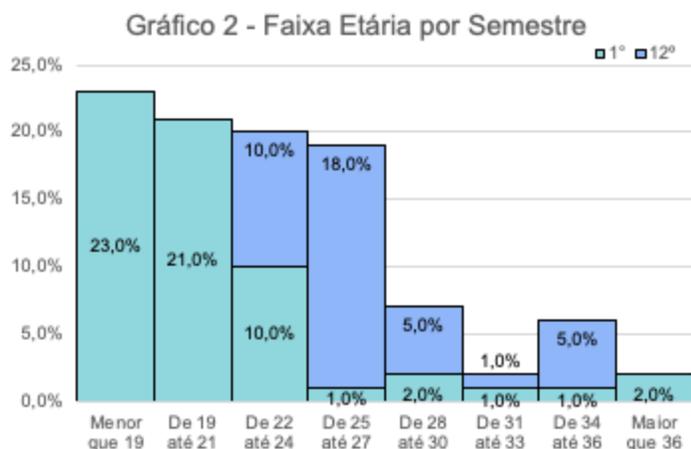
Gráfico 1 - Respostas por Semestre



Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.1.2. Faixa Etária

Analisando a faixa etária dos entrevistados (Gráfico 2) nota-se uma concentração de estudantes que estão entre menores de 19 anos até a faixa etária de 25 a 27 anos, o que representa 83% dos estudantes. Sendo que, no primeiro semestre, notamos uma maior concentração nas faixas menor que 19 anos e de 19 a 21 anos. Já no 12º semestre há uma maior concentração nas faixas de 22 a até 24 e de 25 até 27. Essa diferença de faixas etárias entre as duas turmas é esperada, já que para compor a turma do 12º semestre o estudante precisa ter concluído 11 semestres de curso. Isto é, a diferença esperada de idades entre os dois grupos é de 6 anos.



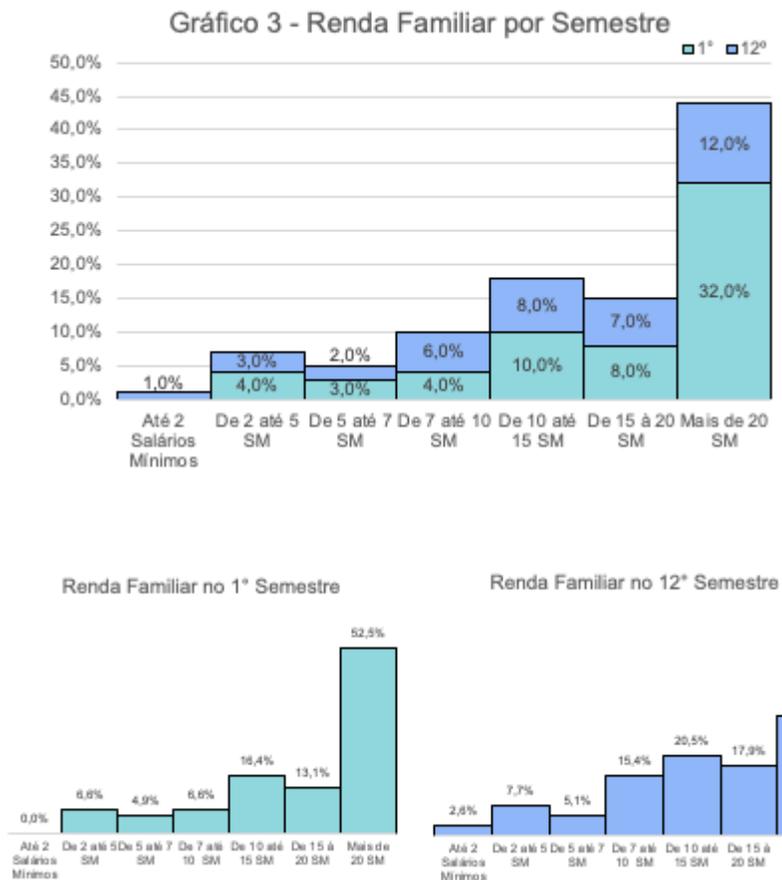
Fonte: Questionário da pesquisa

Analisando os dois semestres separadamente (Gráfico 2), os estudantes do 1º semestre estão mais concentrados nos primeiros grupos etários, com 37,7% dos estudantes na faixa de menores de 19 anos; em segundo lugar, estão os estudantes de 19 a 21 anos, com 34,4%. Em terceiro lugar, representando metade dos estudantes da categoria anterior, temos a faixa etária de 22 a 24 anos com 16,4%. As outras faixas etárias apresentaram menos de 4% de presença de estudantes.

Já para os estudantes do 12º semestre existe uma distribuição mais equilibrada entre as faixas etárias (Gráfico 2), com uma maior concentração na faixa etária de 25 a 27 anos, correspondendo a 46,2%; seguida pela faixa etária de 22 a 24 anos, representando

25,6%; e depois, com uma quantidade significativa, um empate entre as categorias de 28 a 30 anos e 34 a 36 anos, ambos apresentando 12,8% dos estudantes. As outras faixas etárias apresentaram menos de 3% de presença de estudantes.

#### 4.1.3. Renda Familiar



Fonte: Questionário da pesquisa

Analisando a Renda familiar dos entrevistados (Gráfico 3) nota-se um comportamento semelhante em ambas as turmas com uma maior concentração de estudantes a partir de 10 até 15 salários mínimos (SM) até a faixa mais de 20 SM, com

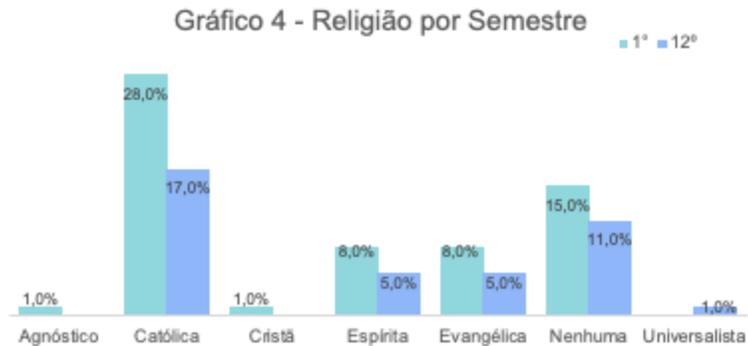
uma maior frequência, de aproximadamente 45%, dos estudantes na faixa salarial de mais de 20 Salários Mínimos.

Analisando separadamente em cada semestre (Gráfico 3), notamos que a maior frequência, e mais da metade dos estudantes do 1º semestre (52,5%), está na faixa salarial “mais de 20 SM”, seguidos pela faixa salarial de 10 a 15 SM (6,4%) e de 15 a 20 SM (13,1%). As outras faixas apresentam menos de 7% de estudantes, indicando que não é provável a representação de estudantes com essas faixas salariais.

Já analisando o 12º semestre (Gráfico 3) notamos uma distribuição mais equilibrada entre as faixas salariais, com diferenças menores entre as faixas mais frequentes e menos frequentes, porém a faixa salarial "mais de 20 SM" é a mais frequente, representando 30,8% dos estudantes. Além disso, no 12º semestre enfatizamos a presença de estudantes na faixa de até 2 salários mínimos, faixa salarial que não está presente no 1º semestre.

#### **4.1.4. Religião**

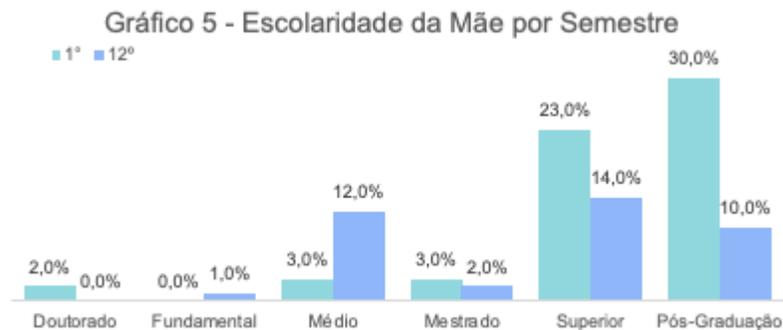
Analisando a Religião dos entrevistados (Gráfico 4), nota-se um comportamento semelhante em ambas as turmas com uma maior concentração de estudantes na religião católica representando 45% dos estudantes, sendo que a maioria está concentrada no 1º semestre representando 28% dos estudantes entrevistados e 17% nos estudantes do 12º semestre. Em segundo lugar, 35% dos estudantes responderam não ter religião, com uma diferença menor entre semestres onde 15% está no 1º e 11% no 12º. Em terceiro lugar, estão as religiões Espírita e Evangélica que apresentaram a mesma porcentagem de estudantes (13%). As outras religiões foram selecionadas por menos de 2% dos estudantes.



Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.1.5. Escolaridade dos pais

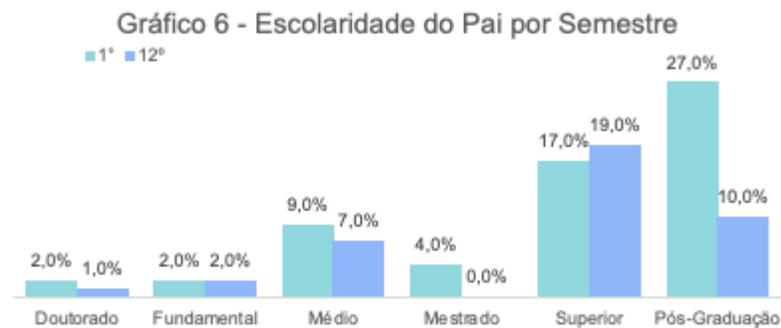
Analisando a Escolaridade da Mãe dos entrevistados (Gráfico 5), nota-se um comportamento divergente entre as turmas com uma maior concentração de mães com escolaridade Pós-graduação (30%) e de ensino superior (23%) para o 1º semestre. Já no 12º semestre, houve maior frequência na categoria de ensino superior (14%), seguida pela escolaridade de nível médio (12%) e depois o nível pós-graduação (10%). Para as outras categorias foram encontradas uma porcentagem de no máximo 3% não representando um destaque nessa variável.



Fonte: Questionário da pesquisa

Analisando a Escolaridade do Pai dos entrevistados (Gráfico 6) nota-se um comportamento divergente entre as turmas com uma maior concentração de Pais com escolaridade Pós-graduação (27%), de ensino superior (7%) e ensino médio (9%) no 1º

semestre. No 12º semestre, a ordem se inverte nas primeiras duas categorias com 19% dos pais com escolaridade ensino superior e 10% para a pós-graduação, também em 3ª categoria o ensino médio (7%), importante observar uma distribuição mais equilibrada entre as categorias dos os pais do 12º semestre com uma porcentagem mais próxima. Para as outras categorias foram encontradas uma porcentagem de no máximo 4% não representando um destaque nessa essa variável.

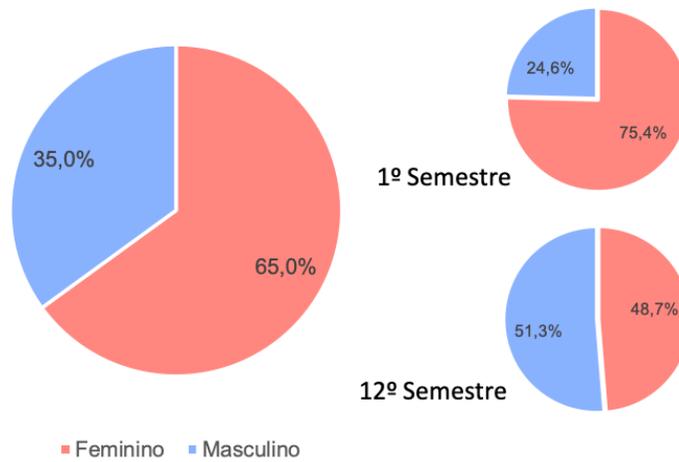


Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.1.6. Gênero

Analisando o gênero (Gráfico 7), percebemos que 65% dos entrevistados são do sexo feminino, entretanto quando dividimos por semestre notamos que esse resultado foi influenciado pela grande presença de entrevistados do sexo feminino do primeiro semestre, já que esse semestre apresenta 75,4% de estudantes do sexo feminino contra 24,6% do sexo masculino, bem discrepante do resultado do 12º semestre, que apresentou uma porcentagem mais equilibrada entre os sexos, com uma diferença de apenas de 2,6%, onde o sexo masculino nesse caso apresentou uma maior porcentagem com 51,3% e o sexo feminino 48,7%.

Gráfico 7 - Gênero

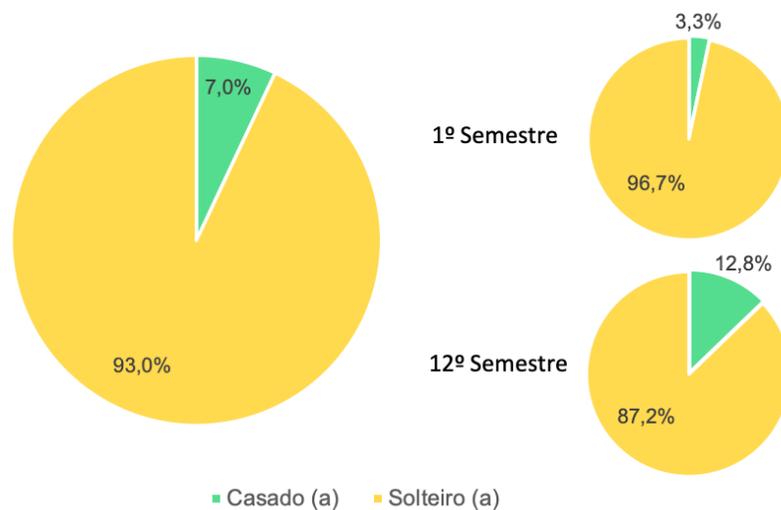


Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.1.7. Estado Civil

Analisando o estado civil (Gráfico 8), percebemos que 93% dos entrevistados são solteiros, quando dividimos por semestre notamos uma pequena diferença entre os semestres, mas o comportamento é semelhante mantendo a categoria mais frequente em ambos os casos com uma boa representatividade. No 1º semestre, 96,7% dos estudantes são solteiros e 3,3% são casados. No 12º semestre a porcentagem de solteiros reduz um pouco, sendo representada por 87,2% dos entrevistados.

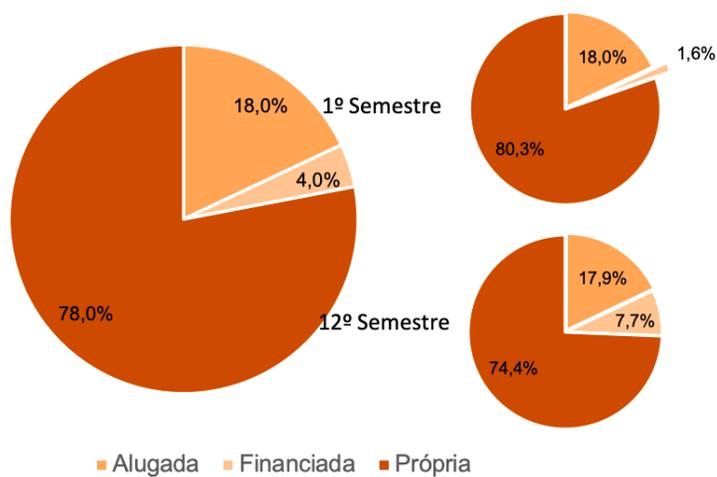
Gráfico 8 - Estado Civil



Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.1.8. Tipo de Residência

Gráfico 9 - Tipo de Residência

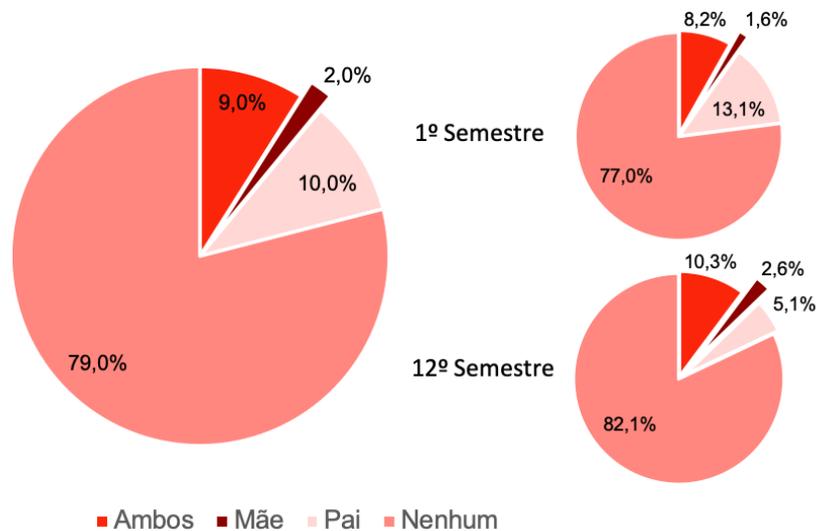


Fonte: Questionário da pesquisa

Analisando o tipo de residência do entrevistado (Gráfico 9), percebemos que 78% dos entrevistados possuem casa própria, 18% casa alugada com apenas 4% financiada, quando dividimos por semestre notamos uma pequena diferença principalmente na categoria financiada, mas o comportamento é semelhante mantendo a categoria mais frequente em ambos os casos com uma boa representatividade. No 1º semestre, 80,3% dos estudantes possuem residência própria, 18% alugada e apenas 1,6% financiada. Já no 12º semestre, a porcentagem de residência própria cai para 74,4%, mantendo a porcentagem de alugados em 17,9% e aumentando a quantidade de estudantes com casa financiada para 7,7%.

#### 4.1.9. Pais médicos

Gráfico 10 - Pais Médicos



Fonte: Questionário da pesquisa

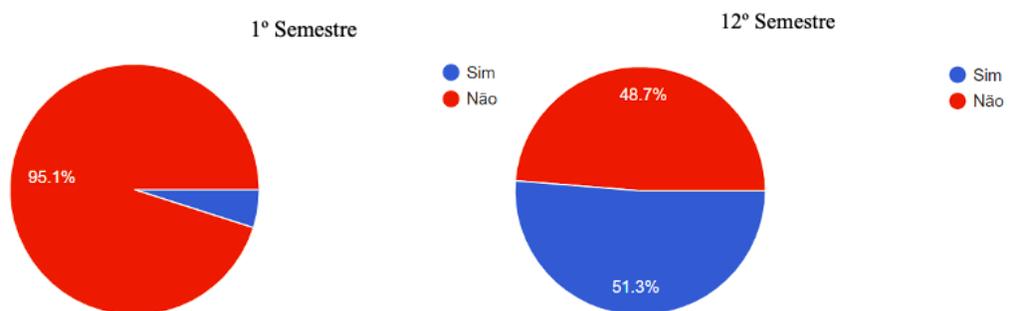
Analisando a variável Pais Médicos, percebemos que 79% dos entrevistados não possuem nenhum dos pais médicos, 10% com pai médico, 9% com ambos os pais e apenas 2% com somente a mãe médica.

Quando dividimos por semestre, notamos uma pequena diferença principalmente nas categorias ambos e pai médico, mas o comportamento é semelhante mantendo a categoria "nenhum" que é a mais frequente em ambos os casos com uma boa representatividade. No 1º semestre apresenta 77,% de estudantes com nenhum dos pais médicos, 13% com o pai médico, 8,2% com ambos os pais médicos e apenas 1,6% com mãe médica. Já no resultado do 12º semestre a porcentagem de nenhum dos pais médicos aumenta para 82,1%, seguido por ambos os pais médicos com 10,3%, 5,1% somente o pai médico e 2,6% de estudantes com mãe médica.

#### 4.1.10. Emprego

O gráfico dos acadêmicos do primeiro semestre revela que 95,1% não são empregados, uma diferença expressiva quando comparada aos acadêmicos do final do décimo segundo semestre que é representada por 48,7% (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Emprego



Fonte: Questionário da pesquisa

#### 4.2. Análise não paramétrica para comparação de populações

Para investigar se a escala de Jefferson foi influenciada na amostra por alguma variável realizamos o cruzamento dessas e utilizamos o teste de Mann Whitney que considera a soma do escore na categoria com base na quantidade de observações de cada categoria.

Na tabela abaixo, é possível observar as variáveis investigadas, a soma do escore obtido pelos estudantes de cada categoria, o N que representa quantidade de estudantes que estavam contidos na categoria da variável investigada, o U de Mann-Whitney que representa o valor encontrado no teste e a significância do teste, que representa se essa variável é estatisticamente significativa na influência das respostas obtida com os escores da Escala Jefferson. Nesse estudo foi considerado um alfa de 10%, ou seja, um valor crítico para a rejeição do P-valor de 0,1.

Analisando os resultados do 1º semestre (Tabela 1), notamos que, com exceção da variável Gênero, todas não são estatisticamente significantes para o escore obtido na Escala Jefferson, já que apresentaram uma significância (p-valor) maior de 0,1. A variável Gênero apresentou uma significância de 0,093, indicando que o gênero dos estudantes influencia no escore de empatia. Para ilustrar melhor comparemos a média de cada um das categorias, apresentado na tabela, onde podemos notar uma diferença de 6,2 pontos de empatia em média, indicando que as estudantes do gênero feminino desse semestres são mais empáticas que os estudantes do gênero masculino.

Tabela 1 - Teste de Mann Whitney no 1º semestre

	Escore Médio	N	U de Mann-Whitney	Significância
Gênero				
Feminino	121,8	46	-1,678	0,093

Masculino	115,6	15		
Ação Social				
Não	120,2	19	-0,062	0,95
Sim	120,3	42		
Estágio Extracurricular				
Não	119,6	55	-1,516	0,129
Sim	126,7	6		
Iniciação Científica				
Não	120,1	58	-0,434	0,664
Sim	124,0	3		
Teve experiência grave				
Não	118,6	20	-0,593	0,554
Sim	121,1	41		
Especialidade				
Cirúrgica	118,6	23	-1,413	0,158
Clínica	122,7	28		

---

Fonte: Teste de Mann Whitney

Analisando os resultados do 12º semestre (Tabela 2), notamos que, com exceção da variável Ação Social, todas não são estatisticamente significantes para o escore obtido na Escala Jefferson, já que estas apresentaram uma significância (p-valor) maior de 0,1. A variável Ação Social apresentou uma significância de 0,011 – bem menor do valor crítico aceitável, indicando que a participação ou não em ações sociais influencia no escore de empatia dos estudantes. Para ilustrar melhor calculamos a média de cada um das categorias, apresentado na tabela, onde podemos notar uma diferença de 6,1 pontos de empatia em média, indicando que as estudantes que participaram em Ações Sociais nesses semestres são mais empáticas que os estudantes que não participaram.

Tabela 2 - Teste de Mann Whitney no 12º semestre

	Escore Médio	N	U de Mann-Whitney	Significância
<b>Gênero</b>				
Feminino	117,4	20	-0,465	0,642
Masculino	121,6	19		
<b>Ação Social</b>				
Não	115,9	16	-2,532	0,011
Sim	122,1	23		
<b>Estágio Extracurricular</b>				
Não	110,3	12	-1,571	0,116
Sim	123,7	27		
<b>Iniciação Científica</b>				

Não	117,4	28	-1,142	0,254
Sim	125,2	11		
Teve experiência grave				
Não	123,8	9	-0,267	0,789
Sim	118,3	30		
Especialidade				
Cirúrgica	119,3	10	-0,72	0,472
Clínica	119,6	27		

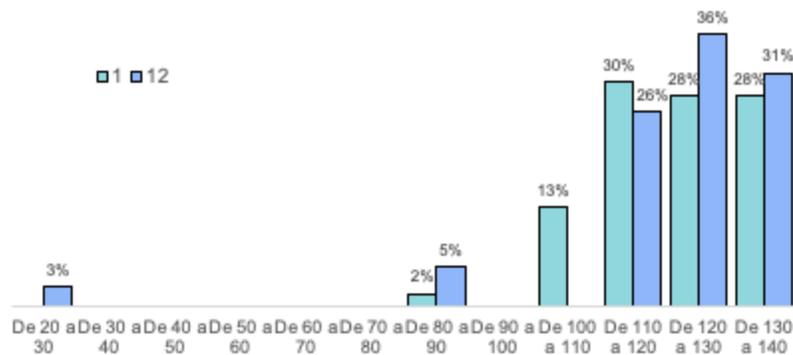
---

Fonte: Teste de Mann Whitney

### 4.3. Escala Jefferson de Empatia

A partir das respostas dos participantes no questionário de empatia obtivemos uma nota para cada. Para ilustrar melhor, apresentamos o resultado dividido por semestre (Gráfico 12) .

Gráfico 12 - Pontuação na Escala Jefferson



Fonte: Questionário da pesquisa

Com base nesses resultados, notamos que a maioria dos estudantes independente do semestre estão no intervalo de 110 a 140 pontos de empatia (Gráfico 12). Notamos uma diferença pequena entre os semestres, entretanto, o 12º apresenta uma quantidade maior de estudantes nas categorias de notas mais altas.

Importante também enfatizar que algumas pessoas apresentaram uma nota no intervalo de 20 a 30 (Gráfico 12), o que provavelmente representaria uma pessoa com baixa empatia, entretanto, pelo valor alcançado é provável que seja o caso de um estudante que não quis responder essas questões. Nesses casos, é indicado a remoção do questionário destes respondentes, pois podem estar levando a conclusões errôneas devido a não veracidade de respostas demonstradas nessa etapa.

Tabela 3 - Comparação da Pontuação na Escala Jefferson

Semestre	Escore Médio	N	U de Mann-Whitney	Significância
1º	120,3	61	-0,935	0,350

---

Fonte: Teste de Mann-Whitney

Acima, apresentamos os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney comparando a nota obtida desses estudantes em cada semestre (Tabela 3), a fim de identificar se um dos semestres apresenta uma maior empatia que o outro. Como o resultado da significância foi de 0,35 não rejeitamos a hipótese, ou seja, não temos evidências para afirmar que um dos semestres apresenta uma maior empatia que o outro.

#### **4.3.1. Análise de Confiabilidade da Escala Jefferson**

Para compreender quais perguntas da Escala Jefferson melhores identificaram a empatia, realizamos a análise de confiabilidade Alfa de Cronbach, que verifica a coesão de cada uma das perguntas que medem a escala em relação aos entrevistados

No 12º semestre, o valor de alfa de Cronbach foi de 0,92, indicando uma confiabilidade muito alta no teste indicando que o teste está representando muito bem a empatia. Porém, por apresentar valor acima de 0,9 indica que podem existir algumas perguntas redundantes ou duplicadas.

Nesse caso, é necessário investigar a redundância das perguntas que compõem a escala, para verificar se existem alguma pergunta que se fosse retirada poderia ter resultado em uma confiabilidade do teste maior. Olhando a tabela abaixo (Tabela 4), que detalha o Alfa de Cronbach, notamos que a exclusão de várias perguntas resultam em uma diminuição do Alfa, entretanto nenhuma apresenta uma queda tão expressiva, o que pode indicar que uma homogeneidade da população. Entretanto, deve-se observar que a remoção das perguntas N3,N5,N6 e N17 faz com que o Alfa se mantenha ou aumente, indicando que essas perguntas apresentam uma menor chance de estarem duplicadas.

Tabela 4 - Alfa de Cronbach no 12º semestre

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. A compreensão dos médicos sobre os sentimentos dos seus pacientes e os sentimentos das famílias dos seus pacientes não influencia o tratamento médico ou cirúrgico.	113,41	324,04	0,914
2. Os pacientes sentem-se melhor quando seus médicos compreendem os seus sentimentos.	112,82	339,73	0,913
3. É difícil para um profissional de saúde ver as coisas do ponto de vista dos pacientes.	115,92	376,6	0,931
4. Compreender a linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal na relação médico-paciente.	113,31	345,9	0,918
5. O senso / sentido de humor do médico contribui para um melhor resultado clínico.	113,59	347,99	0,92
6. Como as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos pacientes.	115,41	342,14	0,92
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante quando se obtém a história clínica.	113,31	322,17	0,912
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento.	113,49	325,52	0,914
9. Os médicos devem tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando lhes prestam cuidados.	113	341	0,915
10. Os pacientes valorizam a compreensão dos seus sentimentos por parte do médico, a qual, por si só, é terapêutica.	113,31	339,9	0,916

11. As doenças só podem ser curadas com tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços emocionais dos médicos com os seus pacientes não têm uma influência significativa no tratamento médico ou cirúrgico.	113,28	325,26	0,913
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que está acontecendo na sua vida pessoal não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	113,13	325,75	0,91
13. Os médicos devem tentar compreender o que se passa na mente dos seus pacientes, prestando atenção a suas pistas não-verbais e a sua linguagem corporal.	113,26	341,3	0,918
14. Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento de doenças médicas.	113,23	326,87	0,915
15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	113,13	340,27	0,915
16. A compreensão do estado emocional dos pacientes e das suas famílias, por parte do médico, é um componente importante da relação médico-paciente.	112,9	338,36	0,913
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	113,87	343,85	0,92
18. Os médicos não deveriam deixar-se influenciar por laços pessoais fortes com os seus pacientes e respectivos familiares.	115,13	333,06	0,916
19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte.	113,31	329,32	0,914
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.	112,92	343,13	0,917

---

Fonte: Alfa de Cronbach

No 1º semestre o valor de alfa de Cronbach foi de 0,788, indicando uma confiabilidade alta no teste, isto é, o teste está representando o muito bem constructo (no caso a empatia). Na avaliação do Alfa de Cronbach (Tabela 5), observamos que a remoção da pergunta N6 e N7 aumenta a confiabilidade do teste, indicando uma investigação mais detalhada do conceito e impacto dessas perguntas para o entrevistado.

Tabela 5 - Alfa de Cronbach no 1º semestre

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. A compreensão dos médicos sobre os sentimentos dos seus pacientes e os sentimentos das famílias dos seus pacientes não influencia o tratamento médico ou cirúrgico.	114	104,53	0,781
2. Os pacientes sentem-se melhor quando seus médicos compreendem os seus sentimentos.	113,46	111,09	0,779
3. É difícil para um profissional de saúde ver as coisas do ponto de vista dos pacientes.	115,64	108,73	0,789
4. Compreender a linguagem corporal é tão importante quanto a comunicação verbal na relação médico-paciente.	114,05	106,18	0,777
5. O senso / sentido de humor do médico contribui para um melhor resultado clínico.	114,8	103,43	0,775
6. Como as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas do ponto de vista dos pacientes.	115,51	107,75	0,79
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante quando se obtém a história clínica.	113,54	108,29	0,773

8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento.	113,8	105,03	0,776
9. Os médicos devem tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando lhes prestam cuidados.	114,18	102,72	0,775
10. Os pacientes valorizam a compreensão dos seus sentimentos por parte do médico, a qual, por si só, é terapêutica.	114,41	100,81	0,77
11. As doenças só podem ser curadas com tratamento médico ou cirúrgico; portanto, os laços emocionais dos médicos com os seus pacientes não têm uma influência significativa no tratamento médico ou cirúrgico.	113,75	106,19	0,77
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que está acontecendo na sua vida pessoal não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	113,64	112,4	0,783
13. Os médicos devem tentar compreender o que se passa na mente dos seus pacientes, prestando atenção a suas pistas não-verbais e a sua linguagem corporal.	113,84	105,71	0,773
14. Eu acredito que a emoção não tem lugar no tratamento de doenças médicas.	113,49	112,55	0,782
15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.	114,75	100,92	0,788
16. A compreensão do estado emocional dos pacientes e das suas famílias, por parte do médico, é um componente importante da relação médico-paciente.	113,54	109,22	0,776
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.	115,08	103,58	0,79
18. Os médicos não deveriam deixar-se influenciar por laços pessoais fortes com os seus pacientes e respectivos familiares.	116,51	106,65	0,783

19. Não gosto de ler literatura não médica nem aprecio outras formas de arte.	113,51	112,35	0,783
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento do paciente.	113,48	112,05	0,781

---

Fonte: Alfa de Cronbach

#### 4.4. Discussão

As características socioeconômicas dos participantes nesta pesquisa foram semelhantes às de outras pesquisas. A maioria é solteira, do sexo feminino, sem filhos e com renda familiar elevada.

Analisando o gênero dos participantes da pesquisa (Gráfico 7), percebe-se uma diferença entre as duas turmas. O 1º semestre é composto em sua maioria por estudantes do sexo feminino, alcançando 75,4%; por outro lado, no 12º semestre observamos uma participação menos expressiva do sexo feminino, representado por 48,7% dos participantes. Esse achado está de acordo com o fenômeno de feminização da medicina observado em outros estudos nacionais e internacionais (ISSA, 2013; SCHEFFER *et al.*, 2018; TINOCO *et al.*, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2018; BLANCO *et al.*, 2018).

A renda familiar dos entrevistados (Gráfico 3) é elevada, a categoria mais prevalente nos dois grupos analisados foi a de renda maior do que 20 salários mínimos, correspondendo a 52,5% no 1º semestre e 30,8% no 12º semestre. Esses resultados são similares ao estudo nacional de Sheffer *et al.* (2018), no qual 31,2% dos estudantes de faculdades privadas possuem renda familiar acima de 21 salários mínimos e aos de Nascimento *et al.* (2018), em que 49,3% dos entrevistados possuíam renda acima de 10 salários mínimos. Além disso, semelhante a outros estudos nacionais, a maioria reside em casa própria, 80,3% dos casos no 1º semestre e a 74,4% no 12º semestre (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Ambos achados sugestivos de elitização da medicina nas faculdades particulares, provavelmente pelos custos elevados do curso de medicina.

Observa-se também que a maioria dos acadêmicos possui pais com ensino superior completo (Gráfico 5 e 6), similar aos achados nacionais (SCHEFFER *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A escolaridade das mães e dos pais dos acadêmicos do primeiro semestre foi mais representada por Pós-Graduação e Ensino Superior completo (Gráfico 5 e 6). Enquanto as mães e pais dos acadêmicos do décimo segundo semestre obtiveram uma porcentagem um pouco maior daqueles que cursaram apenas até o Ensino Médio (Gráfico 5 e 6). Tais dados diferem do que foi encontrado por Nascimento *et al.* (2018), em que as mães e os pais eram muito mais representados apenas com Ensino Médio e Superior.

A pequena porcentagem (4,9%) de acadêmicos que já são empregados quando ingressam na faculdade de medicina (Gráfico 11) é compatível com o que foi encontrado em outro estudo nacional (NASCIMENTO *et al.*, 2018), entretanto, o mesmo não ocorre com os acadêmicos concluintes. No estudo de Nascimento *et al.* (2018), 9,4% dos acadêmicos de medicina concluintes trabalhavam, enquanto 51,3% estavam empregados no atual estudo. O motivo pode ser pelo fato de a pesquisa ter sido realizada assim que os acadêmicos concluíram o 12º semestre, já recebendo propostas de emprego.

Similarmente a outras pesquisas, o sexo feminino apresentou maior escore de empatia do que o masculino no grupo de acadêmicos do primeiro semestre (Tabela 1), apresentando uma significância de 0,093. A maioria dos estudos revelam que acadêmicos de medicina do sexo feminino obtiveram maiores escores que os do sexo masculino (HOJAT, 2016). Corroborando com essa afirmação estão os estudos polonês de Kliszcz (2006); japonês de Kataoka *et al.* (2009); iraniano de Sharia & Habibi (2013); e brasileiro de Nascimento *et al.* (2018). Não obstante, no 12º semestre (Tabela 2) não houve diferença estatisticamente significativa no nível de empatia entre os sexos, assim como nas pesquisas nos EUA, Coréia, Polônia e Itália (DI LILLO *et al.*, 2010; ROH *et al.*, 2010). Explicações plausíveis foram sugeridas para as diferenças de empatia nos gêneros, incluindo o ensinamento social, predisposição genética, bases evolutivas (HOJAT, 2016),

valorização das relações interpessoais e melhor compreensão das emoções e do cuidado (ROH et al., 2010).

A comparação do escore médio na Escala Jefferson entre as turmas ingressante e concluinte (Tabela 3) mostrou 0,35 de significância, ou seja, não temos evidências para afirmar que um dos semestres apresenta uma maior empatia que o outro. Diferentemente do que foi observado em outros estudos. No Brasil, os dados registraram que os alunos de medicina concluintes se tornavam mais empáticos do que os ingressantes (NASCIMENTO et al., 2018). Assim como observado com os estudantes de medicina japoneses, a empatia aumentava à medida que eles avançavam no curso (KATAOKA et al., 2009). Porém, em pesquisa multicêntrica iraniana, a empatia teve relação negativa com os anos de educação médica (SHARIAT, HABIBI, 2013).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A empatia é um elemento-chave na relação médico-paciente, associada a melhoria do médico na habilidade clínica (OGLE, BUSHNELL, CAPUTI, 2013). Este estudo sugere que a assistência empática deve ser um dos pilares do atendimento clínico.

Sabe-se que o contato precoce dos acadêmicos com os pacientes melhora a empatia, as habilidades de comunicação e as habilidades clínicas, assim como motivação, autoconfiança, satisfação e atitudes positivas (BIRDEN et al., 2013). A proximidade com pacientes reais contextualiza a teoria com a prática, melhorando a compreensão da doença e seus aspectos psicológicos, familiares e sociais (BLANCO et al., 2018), contribuindo, assim, com a formação de um médico mais empático.

Por conseguinte, para identificar as melhores estratégias para estimular o desenvolvimento da empatia, é fundamental a utilização de instrumentos validados nos diferentes contextos formativos e culturais (MAGALHÃES et al., 2010), como a Escala de Jefferson de Empatia Médica - versão para estudantes.

O objetivo de avaliar a empatia do estudante de medicina do Centro Universitário de Brasília e verificar se há influência de fatores socioeconômicos ou do semestre de medicina em que o acadêmico se encontra foi alcançado. Este estudo sugere que não há diferença na empatia dos discentes ingressantes quando comparada à empatia dos egressos. Além disso, observou-se que ser do sexo feminino foi estatisticamente relevante para escores maiores de empatia apenas no grupo que estava iniciando o curso de medicina.

Ressaltamos como limitações deste estudo a avaliação transversal da realidade de apenas uma instituição privada e a avaliação da empatia apenas nos extremos do curso de medicina.

Ademais, futuras pesquisas podem ser desenvolvidas para avaliar como a empatia é moldada ao longo do curso de medicina tanto de instituições privadas quanto de instituições públicas de diferentes regiões brasileiras.

Diante do que foi exposto, numa esfera institucional, compreender como a estrutura curricular pode influenciar no desenvolvimento da empatia do futuro médico pode nortear novos planos de ensino.

## REFERÊNCIAS

BEARMAN, M.; PALERMO, C.; LOUISE, M.; WILLIAMS, B. Learning empathy through simulation: A systematic literature review. **Simulation in Healthcare**, 10(5), 308- 319, 2015.

BERG, K. *et al.* Standardized patient assessment of medical student empathy: ethnicity and gender effects in a multi-institutional study. **Academic Medicine**, v. 90, n. 1, p. 105-111, 2015.

BIRDEN, H. *et al.* Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. **Medical teacher**, v. 35, n. 7, p. e1252-e1266, 2013.

BLANCO, J. M. *et al.* Validation of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Spanish medical students who participated in an Early Clerkship Immersion programme. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 209, 2018.

BRAZEAU, C.M.L.R. *et al.* Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. **Academic Medicine**, vol 85, n 10, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.o 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 jun. 2014; Seção 1, p.17.

COSTA, P. *et al.* Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. **PLoS One**, v. 9, n. 3, p. e89254, 2014.

DEL CANALE, S. *et al.* The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. **Academic Medicine**, v. 87, n. 9, p. 1243-1249, 2012.

DI LILLO, M. *et al.* The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1198-1202, 2009.

ERES, R.; DECETY, J.; LOUIS, W. R., & MOLENBERGHS, P. Individual differences in local gray matter density are associated with differences in affective and cognitive empathy. **Neuroimage**, 117, 305–310, 2015.

EVERSON, N.; LEVETT-JONES T. & PITT, V. The impact of educational interventions on the empathic concern of health professional students: a literature review. **Nurse Educ Pract.** 31: 104-111, 2018.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strength health systems in an interdependent world. **THE LANCET**, vol 376, 2010.

HEIN, G.; ENGELMANN, J.B.; VOLLBERG, M.C.; TOBLER, P.N. How learning shapes the empathic brain. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 113, 80-85; 2016.

HOJAT, M. **Empathy in health professions educations and patient care**. Thomas Jefferson University, Philadelphia: Springer, 2016.

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

HOJAT, M.; AXELROD, D.; SPANDORFER, J.; MANGIONE, S. Enhancing and sustaining empathy in medical students. **Medical Teacher**. 35, 996 - 1001, 2013.

HOJAT, M.; GONNELLA, J.S; MANGIONE, S. *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Med Educ**. 36(6):522-7, 2002.

HOJAT, M.; VERGARE, M.J; MAXWELL, K. *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, vol 84, n 9, 2009.

ISSA, Afonso Henrique Teixeira Magalhães. **Percepções discentes sobre a estratégia de saúde da família e a escolha pela especialidade de medicina de família e comunidade**, 2013. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO, 2013. Disponível em: [https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Dissertação\\_Afonso\\_Henrique\\_\(Revisada\\_e\\_Formatada\)\).pdf](https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/Dissertação_Afonso_Henrique_(Revisada_e_Formatada)).pdf).

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

KELM, Z. *et al.* Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. **BMC medical education**, v. 14, n. 1, p. 219, 2014.

KLISZCZ, J. Empathy in health care providers—validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. **Advances in medical sciences**, v. 51, p. 219-225, 2006.

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

MAGALHÃES, Eunice *et al.* Empatia médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. **Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**. Universidade de Minho, Portugal, 2010.

MATRAVERS, D. **Empathy as a route to knowledge**. Empathy: Philosophical and psychological perspectives, p. 19-30, 2011.

NASCIMENTO, Hugo *et al.* Análise dos níveis de empatia de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 42 (1): 150 -158, 2018.

OGLE, J.; BUSHNELL, J. A.; CAPUTI, P. Empathy is related to clinical competence in medical care. **Medical education**, v. 47, n. 8, p. 824-831, 2013.

PARO, H.B.M.S.; DAUD-GALLOTTI, R.; TIBERIO, I.C. *et al.* Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. **BMC Medical Education**, 12:73, 2012.

ROFF, S. Reconsidering the “decline” of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). **Medical Teacher**, v. 37, n. 8, p. 783-786, 2015.

ROH, M.-S. *et al.* Evaluation of empathy among Korean medical students: a cross-sectional study using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. **Teaching and learning in medicine**, v. 22, n. 3, p. 167-171, 2010.

SANTOS, Mariana *et al.* Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. **International journal of medical education**, v. 7, p. 149, 2016.

SCHEFFER, Mario *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de medicina, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.

SCHUTTLE, N.S.; MALOUFF, J.M.; BOBIK, C.; COSTON, T.D. *et al.* Emotional intelligence and interpersonal relations, **The Journal of Social Psychology**, 141:4, 523-536, 2001.

SHARIAT, S. V.; HABIBI, M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. **Medical teacher**, v. 35, n. 1, p. e913-e918, 2013.

STEPIEN, A.K; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy: a review. **J. Gen. Intern. Med**, 21 (5), 524 - 530, 2006.

TINOCO, A.S.; OLIVEIRA, I.C., CUTOLO, L.R.A.; MAEYAMA, M.A. Percepção dos estudantes de medicina acerca da residência em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**. V 4, n1, 2017.

THOMAZI, L.; MOREIRA, F. G.; DE MARCO, M. A. Avaliação da evolução da empatia em alunos do quarto ano da graduação em medicina da Unifesp em 2012. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2014.

WEST, C.P.; HUSCHKA, M.M; NOVOTNY, P.J. et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. **JAMA**, 296 (9): 1071-8, 2006.

YAGHMAEI, M.; MONAJEMI, A. & SOLTANI-ARABSHAHI, K. The effect of a storytelling course on medical students' empathy toward patients. **International Journal of Body, Mind & Culture**, 1, 127-134, 2014.

YOUSSEF, F.F; NUNES, P. SA, B., WILLIAMS, S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. **In J Med Educ**. 5: 185-92, 2014.

YUGUERO, O. et al. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. **European Journal of General Practice**, v. 23, n. 1, p. 4-10, 2017.

## Apêndice A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: "AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL" sob responsabilidade da Profa. Ma. Debora Dornelas Belchior Costa Andrade e acadêmicas Ellen Tiekko Tsugami Dalla Costa e Marjorye Bezerra Porciuncula, graduandas do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a empatia em acadêmicos de medicina ingressantes e concluintes no UniCEUB.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). O(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão feita pela pesquisadora que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

O(a) senhor(a) responderá um questionário semiestruturado com perguntas sobre seu perfil socioeconômico e sobre a sua percepção em diversos cenários. O tempo estimado para realização do questionário é de 15 minutos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição de Ensino Superior UniCEUB podendo ser publicados posteriormente em congressos ou revistas científicas. Os dados e materiais físicos e digitais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda das pesquisadoras responsáveis por cinco anos após o término da pesquisa.

Acredita-se que a proposta contida nesse projeto de pesquisa bem como sua condução não ocasionará riscos e nem benefícios diretos para os participantes. A

qualquer momento, se for detectado ou percebido algum risco ou dano psicológico ou à saúde dos participantes, a sua participação será anulada e a pesquisa imediatamente interrompida.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, envie um e-mail para [ellentsugami@hotmail.com](mailto:ellentsugami@hotmail.com) ou [marjoryebp@gmail.com](mailto:marjoryebp@gmail.com).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, número do protocolo \_\_\_\_\_. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone: (61) 3966-1511 ou e-mail: [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o voluntário da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

---

Assinatura do(a) participante

---

Ellen Tieko Tsugami Dalla Costa - Pesquisadora

---

Marjorye Bezerra Porciuncula - Pesquisadora

Apêndice B  
Questionário

Código do acadêmico na pesquisa: \_\_\_\_\_ (item preenchido pelo pesquisador)

PERFIL SOCIOECONÔMICO

A. Idade:

1. ( ) < 19
2. ( ) 19 - 21
3. ( ) 22 - 24
4. ( ) 25 - 27
5. ( ) 28 - 30
6. ( ) 31 - 33
7. ( ) 34 - 36
8. ( ) > 36

B. Gênero: 1.( ) Masculino          2.( ) Feminino

C. Estado Civil: 1.( ) Solteiro(a)    2.( ) Casado(a)

D. Renda Familiar:

- 1.( ) Até 2 salários mínimos (até R\$ 1.908,00)
- 2.( ) Mais de 2 até 5 salários mínimos (De R\$ R\$ 1.908,00 até R\$ 4.770,00)
- 3.( ) Mais de 5 até 7 salários mínimos (De R\$ 4.770,00 até R\$ 6.678,00)
- 4.( ) Mais de 7 até 10 salários mínimos (De R\$ 6.678,00 até R\$ 9.540,00)
- 5.( ) Mais de 10 até 15 salários mínimos (De R\$ 9.540,00 até R\$ 14.310,00)
- 6.( ) Mais de 15 salários até 20 mínimos (De 14.310,00 até R\$ 19.080,00)
- 7.( ) Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 19.080,00)

E. Religião:

- 1.( ) Católica    2.( ) Evangélica          3.( ) Espírita

4.( ) Outra                      5.( ) Nenhuma

F. Residência:

1.( ) Própria    2.( ) Alugada                      3.( ) Financiada

G. Experiência com doença grave pessoal:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

H. Experiência com doença grave na família:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

I. Escolaridade da mãe:

1.( ) Fundamental    2.( ) Médio                      3.( ) Superior  
4.( ) Pós-Graduação    5.( ) Mestrado                      5.( ) Doutorado

J. Escolaridade do pai:

1.( ) Fundamental    2.( ) Médio                      3.( ) Superior  
4.( ) Pós-Graduação    5.( ) Mestrado                      5.( ) Doutorado

K. Pai e/ou mãe médico(a/s):

1.( ) Pai                      2.( ) Mãe                      3.( ) Ambos

L. Emprego:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

M. Bolsa de estudos:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

N. Semestre em que se encontra no curso de medicina:

1.( ) Primeiro                      2.( ) Décimo segundo

O. Estágios extracurriculares:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

P. Projetos de Iniciação Científica:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

Q. Participação em Projetos de Ação Social:

1.( ) Sim                      2.( ) Não

R. Que especialidade você planeja seguir? \_\_\_\_\_

S. Subespecialidade Médica que planeja seguir: \_\_\_\_\_

#### ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA MÉDICA - VERSÃO PARA ESTUDANTES

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

(Escala de 1 a 7, sendo discordo fortemente = 1 e concordo fortemente = 7)

1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.

11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico

## ANEXO A

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

**Pesquisador:** Debora Dornelas Belchior Costa Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22198619.3.0000.0023

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.674.921

#### Apresentação do Projeto:

Dados retirados das Informações Básicas do Projeto.

Pesquisas sugerem que a empatia compõe o conjunto de preditores significativos que relacionam a competência clínica de médicos e o prognóstico dos pacientes. A importância da empatia na assistência ao paciente, por parte dos profissionais da área da saúde, é um consenso mundial. As Escolas Médicas devem inserir em seus currículos novas estratégias de promoção e aprimoramento do comportamento empático. Entender o nível de empatia dos acadêmicos concluintes de um curso de medicina regido por orientação das normativas das DCN de 2014, diretriz que valoriza uma formação médica mais humanizada, é marco referencial para compreender se a vivência acadêmica desses estudantes contribui para a formação de médicos mais empáticos. O objetivo deste estudo é avaliar a empatia do estudante de medicina do Centro Universitário de Brasília e verificar se há influência de fatores socioeconômicos ou do semestre de medicina em que o acadêmico se encontra. Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo de cunho exploratório e transversal que contará com 125 participantes.

O estudo será realizado por meio de levantamento de dados após aplicação de questionário contendo: Perfil Socioeconômico e Escala de Empatia de Jefferson - Versão para Estudantes, validada no Brasil por Helena Paro, Iolanda Tiberio and Renata DaudGallotti, University of Sao Paulo. O critério de inclusão foi ser acadêmico do primeiro ou do décimo-segundo semestres de medicina do Centro Universitário de Brasília. Serão excluídos os participantes que estavam em

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 70.790-075

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 3.674.921

processo de reprovação, aqueles que não quiseram participar ou os que responderem menos de 16 (80%) dos 20 itens da Escala de Empatia de Jefferson. Realizaremos, então, a análise descritiva utilizando o software Microsoft Excel e a análise não paramétrica utilizando o teste de qui-quadrado para independência, utilizando um nível de significância de 5%.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a empatia do estudante de medicina do UniCEUB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os participantes essa pesquisa não apresenta risco aos participantes, contudo como é previsto na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), qualquer pesquisa tem um risco mínimo, que deve ser incluído no TCLE. Quanto aos benefícios os pesquisadores esperam conhecer o nível de empatia dos acadêmicos concluintes de um curso de medicina regido por orientação das normativas das DCN de 2014, diretriz que valoriza uma formação médica mais humanizada, é marco referencial para compreender se a vivência acadêmica desses estudantes contribui para a formação de médicos mais empáticos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa simples, de cunho exploratório e que tem grande importância para o curso de medicina do UniCEUB. A metodologia está bem definida e o orçamento e cronograma compatíveis com a proposta apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória foram entregues conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

**Recomendações:**

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto ao às Resoluções nº 446/12 e nº 510/16 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/Conep, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco;

II - desenvolver o projeto conforme delineado;

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 70.790-075

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 3.674.921

- III - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- IV - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- V - encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- VI - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- VII - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança, interrupção ou a não publicação dos resultados.
- Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a pesquisadora responsável acrescentar no TCLE que a pesquisa tem riscos mínimos, a coleta de dados pode ser iniciada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 3.666.941/19, tendo sido homologado na 18ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 18 de outubro de 2019.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1432456.pdf	26/09/2019 14:22:13		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/09/2019 14:20:54	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	26/09/2019 14:20:43	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/09/2019 14:18:46	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	AVALIACAO_DA_EMPATIA.docx	26/09/2019 14:16:51	Debora Dornelas Belchior Costa	Aceito

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar  
**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 70.790-075  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3966-1511 **E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.674.921

Investigador	AVALIACAO_DA_EMPATIA.docx	26/09/2019 14:16:51	Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/09/2019 14:15:25	Debora Dornelas Belchior Costa Andrade	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 31 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**

**Marília de Quelroz Dias Jacome  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

**Bairro:** Setor Universitário **CEP:** 70.790-075

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3966-1511

**E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

