

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE

ANDRÉ LUIZ DA SILVA

**NO CORAÇÃO DA ESCOLA MÉDICA: UM ESTUDO PRELIMINAR DA EMPATIA  
NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Porto Alegre

2015

ANDRÉ LUIZ DA SILVA

**NO CORAÇÃO DA ESCOLA MÉDICA: UM ESTUDO PRELIMINAR DA EMPATIA  
NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Médicas e da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello

Porto Alegre

2015

### **DADOS DE CATALOGAÇÃO:**

S586n Silva, André Luiz da

No coração da escola médica: um estudo preliminar da empatia na formação médica / André Luiz da Silva. – Porto Alegre: PUCRS, 2015.

66 f.: il. tab.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas e da Saúde.

1. EMPATIA. 2. ENSINO MÉDICO. 3. RELAÇÃO ESTUDANTE DE MEDICINA-PACIENTE. 4. ATRIBUTOS DA PERSONALIDADE. 5. ESTUDO DO TIPO OBSERVACIONAL. I Antonello, Ivan Carlos Ferreira. II. Título.

ANDRÉ LUIZ DA SILVA

**NO CORAÇÃO DA ESCOLA MÉDICA: UM ESTUDO PRELIMINAR DA EMPATIA  
NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Médicas e da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: 06 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto – PUCRS

---

Profª. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt – PUCRS

---

Profª. Dra. Cleidilene Ramos Magalhães - UFCSPA

Porto Alegre

2015

Dedico essa dissertação aos alunos de graduação: hoje sujeitos de pesquisa, mas em breve colegas e também futuros pesquisadores, com suas angústias, medos, sonhos e expectativas em aproximar a ciência da Medicina da arte da Medicina.

## AGRADECIMENTOS

Em um trabalho acadêmico, assim como na vida, muitos são os impulsos, obstáculos e desvios pelo caminho até o presente momento, com um produto entregue, por assim dizer; inacabado, visto que a pesquisa nunca deve se extinguir, mas entregue; pleno enquanto vivenciado com todos os seus significados ao largo de toda a caminhada de dois anos de mestrado. Cada referência e cada parágrafo vêm imbuídos de significados e muitos, mas muitos sujeitos significantes que fizeram valer o que chamamos de cossurgir e interser. É um produto “meu”, mas que enxergo muito mais como “nosso”, e as pessoas que listo a seguir trouxeram contribuições imensuráveis que trago nestas páginas, na memória e no coração. Minha mais profunda gratidão.

Ao orientador e amigo, professor doutor Ivan C. F. Antonello, referência de profissional competente, dedicado, comprometido e acima de tudo empático. Agradeço por me acolher como orientando, e pela orientação em toda essa caminhada no mestrado e que tanto me enriqueceu profissionalmente e pessoalmente. Sou grato pela generosidade, pela confiança, pela objetividade, por todo o apoio pessoal e pela paciência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, principalmente àqueles com os quais tive a oportunidade de fazer disciplinas ao longo desses curtos e intensos dois anos e que tanto contribuíram para o delineamento dessa pesquisa: Alfredo Cataldo Neto, Ana Elizabeth P. L. Figueiredo, Bartira Ercília P. Costa, Carlos Cezar Fritscher, Carlos Eduardo Poli de Figueiredo, David Saitovitch, Domingos Otávio L D Ávila, Gleny Terezinha Duro, Ivan Carlos F. Antonello, Lêda Lísia F. Portal, Livia Haygert Pithan, Lori Viali, Luiz Carlos Bodanese, Mário B. Wagner e Paulo Márcio C. Pitrez.

Ao diretor da Faculdade de Medicina, professor doutor Jefferson Luís Braga da Silva, pelo estímulo à pesquisa na PUCRS e por permitir o meu contato com todo o corpo discente da FAMED.

Ao professor Mário B. Wagner por me estimular a fazer uma leitura cada vez mais crítica da literatura científica e pela disponibilidade em discutir detalhes estatísticos da pesquisa desde a fase de projeto.

Ao estimado professor João Feliz de Moraes, da Faculdade de Matemática, pelo cuidado em pensar toda a análise estatística e por contribuir na elucidação da grande maioria dos resultados apresentados.

Aos amigos e colegas da Pós-Graduação de todas as áreas de concentração, tanto do doutorado: Annerose Barros, Carlos Eduardo S. Fay, Caroline Venzon Thomas, Daniel D. O. Silva, David Ponciano de Sena (meu colega de turma de graduação na UFRN), Maria das Graças V. Rodrigues, como os do mestrado, e em especial aos da Nefrologia e da Formação Docente em Saúde: Bruna Krauspenhar, Guilherme Breitsameter, Heloísa R. Tarasconi, Kamyla L. Vieira, Leonardo S. S. Pinheiro, Luciana Zamprogna, Madaí Cruz L. Oliveira e Natália B. Vearick, pelas trocas acadêmico-científicas, pelo convívio ao longo de toda a jornada e pelo compartilhar conquistas, anseios, dificuldades e alegrias.

Aos professores da Graduação Alexander Sapiro, Alfredo Cataldo Neto, Carlos Eduardo P. Figueiredo, Carmen Vera G. Daudt, Érico Faustini, Gibsi Maria P. Rocha, João C. Bastos, Luiz Carlos Bodanese e Sérgio Hecker Luz, pelo acesso às salas de aulas, muitas vezes mudando as dinâmicas de aula para as coletas da pesquisa junto aos alunos, e à professora Karen L. Weigert do curso de Odontologia por estimular uma amostra inicial de alunos em outro curso de graduação para dar seguimento à presente pesquisa.

Ao professor Marlow Kwitko por permitir o estágio docente no departamento de Saúde Coletiva, que me abriu passagem para a preceptoria do internato em Saúde Coletiva, e ao professor e colega Natan B. Estivallet por acompanhar diretamente esse estágio docente e pelo coleguismo em mais de um ano em que fomos colegas de Unidade de Saúde.

A todos os colegas do novo Serviço de Medicina de Família do HSL-PUCRS, chefiado pelo professor Alexandre Moretto, pelo privilégio de trabalhar e conviver em ambiente tão privilegiado de exercício profissional, e por apoiarem o presente trabalho.

Aos professores que gentilmente aceitaram o convite para participar da banca de defesa de tese de doutorado: Alfredo Cataldo Neto, Carmen Vera Giacobbo Daudt e Cleidilene Ramos Magalhães. Agradeço pelas sábias críticas e contribuições.

À Secretaria da Pós-Graduação, em especial ao Ernesto Carlos A. Silva, pela competência e solicitude a cada demanda apresentada, a cada apoio no cumprimento de prazos e pelo estímulo a trazer este produto finalizado.

À Secretaria da Graduação que forneceu todo o suporte para o acesso aos coordenadores de cada disciplina e ao corpo discente em cada ano letivo.

Ao Instituto Municipal de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Porto Alegre pela liberação de carga horária para a realização do mestrado, compreendendo a importância de qualificar profissionais atuando no SUS.

À Gerência Distrital Leste-Nordeste, desde a ex-gerente Rosane Terezinha Baltazar à atual gerente Wanize Wilde Janke e a todas as apoiadoras institucionais, em especial à enfermeira apoiadora Kelly Cristina C. Silva, que acompanharam todo o início do projeto e compartilharam cada decisão tomada nas Unidades de Saúde, pensando em um trabalho cada vez mais qualificado, compreendendo muitas vezes as horas ausentes dedicadas à pesquisa.

A toda a equipe do projeto PET-Saúde Rede Cegonha, desde a querida coordenadora Valéria Lamb Corbellini, à tutora Heloísa R. Bello, às colegas preceptoras e em especial às “minhas meninas” Jéssica, Natália e Isabela, pelo convívio quando presente, e pela compreensão quando ausente, mas sempre juntos até o término do projeto.

A todos os colegas de trabalho em cada Unidade de Saúde da Família por onde trabalhei nesses mais de dois anos atuando no SUS de Porto Alegre, pela compreensão e pelo estímulo crescente até a conclusão deste trabalho.

À cidade de Porto Alegre, minha morada definitiva por livre escolha há dez anos que me permitiu fazer tantos colegas e amigos, e me instigou a redescobrir o mundo da pesquisa.

Ao amigo João Carlos R. Tagliari, pelos longos anos de amizade desde a graduação, pelo estímulo a “desbravar” a região Sul, e pela contribuição filosófica ao tema empatia.

Aos ilustres colegas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade (AGMFC) e Câmara Técnica de MFC do CREMERS pelo privilégio do convívio e pelo estímulo a produzir saberes no âmbito da Atenção Primária à Saúde e estimular alunos a descobrir a Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade médica primordial no Brasil e no mundo.

À Faculdade de Serviço Social da PUCRS, desde corpo docente, secretaria e alunos, por todo o vínculo afetivo e apoio em todos esses anos e em especial durante o mestrado.

Aos meus pais, Nazita e Luiz Pedro, pela integridade de caráter, pela fonte inesgotável de amor incondicional e pela linda e unida família, e pelos meus sete amados irmãos, em mais de 50 anos de união. Cinco mil quilômetros de distância não conseguiram nos afastar nem me poupar de palavras de estímulo e afeto.

À minha sobrinha amada Jéssica Nazita Silva e Lima, a irmã mais nova que não tenho ou a filha que não tive, mas de quem tanto me orgulho, e tanto contribuiu auxiliando na construção das tabelas e pensando no melhor formato para apresentar os meus resultados. É uma dádiva receber tanto amor e afeto, além de poder estimulá-la para a pesquisa e para os questionamentos da vida.



A toda a comunidade do Via Zen, liderada pelos monges Dengaku e Shoden, que me acolheram no último ano, permitindo minha prática incipiente e coletiva no zen e por se mostrarem tão preocupados com a construção do meu banco de dados.

À família Kern, pela acolhida gentil e amorosa em quase oito anos de convívio.

Ao professor Francisco Arseli Kern, companheiro de vida e de ideais, por tanta coisa vivida e ainda não vivida. Por acreditar nos meus sonhos, e compartilhar vários deles, por me ensinar a fazer uma análise cada vez mais crítica da realidade e por compreender qual o meu papel nessa grande rede chamada mundo, por ser um exemplo inquestionável de professor amigo, acolhedor e muito competente, pelo colega gentil e pelo familiar sempre presente.

À força-motriz deste Universo em que todos vivem pouco importando o nome que lhe atribuem: Deus, Krishna, Jeová, Alá, Criador, enfim, a essa energia cósmica de magnitude inimaginável onde eu não passo de uma micropartícula.

A mais alguém que acaso eu tenha esquecido, por favor, não tome esse esquecimento como algo pessoal.

A todos, palavras jamais poderão expressar plenamente minha gratidão.

Que os méritos deste trabalho se estendam a todos os seres.

Se pudermos compreender as dificuldades e sofrimentos pelos quais as pessoas passam, se pudermos conhecer os cinzéis que vão desenhando comportamentos e atitudes, seremos capazes de acolher toda e qualquer pessoa em nosso coração. E a transformação estará no nosso comportamento e atitude. (Monja Coen)

## RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo geral avaliar a empatia de alunos de graduação de Medicina através da validação do Big Five Inventory - 10 (Inventário Breve dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade – IBGFP-5) para o Brasil. O IBGFP-5 é uma medida de auto relato breve, composta por 11 itens e designada a avaliar dimensões da personalidade baseada no modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, que são: “Abertura”, “Conscienciosidade”, “Extroversão”, “Amabilidade” (no estudo, tida como sinônimo de empatia) e “Neuroticismo”. Tal modelo tem apresentado replicabilidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Os objetivos específicos do estudo foram: (1) fazer a validação de teste e re-teste (consistência temporal) do IBGFP-5; (2) fazer correlação cruzada do IBGFP-5 enquanto fração do IGFP-5; (3) Fazer validação convergente com a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI); (4) avaliar a fidedignidade dos cinco fatores do IBGFP-5 a partir da amostra total de respondentes e de subamostras representadas pelas coortes de alunos do primeiro ao sexto ano; (5) verificar evidências de amabilidade baseadas na diferenciação de escores dos fatores do IBGFP-5 em variáveis sociodemográficas e em relação a outras características da personalidade; e (6) Discutir possíveis fatores que influenciem no desenvolvimento de empatia na formação médica na FAMED/PUCRS. A amostra, após a eliminação dos dados ausentes, foi composta por 200 respondentes, alunos da Graduação em Medicina da PUCRS, a maioria do sexo feminino (60,5%), com idade média de 22 anos. A partir da análise fatorial confirmatória, verificou-se que o IBGFP-5 mostrou um alfa de Cronbach de 0,256. Com base na validação de consistência temporal, validação convergente e concorrente verificou-se, de forma geral, que os itens do IBGFP-5 apresentaram parâmetros psicométricos pouco consistentes. Com relação às características e escores de empatia foram observadas em testes post hoc variações em relação ao gênero e ao grau de espiritualidade em relação aos traços de empatia ( $p < 0,05$ ). Resultados obtidos neste estudo indicam a validade de construto da versão em Língua Portuguesa do Big Five Inventory para o Brasil ainda que com restrições e necessidade de ajustes. Os resultados indicam ainda a necessidade de investigação adicional da empatia, dado que é um atributo multifatorial. Por se tratar de uma medida reduzida e de rápida aplicação, ela pode ser facilmente utilizada em estudos transculturais. São explicitadas as limitações do estudo, bem como uma agenda futura de pesquisa.

**Palavras-chave:** Empatia, Ensino Médico, Relação Estudante de Medicina-Paciente,  
Atributos da Personalidade.

## ABSTRACT

The general objective of this very present dissertation is to assess the agreeableness of medical students through validation of the Big Five Inventory - 10 (IBGFP-5) in Brazil. The IBGFP-5 is a brief self-report inventory, composed by 11 items and designed to assess dimensions of personality based upon Big Five Personality Factor model, which are: Openness to Experience, Conscientiousness, Extroversion, Agreeableness (in this study, as a synonym of empathy) and Neuroticism. Such model has been replicated in several countries in the world, including Brazil. The specific objectives of this study are: (1) validating IBGFP-5 through test and retest analysis (time reliability); (2) to do crossed correlation of the IBGFP-5 as a shorter version of the IGFP-5; (3) to do convergent validity with the Interpersonal Reactivity Index of Davis (EMRI), which assess only empathy; (4) to assess the internal consistence of the five dimensions of the IBGPF-5 in the total sample of respondents and subsets represented by the five cohorts of students, from the first to the sixth year; (5) evaluate evidences of agreeableness based upon differences of IBGFP-5 factors scores, in social and demographic variables and concerning another personality traits; and (6) discuss possible factors that may influence the development of empathy along medical school at FAMED/PUCRS. The total sample, after eliminating missing data, was composed by 200 respondents, medical students at PUCRS, most of them are female (60,5%), with mean age of 22 years old. Using confirmatory factor analysis, the IBGFP-5 comes down to a 0,256 Cronbach's alpha. According to time reliability, convergent validity and concurrent validity, data averaged in a general fashion low reliable psychological parameters. Concerning empathy features, in post hoc tests it were noticed differences between gender and spirituality level and empathy scores ( $p < 0,05$ ). Results in this study tend to construct validity of the Portuguese version of the IBGFP-5, even though it has restrictions and adjustment needs. Thus, results suggest the need of further investigation of empathy among students, since empathy is a multifactorial trait, and also communication skill training in medical school. Considering the fact that the IBGFP-5 is a brief inventory with a short application time it can easily be used in transcultural studies. The limitations of this study are featured, as well as a future research calendar.

**Keywords:** Empathy, Medical Teaching, Relation Medical Student-Patient, Personality Traits.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Conexão pessoa no Método Clínico Centrado na Pessoa .....	21
Quadro 1 - Os cinco grandes fatores da personalidade e sua escala de traços .....	23
Gráfico 1 - Distribuição dos alunos por ano letivo e percentual de representação da amostra .....	37
Quadro 2 - Categorias de especialidades .....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Alunos por Ano Letivo .....	36
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado civil autodeclarado.....	37
Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à especialidade.....	38
Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à espiritualidade.....	39
Tabela 5 - Correlação entre os Escores totais da IBGFP-5, EMRI e Escore total IGFP-5.....	39
Tabela 6 - Teste de uma amostra aplicado aos escores .....	40
Tabela 7 - Escores totais dos testes IBGFP-5 e IGFP-5 E EMRI.....	40
Tabela 8 - Comparação entre escores totais de IBGFP-5, IGFP-5 e EMRI .....	41
Tabela 9 - Valores de amabilidade do IBGFP-5 comparados às sentenças da amabilidade ....	41
Tabela 10 - Valores gerais do item amabilidade do IBGFP-5 .....	42
Tabela 11 - Ajustamento do escore de Amabilidade em relação ao escore total do IBGFP-5. .....	42
Tabela 12 - Escore de amabilidade a partir do gênero.....	43
Tabela 13 - Teste t para amostras independentes – gênero e escores de amabilidade. ....	43
Tabela 14 - Comparação dos escores globais entre gênero feminino e masculino para amabilidade.....	44
Tabela 15 - Amabilidade comparada entre as especialidades.....	44
Tabela 16 - Múltiplas comparações entre os diferentes anos letivos avaliados.....	45
Tabela 17 - Escore de amabilidade do IBGFP-5 em relação ao semestre .....	46
Tabela 18 - Comparação dos escores de Amabilidade do IBGFP-5 em relação aos anos letivos avaliados .....	46
Tabela 19 - Comparação dos escores de Amabilidade dos questionários IBGFP-5, IGFP-5 e EMRI em relação aos anos letivos avaliados .....	47
Tabela 20 - Escore de amabilidade do IGFP-5 em relação à espiritualidade. ....	47
Tabela 21 - Escore de amabilidade do IBGFP-5 em relação à espiritualidade.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS

AC – Arte Clínica

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

ANOVA – Análise de Variância

APS – Atenção Primária à Saúde

BFI - *Big Five Inventory*

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DF – distribuição de graus de liberdade (*freedom*)

EMRI – Escala de Reatividade Interpessoal de Davis

ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes

FAMED – Faculdade de Medicina

GP – *general practitioner* (clínico geral, ou médico de família)

HSD – *honestly significant difference* (diferença honestamente significativa)

HSL – Hospital São Lucas

IBGFP-5 – Inventário Breve dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade

IGFP-5 – Inventário dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MBV – Medicina Baseada em Vivências

MFC – Medicina de Família e Comunidade

nd – não detectável (estatisticamente)

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais)

SUS – Sistema Único de Saúde

TRI – Teoria de Resposta ao Item



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO .....	19
1.2	EMPATIA: CONCEITOS E A EMPATIA NA PRÁTICA MÉDICA.....	20
1.3	OS CINCO GRANDES FATORES DA PERSONALIDADE .....	22
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	24
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>4</b>	<b>BASE METODOLÓGICA</b> .....	28
4.1	NATUREZA DA PESQUISA .....	28
4.2	LOCAL DA PESQUISA .....	29
4.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	30
4.4	VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	31
4.5	APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA .....	31
<b>4.5.1</b>	<b>Apresentação do Instrumento IBGFP-5</b> .....	31
<b>4.5.2</b>	<b>Apresentação do instrumento EMRI</b> .....	32
4.6	PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS .....	33
<b>4.6.1</b>	<b>Contato com os participantes</b> .....	33
<b>4.6.2</b>	<b>Agendamento das entrevistas e coleta de dados e informações</b> .....	33
4.7	ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES .....	33
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
5.1.	ANÁLISE EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA DOS ALUNOS .....	36
5.2	ANÁLISE DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO IBGFP-5 – CONSISTÊNCIA INTERNA E CORRELAÇÕES .....	39
5.3	ANÁLISE DA AMABILIDADE/EMPATIA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS E SUBITENS.....	41

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>AGENDA DE PESQUISA</b> .....	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>58</b>
	<b>ANEXO A</b> – Inventário breve dos cinco grandes fatores da personalidade (ibgfp-5) .....	<b>63</b>
	<b>ANEXO B</b> – Escala Emri .....	<b>64</b>
	<b>ANEXO C</b> – Inventário dos cinco grandes fatores da personalidade (igfp-5) .....	<b>65</b>
	<b>ANEXO D</b> – Questionário Semiestruturado Sociodemográfico .....	<b>66</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO

O conceito e a essência da Medicina enquanto compromisso com valores profissionais, na visão da Organização Mundial de Saúde:

refere-se a práticas, abordagens e conhecimentos [...] incorporando conceitos materiais e espirituais [...] técnicas manuais e exercícios, aplicados individualmente ou combinados, a indivíduos ou a coletividades, de maneira a tratar, diagnosticar e prevenir doenças, ou visando a manter o bem-estar (WHO, 2008, s/p)<sup>1</sup>.

Dentre essas técnicas, encontra-se a empatia, ou entendimento empático, como uma das ferramentas mais importantes aplicadas no estabelecimento de relação interpessoal, provavelmente a primeira ferramenta a ser ofertada ao paciente durante a sua entrada no sistema de saúde, seja em que nível for – ambulatorial ou hospitalar, de forma eletiva ou em caráter de urgência.

Não há um consenso sobre a definição do estado de empatia, porém há um entendimento geral em que o entendimento empático consiste em perceber corretamente o marco de referência interno do outro com os significados e componentes emocionais que contém, como se fosse a outra pessoa, ou seja, colocar-se no lugar do outro sem perder nunca essa condição de “como se”. Segundo Rogers (1959), um dos principais estudiosos contemporâneos do assunto, a empatia implica, por exemplo, sentir a dor ou prazer do outro como ele o sente e perceber suas causas como ele a percebe, porém sem perder nunca de vista que se trata da dor ou prazer do outro.

Se esta condição de “como se” está presente, encontramos-nos diante de um caso de identificação (ROGERS, 1959). Diversas escolas médicas no Brasil, dentre elas a Faculdade de Medicina da PUCRS, reconhecem a empatia como uma das bases da entrevista clínica na sua essência para alunos de graduação (LEW et al, 1977). Apesar de instituições médicas renomadas como o American Board of Internal Medicine (1983) recomendarem que valores humanísticos e a empatia devam ser cultivados e avaliados enquanto atividade educacional essencial no ensino médico, existem poucos estudos acerca da empatia na prática da medicina, em especial nas faculdades brasileiras. Sem uma medida validada de empatia que seja conteúdo-específica para a atenção ao paciente, seja para o desenvolvimento de empatia ou

---

<sup>1</sup> Disponível em <[http://www.who.int/es/topics/tradotional\\_medicine/en/](http://www.who.int/es/topics/tradotional_medicine/en/)>. Acesso em 27.01.2015

para a chamada erosão ética, não é possível, segundo vários pesquisadores, direcionar atenção suficiente para o aperfeiçoamento de habilidades interpessoais empáticas para os futuros profissionais médicos (HOJAT et al, 2009).

O próprio sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), inclui a empatia como um dos princípios norteadores da humanização da Atenção à Saúde, seja na Atenção Primária ou especializada. Autores que avaliaram a Rede Humaniza SUS concluíram que “a humanização gera empatia entre os personagens, com o que se propicia uma maior probabilidade de bons resultados no atendimento” (FREYRE, 2009, p.246).

Neste sentido, a proposta de investigação se constitui em seus elementos centrais: a instrumentalização da análise da empatia enquanto atributo da personalidade de alunos de Graduação do Curso de Medicina da PUCRS, levando em conta o que esses alunos enquanto sujeitos da pesquisa teriam a dizer. O problema de pesquisa que desencadeou todo o processo de investigação é apresentado pela questão central norteadora: Qual o nível de empatia, enquanto atributo da personalidade, dos alunos de Graduação do Curso de Medicina da PUCRS?

## 1.2 EMPATIA: CONCEITOS E A EMPATIA NA PRÁTICA MÉDICA

O termo empatia surgiu a partir de uma construção histórico-filosófica da análise do comportamento humano, sendo derivado da palavra grega “*em-patheia*”, significando “dentro da paixão” ou “ser afetado”. O primeiro conceito sistematizado surgiu com o filósofo Robert Vischer, que tratava da chamada simpatia estética, assunto amplamente estudado e difundido por Lipps (1903), que formulou a teoria da “imitação interna” como um processo inconsciente, onde o *Einfühlung* (do alemão - sentir por dentro, empatia) explica não apenas o sentimento por objetos inanimados mas também uma fusão de sentimentos entre observador e observado. O conceito mais usado nas últimas décadas vem sendo o formulado por Carl Rogers, que definiu empatia como a habilidade para perceber precisamente a estrutura interna de outra pessoa (JACKSON, 1992).

Numa forma contextualizada na relação médico-paciente, a empatia é um atributo que envolve empatia os domínios cognitivo, afetivo e emocional (HOJAT, 2002), por vezes se mesclando com a cordialidade e a simpatia. Nesse estudo, adotamos o conceito mais atual de Borrell (2012), definindo empatia na relação médico-paciente como a qualidade que torna uma pessoa capaz de transmitir compreensão para com as emoções de outrem. Capacidade de compreender como uma pessoa pode se sentir e fazê-la saber disso; manifesta-se de forma

verbal ou não verbal, através de metalinguagem. Difere da cordialidade, que seria a capacidade de mostrar ao paciente que se está à vontade interagindo com ele, e difere da simpatia, estando esta num grau de solidariedade gradativamente maior em relação à empatia, num nível de “sentir junto” em vez de sentir “como se”.

Diversos estudos revelam que a empatia traz grandes benefícios para o paciente, melhorando a compreensão das informações passadas pelo médico, retornos em consulta, adesão ao tratamento, resolução dos sintomas, redução do estresse psicológico, melhor percepção da competência médica e satisfação do paciente e do profissional médico (SHAPIRO et al, 2009; STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006). Sob a ótica do médico, outros estudos (DU PRE, 2001; GLASER et al, 2007; ROMM, 2007; STEPIEN & BAERNSTEIN, 2006) mostram maior possibilidade do médico gostar da prática e permanecer na mesma, fazer diagnósticos mais acurados, já que pacientes aos se sentirem ouvidos explicam melhor seus sintomas, menos reclamações por má prática e melhor paciente do paciente mesmo sendo breve (entre 3 a 7 minutos de escuta ativa e empática).

A empatia tem sido largamente aceita e definida na grande maioria das pesquisas científicas como um componente crucial, de extrema relevância e significado para o sucesso terapêutico, inclusive resultando em melhores desfechos clínicos (DERKSEN et al, 2013). A base de uma relação interpessoal voltada para ajudar o outro, entendida neste estudo como uma relação terapêutica encontra na empatia um dos elementos centrais do Método Clínico Centrado na Pessoa, aliando observação objetiva e raciocínio clínico com identificação empática (STEWART & BROWN, 2010).

Figura 1 - Conexão pessoa no Método Clínico Centrado na Pessoa



Fonte: STEWART & BROWN, 2010.

### 1.3. OS CINCO GRANDES FATORES DA PERSONALIDADE

Desde a antiguidade, a personalidade humana é objeto de estudos nos campos da Psicologia e da Medicina. Na Grécia Antiga, Teofrácio chegou a listar trinta atributos da personalidade em um livro, e Galeno associando dimensões da personalidade com os humores (sanguíneo, colérico, fleumático e melancólico), que influenciou até a filosofia em Kant e a psicologia em Wundt (MILLER, 2012).

Ao longo das décadas do século XX, diversas teorias e pesquisas surgiram para dimensionar a personalidade. Um grande estudo na Força Aérea dos Estados Unidos com oito grandes amostras de pessoas levou à identificação empírica dos Cinco Grandes Fatores (também citados como atributos, características ou dimensões) da personalidade (TUPES & CHRISTAL, 1961), amplamente replicados e estudados nos anos subsequentes. Diversos autores passaram a adotar esse modelo dos cinco fatores, inclusive considerado estabelecidos em todos os instrumentos psicométricos até então, indo desde o modelo de Goldberg (1993) até o modelo de McCrae & Costa (2003). Dentre diversas teorias e taxonomias para a análise da personalidade, usaremos aqui o conceito de Pervin & John (2004), que vem sendo apresentados por McCrae & Costa desde a década de 90, conforme resumo esquemático a seguir.

Quadro 1 - Os cinco grandes fatores da personalidade e sua escala de traços

Características do indivíduo que apresenta um resultado alto	Escala de traços	Características do indivíduo que apresenta um resultado baixo
Preocupado, nervoso, emotivo, inseguro, inadequado, hipocondríaco.	<b>NEUROTICISMO (N)</b> Avalia ajustamento <i>versus</i> instabilidade emocional. Identifica indivíduos propensos a perturbações.	Calmo, descontraindo, não emotivo, forte, seguro, auto-satisfeito.
Sociável, ativo, falante, orientado para as pessoas, otimista, divertido, afetuoso.	<b>EXTROVERSÃO (E)</b> Avalia a quantidade e intensidade de interações interpessoais; nível de atividade; necessidade de estimulação; e capacidade de se alegrar.	Reservado, sóbrio, contraído, indiferente, orientado para tarefas, desinteressado, quieto.
Curioso, interesses amplos, criativo, original, imaginativo, não-tradicional.	<b>ABERTURA (O)</b> Avalia a atividade proativa e a apreciação da experiência por si só; tolerância e exploração do que não é familiar.	Convencional, sensato, interesses limitados, não-artístico, não-analítico.
Generoso, bondoso, confiante, prestativo, clemente, crédulo, honesto.	<b>AMABILIDADE (A)</b> Avalia a qualidade da orientação interpessoal do indivíduo ao longo de um contínuo da compaixão ao antagonismo em pensamentos, sentimentos e ações.	Cínico, rude, desconfiado, não-cooperador, vingativo, inescrupuloso, irritável, manipulador.
Organizado, confiável, trabalhador, autodisciplinado, pontual, escrupuloso, asseado, ambicioso, perseverante.	<b>CONSCIENCIOSIDADE (C)</b> Avalia o grau de organização, persistência e motivação do indivíduo no comportamento dirigido para os objetivos. Compara pessoas confiáveis e obstinadas com aquelas que são apáticas e descuidadas.	Sem objetivos, não-confiável, preguiçoso, descuidado, negligente, relaxado, fraco, hedonístico.

Fonte: PERVIN e JOHN (2004) adaptado por ANDRADE (2008)

A empatia, segundo Miller (2012) é um dos cerne da amabilidade ou afabilidade e, portanto, é tida como um traço da personalidade (HEMMERDINGER, 2007) com poucas modificações com a idade (PERVIN & JOHN, 2004). Porém, foram percebidas modulações no início da idade adulta, onde a amabilidade e a conscienciosidade tendem a aumentar. Partindo desse pressuposto, outros autores tratam a empatia como também um mecanismo cognitivo passível de treino e ensino-aprendizagem (PEDERSEN, 2009; HOJAT et al, 2004; HOJAT et al, 2009), tendo as escolas médicas papel fundamental no ensino da medicina centrada da pessoa, com melhores desfechos sob a ótica tanto do aluno como do acadêmico e/ou do médico assistente. Mas para esse treinamento, e tendo em vista a complexidade da relação médico-paciente que abrange questões éticas, morais, de sentimentos e de abordagem técnica e humanizada ao mesmo tempo, faz-se necessário avaliar qual o nível dessa afabilidade enquanto traço da personalidade para que ela possa ser trabalhada na escola médica em momentos exatamente onde se exercita mais habilidades técnicas e menos habilidades de comunicação, o que desencadeia a questão de pesquisa desse projeto.

## 2 JUSTIFICATIVA

Diversos estudos e autores catalogam a empatia baixa como uma grande disfuncionalidade (BORREL, 2012), que torna precária a entrevista clínica e, por conseguinte, a relação médico-paciente. Um relevante estudo (FASCE et al, 2009) realizado com médicos e estudantes de Medicina delimitando os principais atributos ideais que um profissional médico deve possuir mostra a empatia como um dos atributos mais citados dentre os médicos, e o segundo atributo mais lembrado dentre os estudantes, mais até que habilidade técnica em geral.

No Brasil, apesar de discussões pontuais em grupos de trabalho em sociedades científicas, há apenas um relato na literatura médica brasileira de instrumento validado para quantificar a empatia dos futuros médicos (PARO et al, 2012), tratando a empatia apenas como mecanismo cognitivo. E na literatura mundial, os estudos são apenas de ordem quantitativa e considerando apenas a empatia em detrimento de outros atributos importantes da personalidade.

O presente estudo se faz necessário no momento em que quantifica esse importante atributo humano, servindo como instrumento para permitir mudanças na educação médica, prevenindo a erosão ética e a extinção da empatia, e por sua vez do profissionalismo médico e da formação de profissionais voltados para um trabalho mais humanizado, dentro das escolas médicas, seja no nível de graduação, pós-graduação ou educação continuada, provendo melhorias profundas no ensino de habilidades interpessoais.

a) **Relevância social:** A empatia num contexto social está intimamente ligada à benevolência e gentileza. Segundo Miller (2012), a capacidade pessoal ou afabilidade está no âmago do altruísmo humano e do progressivismo social, na forma de desejo por igualitarismo e justiça social. Numa sociedade cada vez mais tecnicista, com excesso de inovações tecnológicas e escassez de inovações relacionais, é importante a formação de profissionais de saúde com habilidades de trabalhar com as emoções e os sentimentos de quem os procuram. Uma medicina executada plenamente transpõe o limite técnico e o médico estabelece com o paciente uma relação que satisfaz as necessidades afetivas (CRUZ, 1980). Na grande maioria das vezes, o paciente que procura atendimento médico se encontra com algum grau de fragilidade, angústia ou dor; sendo assim, esse paciente fragilizado deseja encontrar um profissional que possa ajudar a lidar com suas questões inerentes à consulta, em especial em momentos em que essa habilidade de afabilidade se faz mais necessária, como na comunicação de más notícias, paciente com muitas demandas, ou quando o paciente não tem



um diagnóstico ou não sabemos orientá-lo sobre a etiologia da doença (BORRELL, 2012). A empatia é um atributo estudado por diversas ciências, desde economia até política. O líder político Theodore Roosevelt chegou a afirmar que o “sentimento de companheirismo” é o fator mais importante em produzir uma vida social e política saudáveis. (WAAL, 2009).

b) **Relevância acadêmica**: É sabido entre pesquisadores e docentes que a empatia é condição fundamental na relação médico-paciente (TRINDADE et al, 2005). A empatia como parte do processo de humanização e de habilidade de comunicação está incluída nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Medicina, vista inclusive como uma habilidade fundamental tanto para a assistência como para a gestão em saúde, na liderança nas relações em equipe (MEC, 2014). Uma medida quanti-qualitativa pode vir a contemplar novas formas de ensino-aprendizagem e mesmo de avaliação voltadas para os aspectos éticos e humanísticos, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania (MEC, 2001). Uma avaliação da empatia enquanto valor humanístico se faz importante frente ao modelo pedagógico flexneriano hegemônico e ao excesso de inovações tecnológicas inseridas ao longo de toda a formação médica, muitas vezes em detrimento do holístico e do relacional. A avaliação da empatia enquanto componente da personalidade em momentos diversos da escola médica pode prover melhorias no treinamento de habilidades de comunicação, necessárias para a profissão médica independente da especialidade escolhida. Hornblow et al (1988) pontua que as escolas médicas têm a necessidade constante de treinar sistematicamente qualidades humanísticas em seus alunos.

c) **Relevância científica**: Diversos estudos apontam a queda na empatia relacionada com os treinamentos técnicos na graduação, e mesmo na residência médica (HOJAT et al, 2004; HOJAT et al, 2009; CHEN et al, 2007). Uma postura mais empática melhora a acurácia do diagnóstico, aumenta a efetividade das intervenções terapêuticas e aumenta a satisfação de médico e paciente na relação estabelecida (HOJAT, 2004). Fasce et al (2009) descreveram que, entre 71 atributos considerados importantes para a formação de um bom profissional, a empatia foi o segundo atributo mais lembrado entre os estudantes, e o quarto mais lembrado entre médicos graduados. A empatia é o alicerce da afabilidade, uma das cinco grandes características da personalidade (ATKINSON et al, 2000). Uma análise quanti-qualitativa da empatia balizada com os Cinco Grandes Fatores da Personalidade (Abertura a novas experiências, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade – onde se inclui a empatia, e Neuroticismo ou Estabilidade Emocional) pode vir a trazer alguma elucidação sobre se o estado da personalidade pode ser influenciável durante a formação

médica e melhorado através de atividades educacionais direcionadas para esse fim, ou se traços da personalidade não podem ser facilmente modificados.

Em suma, médicos treinados em habilidades que resultem em pacientes com participação mais ativa na consulta médica conseguem deles melhores informações para um diagnóstico mais aguçado, e conseqüentemente, maior qualidade do serviço de saúde como um todo (STARFIELD, 2002). A análise da empatia se faz necessária na medida em que é possível para os médicos mudarem suas consultas e se tornarem mais abertos ao paciente, preservando sua humanidade sem conseqüências danosas (PENDLETON et al, 2011). Além disso, a habilidade para manter emoções positivas (inclusive a própria empatia) é uma característica da personalidade ligada à extroversão, uma das Cinco Grandes Características contempladas no instrumento quantitativo BFI-10. Como estamos tratando de formação, e esse processo tem uma construção dialética inerente a cada aluno, faz-se necessário um entendimento da investigação do fenômeno (no presente estudo, as variações do nível de empatia entre os sujeitos) da forma como se apresenta, despindo-se de preconceito e abstraindo-se de influências externas (KERN 2004), numa forma de reduzir vieses mesmo em análise qualitativa.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um estudo investigativo, de natureza mista quanti-qualitativa através da validação do instrumento IBGFP-5 com alunos do curso de Graduação da FAMED PUCRS com o propósito de avaliar o nível de empatia destes alunos.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer validação de teste e reteste (validação de consistência temporal) do instrumento quantitativo, o IBGFP-5, de análise de características da personalidade;
- Fazer correlação cruzada do IBGFP-5 com o IGFP-5;
- Fazer validação convergente com a EMRI;
- Quantificar a empatia/amabilidade dos alunos da FAMED / PUCRS em níveis específicos da graduação em Medicina, do primeiro ao sexto e último ano;
- Quantificar a empatia/amabilidade dos alunos em relação a diversas variáveis sociodemográficas e outras características da personalidade;
- Discutir possíveis fatores que influenciem no desenvolvimento de empatia na formação médica na FAMED/PUCRS.

## 4 BASE METODOLÓGICA

Por se tratar de uma questão complexa que envolve o ensino e a aprendizagem de um aspecto da relação médico-paciente, igualmente complexa, optou-se nesse estudo trabalhar com uma metodologia mista quanti-qualitativa ainda mais em se tratando da validação de uma escala. Dentre outras questões, um enfoque pluralista, misto é adequado quando os achados precisam ser explicados, os achados exploratórios devem ser explicados, um segundo método (nesse caso, o qualitativo) é fundamental para melhorar e dar respaldo a um método primário, uma postura teórica precisa ser explicada (nesse caso, a empatia enquanto atributo da personalidade e ao mesmo tempo passível de intervenção educacional) e quando um objetivo geral da pesquisa pode ser melhor trabalhado com fases ou projetos múltiplos, paralelos ou simultâneos (CRESWELL & CLARK, 2013), como melhor detalhados a seguir.

### 4.1 NATUREZA DA PESQUISA

O presente estudo é do tipo observacional que, conforme Fontelles et al (2009), observa, registra e descreve fatos ou fenômenos sem a análise do método do seu conteúdo. Descobre com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros. Optou-se para o delineamento dessa pesquisa o tipo transversal contemporâneo, quanti-qualitativo.

A ideia de dar ao presente estudo um enfoque misto, quanti-qualitativo, pretende possibilitar uma maior complementação das informações. Para este estudo, foi aplicado primeiramente o inventário breve dos cinco grandes atributos da personalidade – IBGFP-5, objetivando apreender informações objetivas sobre empatia em relação aos demais atributos da personalidade juntamente com um questionário semiestruturado de variáveis sociodemográficas.

O enfoque quanti-qualitativo, segundo Babbie (2001), ocorre por meio da medição sistemática, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística, inclusive de comportamento social agregado. Para Martinelli (2001), a pesquisa quantitativa e qualitativa são complementares, convergindo tanto para os métodos quantitativos como para os métodos qualitativos, ou seja, “sem confinar os processos e questões metodológicas a limites que contribuam os métodos quantitativos exclusivamente ao positivismo ou os métodos qualitativos ao pensamento interpretativo” (p.34). Complementando a autora, existem três pressupostos em relação à pesquisa qualitativa:

- a) Há o reconhecimento da singularidade do sujeito;
- b) Parte do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito;
- c) Considera importante conhecer o modo de vida do sujeito, o que pressupõe o conhecimento de sua experiência social.

Para Minayo (2003), o enfoque qualitativo aborda questões mais profundas das relações humanas e significado das ações, que, por sua vez, compreende e descreve as relações sociais atuando nas vivenciais, experiências e cotidianidade.

A junção criteriosa da abordagem quantitativa e qualitativa conforme Freitas (2001) possui muitas vantagens, dentre estas, a de que elas são complementares, representando palavras e números – as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Dessa forma, há uma forma de credibilidade maior dos resultados e um maior nível de evidência científica.

O instrumento quantitativo é o IBGFP-5 (do original em inglês *BFI-10*), instrumento de 11 questões formulado por Rammerstein; John (2007), aplicado de forma voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de formulário impresso. Por ele ser uma versão reduzida de um instrumento já validado e utilizado no Brasil, o IGFP-5, a adaptação transcultural e validação de conteúdo já foram realizadas (ANDRADE, 2008), pois contemplam dentre outras todas as questões do IBGFP-5. Sua validação se dará pela análise da consistência interna do construto, reteste para verificar estabilidade temporal, correlação cruzada com a sua versão maior, o IGFP-5 e validação convergente com a escala EMRI.

#### 4.2. LOCAL DA PESQUISA

O estudo ocorreu nas dependências da Faculdade de Medicina - FAMED da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, localizada no município de Porto Alegre – RS. A Faculdade foi reconhecida pelo Governo Federal em 1976, tendo formado mais de 2300 profissionais médicos desde a sua fundação. Tem como missão “educar e formar profissionais que pratiquem a Medicina, embasada nos valores e princípios da competência técnica, desenvolvimento científico, *humanístico* (grifo nosso) e comprometimento ético-social” (PUCRS; FAMED, 2014). O curso é dividido em 12 níveis semestrais sendo os quatro últimos níveis de internato, num total de 3600 horas, perfazendo o total de seis anos. Recentemente a matriz curricular sofreu modificações, com a introdução de novas disciplinas e o acréscimo de 90 horas na carga horária total do internato. São oferecidas

anualmente 74 vagas para ingresso pelo vestibular, e a oferta de disciplinas também ocorre anualmente, de modo que todos os alunos do ano passam pelo mesmo nível letivo ao mesmo tempo.

No segundo semestre de 2013, estavam matriculados e ativos o total de 472 alunos, todos nos níveis pares, distribuídos ao longo dos seis anos da seguinte forma: 75 alunos no primeiro ano, 88 no segundo ano, 77 no terceiro ano, 78 no quarto ano, 76 no quinto ano e 78 no último ano. A escolha da instituição se deu por seu nível de excelência, sendo nota quatro no ENADE 2014, por seu reconhecimento tanto na formação de graduação (foco da pesquisa) como na pós-graduação, pela facilidade de acesso do pesquisador a esses alunos, e também para avaliar a necessidade de ajuste em habilidades de comunicação e atitude empática pois, ao analisar a matriz curricular, observa-se diversas disciplinas técnicas, o que inclui um laboratório de habilidades cirúrgicas, mas não possui disciplinas que elenquem diretamente habilidades de comunicação, ou mesmo um laboratório de habilidades clínicas.

#### 4.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra do estudo transversal quanti-qualitativo inclui 200 alunos matriculados ativos nos níveis II (primeiro ano), IV (segundo ano), VI (terceiro ano) e VIII (quarto ano) e XII (sexto ano) do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da PUCRS, frequentando regularmente as aulas nesta instituição, selecionados de forma aleatória. A escolha desses níveis se deu em virtude de serem considerados momentos cruciais da formação: no ingresso, no contato com o Laboratório de Habilidades e ao encerrarem as disciplinas iniciais de Propedêutica Médica, em contato com disciplinas centrais do curso como Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde da Criança e Adolescente, e em vias de conclusão da graduação.

O cálculo do tamanho amostral, por se tratar de uma validação de um instrumento, foi feito para no mínimo 110 e no máximo 220 sujeitos, em se considerando estimativa de 10 a 20 sujeitos por item de questionário, conforme HAIR et al (2005). Como todas as questões / sentenças do IBGFP-5 estão presentes no IGFP-5, instrumento validado no Brasil por Andrade (2008), a versão maior de 44 questões do IBGFP-5, utilizaremos a tradução das questões presentes neste.

Foram excluídos da amostra os alunos não respondedores, aqueles que responderam menos de dois itens relativos à avaliação da amabilidade (questões 2, 7 e 11) no IBGFP-5, e os que não quiseram mais participar do estudo ao longo da validação. Dados perdidos foram considerados aqueles que responderam menos de quatro questões do questionário

semiestruturado de caráter sociodemográfico, quem não fez o reteste. Foi obtida também uma amostra de 16 alunos do sexto semestre do curso de Odontologia, porém essa população entrará em pesquisas futuras (ver Agenda de Pesquisa).

#### 4.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

O pesquisador trabalhou basicamente com variáveis sócio demográficas, sendo divididas da seguinte forma:

- Categóricas nominais – gênero, estado civil autodeclarado, especialidade médica pretendida - categorizada em orientadas para pessoas, como clínica médica e pediatria, e orientadas para a tecnologia, como radiologia e cirurgia, seguindo a categorização preconizada por (GLASER *et al.*, 2007);

- Categóricas ordinais – nível do curso, nível de espiritualidade autodeclarada (atribuindo uma escala Likert de 1 - nada espiritualizado até 5 – muito espiritualizado);

- Numéricas discretas – escore de cada atributo no IBGFP-5

- Numéricas contínuas – idade

Por se tratar de um estudo misto quanti-qualitativo, conta ainda a coleta de um dado, uma variável do tipo categórica nominal, por meio de pergunta aberta, da seguinte forma: “O que você faz nas horas vagas, quando não está estudando?”. As respostas dessa variável serão analisadas, agrupadas e categorizadas em um estudo posterior (ver Agenda de Pesquisa), porém foi incluída no banco de dados confeccionado.

O conceito de espiritualidade utilizado nesse estudo foi o de Hufford (2005) adaptado por Koenig (2008), que seria a relação pessoal com o transcendental, baseada na busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivos de vida.

#### 4.5. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA

##### 4.5.1. Apresentação do Instrumento IBGFP-5

A versão resumida do Inventário dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, o IBGFP-5, é uma versão resumida do IGFP-5, instrumento auto-aplicável de 44 sentenças, formulado por John et al (1991) e validado no Brasil por Andrade (2008). A versão de 11 questões foi criada com o intuito de tornar a aplicação menos cansativa e a avaliação mais rápida; segundo os autores, a auto-aplicação ocorre em menos de um minuto. A adaptação

transcultural e validação de conteúdo (ou seja, a avaliação das qualidades psicométricas) do IGFP-5, que inclui todas as questões do IBFGP-5, já foi realizada por Andrade (2008).

O presente instrumento estruturado se constitui de 11 sentenças fechadas, pontuadas em escala Likert de 1= “discordo fortemente” a 5= “concordo fortemente”. São dois itens para os fatores: Abertura a novas experiências, Conscienciosidade, Estabilidade emocional (ou Neuroticismo) e Extroversão. Cada característica tem uma sentença de “escore verdadeiro” e uma sentença de “escore falso” ou reverso. Para o fator Amabilidade são três itens, sendo dois para o “escore verdadeiro” e uma sentença para o escore reverso, conforme sugestão dos autores na validação original. O intervalo do escore para a característica em questão será dada na forma de intervalo entre a diferença do escore reverso pelo escore verdadeiro, variando de -4 (valor mínimo para a característica em questão) a +4, ou seja, uma escala de similaridade.

Foi utilizada a versão traduzida para o português a partir da adaptação transcultural e validação brasileira do IGFP-5 proposta por Andrade (2008), por conter todas as perguntas presentes no IBGFP-5.

#### **4.5.2. Apresentação do instrumento EMRI**

A Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis, proposta por Davis (1983) e validada no Brasil por Koller et al (2001), é uma medida de empatia enquanto esta é conceituada como reatividade interpessoal e medida como uma variável multidimensional composta por componentes afetivo, cognitivo e comportamental. É uma medida objetiva da empatia levando em conta quatro dimensões:

- Tomada de perspectiva, ou reconhecimento cognitivo do outro;
- Consideração empática, onde se analisa os componentes afetivos;
- Angústia pessoal (do inglês *personal distress*), ou seja, uma reação de ansiedade ou angústia em situações aflitivas vividas pelo outro;
- Fantasia, ou reações do indivíduo em relação à sua imaginação, vivenciando sentimento em situações hipotéticas (filmes, livros de ficção etc). Esta não é utilizada na validação para o Brasil por ser elaborada baseada em aspectos culturais dos Estados Unidos onde a escala foi criada, não sendo possível adaptação transcultural.

Desse modo, a EMRI, consta de 21 questões fechadas com escala do tipo Likert, variando de 1=“Não me descreve bem”, a 5=“Descreve-me muito bem”, sendo 7 proposições para cada subescala (tomada de perspectiva, consideração empática e angústia pessoal),



também com questões de escore reverso ou indireto, além do escore global. No caso são os itens 2, 3, 9, 10, 11 e 13 (ver *Anexo B*).

#### 4.6. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

##### 4.6.1 Contato com os participantes

O contato com os alunos ocorreu nas dependências da FAMED/PUCRS de forma direta, através dos professores dos níveis letivos relacionados a cada coorte da amostra, ao longo de todo o segundo semestre de 2013, entre os meses de agosto e novembro, à exceção do último nível letivo, que foi coletado no mês de julho de 2014, durante o internato em Saúde Coletiva. O quinto ano não entrou na amostra pelo fato do internato nos dois últimos anos terem características muito semelhantes, e o sexto ano tem o fator estressor da proximidade da formatura e das provas de residência médica. Para reduzir vieses, todas as aplicações ocorreram durante aulas normais, e foram evitadas vésperas de provas, trabalhos e feriados, vistos como potenciais fatores estressores que poderiam influenciar nas respostas.

##### 4.6.2 Agendamento das entrevistas e coleta de dados e informações

O agendamento da aplicação do instrumento IBGFP-5, seja em teste ou em reteste, do IGFP-5 para correlação cruzada e do EMRI para validação convergente, deu-se por meio dos professores da graduação dos níveis da amostra, bem como durante o estágio docente no segundo semestre de 2013, e o último nível letivo que foi coletado em junho e julho de 2014.

Todos os instrumentos foram aplicados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Considerações Éticas).

#### 4.7. ANÁLISE DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Nessa fase, ocorreu em um primeiro momento a análise estatística e validação do construto, e após essa análise foi feita uma segunda etapa de forma qualitativa por se tratar, além da questão de pesquisa, de um quesito que se volta para a educação, onde se faz necessário compreender melhor alguns sujeitos da pesquisa por meio da análise textual.

Como esse estudo possui uma abordagem quanti/qualitativa, a análise de dados foi realizada por dois processos diferentes. Para a análise quantitativa dos escores e variáveis, foi

elaborado um banco de dados utilizando planilhas Excel e pacote estatístico SPSS for Windows na versão 19.0. A análise dos dados dessa pesquisa teve o tratamento estatístico com técnicas de análise descritiva, análise de variância, correlação de Pearson e alfa de Crombach para a medida da consistência interna, adotada em nível de percepção de diferença estatística de 0,05.

A caracterização da população amostral (alunos) e para a avaliação do objetivo geral, ou seja, identificar o grau de empatia dos alunos ao longo dos semestres letivos, foi realizada através de análise descritiva constituída por técnicas de estatística, tais como: média, desvio-padrão, variância, frequência e percentual apresentado por tabelas e gráficos. As variáveis sociodemográficas também foram analisadas pela frequência e percentual.

A análise dos dados referentes aos objetivos específicos – validar o instrumento IBGFP-5 e fazer todas as correlações voltadas para a avaliação da amabilidade – foi realizado com a técnica de correlação de Pearson e o teste t de Student entre o nível de empatia e as variáveis: idade, gênero, semestre, nível de espiritualidade e escolha da especialidade. Para verificar a distribuição ao longo dos semestres foram feitos ainda testes post hoc de diferença honestamente significativa (HSD) de Tukey. Foram feitos ainda ANOVA de uma via para comparação de médias e análise de variabilidade entre os grupos por meio da estatística F, e teste de ajustamento de Kolmogorov-Smirnov para ajustamento das médias. As interpretações dos resultados foram realizadas em consonância com o aporte teórico que norteia todo o estudo.

A análise do conteúdo das respostas dos alunos será feita por meio de unitarização, categorização e comunicação, expressando as compreensões atingidas do conteúdo, conforme Bardin (1977).

Foram coletadas ainda 200 respostas acerca da pergunta aberta: “O que fazes nas horas vagas, quando não estás estudando?”. Essas respostas foram transcritas para o banco de dados exatamente como foram coletadas e serão submetidas à análise de conteúdo segundo Bardin (1977), pois essa metodologia é a utilizada para análise de dados coletados sobre determinado tema, grupo ou objeto, através da leitura flutuante, unitarização, agrupamento e categorização desses *hobbies*. Visa, através da inferência, alcançar o significado do que está contido no discurso, desvendando o que está oculto ou pouco visível nas respostas coletadas (ver Agenda de Pesquisa).

#### 4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo procurou seguir as normas de pesquisa em seres humanos conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foi submetido e aprovado junto ao Comitê Científico, e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, conforme parecer consubstanciado de número 337.697. Os riscos da pesquisa foram mínimos gerados pelo fato dos alunos da amostra se submeterem à coleta de dados em entrevista em mais de um momento. Esses pequenos riscos foram compensados pelos benefícios da análise visando melhorias e discussões acerca do ensino médico na instituição do estudo em questão.

A aplicação de todos os instrumentos de pesquisa se deu com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5. RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos junto à população estudada – 200 alunos distribuídos em cinco coortes de acordo com ano letivo cursado na Faculdade de Medicina; tais resultados estão organizados nas seguintes seções: “análise exploratória e estatística descritiva dos alunos” e “análise estatística analítica do instrumento IBGFP-5” para responder os objetivos específicos. A análise da empatia dos alunos em relação às variáveis será a seção com a descrição e análise dos resultados para responder o objetivo geral do estudo.

Após a exclusão dos dados perdidos, perfazendo 1% de respostas omissas, ficamos com um total de 200 alunos para a análise exploratória das variáveis sociodemográficas, 198 alunos aptos a serem incluídos nas análises dos escores de amabilidade do IBGFP-5 e 136 alunos para as validações convergente e cruzada.

### 5.1. ANÁLISE EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA DOS ALUNOS

Descrevemos, a seguir, os alunos quanto às suas características pessoais, acadêmicas e sociodemográficas.

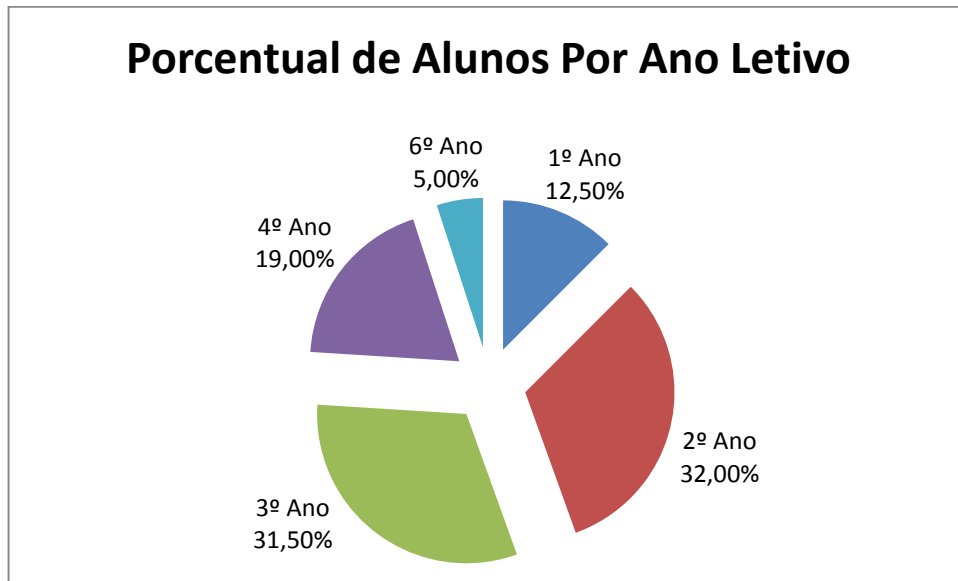
Do total de 472 alunos matriculados regularmente na PUCRS no período de agosto de 2013 a julho de 2014, foram incluídos 200 alunos, o que representa 42,37% do universo de pesquisa, distribuídos em cinco coortes representativas do primeiro, segundo, terceiro, quarto e sexto anos (Tabela 1). Destes 200 alunos, 121 são do gênero feminino (60,5%) e 79 do gênero masculino (39,5%). A idade média foi de  $22 \pm 3,06$  anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 38 anos. O gráfico 1 evidencia o percentual de alunos incluídos no estudo de acordo com o ano letivo que cursavam à época da coleta dos dados.

**Tabela 1 - Distribuição de Alunos por Ano Letivo**

<b>Semestre</b>	<b>Número de Alunos Por Ano Letivo</b>	<b>% Amostra</b>
<b>2</b>	25	12,5%
<b>4</b>	64	32,0%
<b>6</b>	63	31,5%
<b>8</b>	38	19,0%
<b>12</b>	10	5,0%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Gráfico 1 - Distribuição dos alunos por ano letivo e percentual de representação da amostra



Fonte: Sistematizado pelo autor.

Foi realizada uma avaliação da amostra quanto ao estado civil autodeclarado, com as categorizações em “solteiro”, “namorando”, “noivo”, “casado” e “outro” com a distribuição em seguida, sem dados perdidos para essa variável, com dados expressos na Tabela 2.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto ao estado civil autodeclarado**

<b>Estado civil</b>	<b>n (%)</b>
<b>Solteiro</b>	133 (66,5%)
<b>Namorando</b>	61 (30,5%)
<b>Noivo</b>	03 (1,5%)
<b>Casado</b>	02 (1%)
<b>Outro</b>	01 (0,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>200 (100%)</b>

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Quanto à escolha da especialidade médica, observa-se maior distribuição da amostra para a especialidade clínica 87 (43,5%), seguida da especialidade cirúrgica 82 (41%) e a menor distribuição da amostra é para os sujeitos que não possuem especialidade definida 31 (15,5%). Os critérios para subdivisão das especialidades em Clínica ou Orientada para Pessoas e Cirúrgica ou Orientada para Técnicas foram baseados no modelo proposto por Chen et al (2007).

Quadro 2 - Categorias de especialidades

<b>Exemplos de especialidades por categoria</b>	
<b>Orientadas para Pessoas</b>	Medicina Interna
	Medicina de Família e Comunidade
	Pediatria
	Neurologia
	Fisiatria
	Psiquiatria
	Medicina de Emergência
	Ginecologia e Obstetrícia
	Oftalmologia
	Dermatologia
<b>Orientadas para Técnicas</b>	Patologia
	Cirurgia Geral e demais subespecialidades
	Radiologia
	Radioterapia
	Anestesiologia

Fonte: CHEN et al, 2007

**Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à especialidade**

<b>Especialidade</b>	<b>n (%)</b>
<b>Não definida</b>	31 (15,5%)
<b>Clínica/Orientada para pessoas</b>	87 (43,5%)
<b>Cirúrgica/Orientada para técnicas</b>	82 (41%)
<b>TOTAL</b>	<b>200 (100%)</b>

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Vale ressaltar que 3 alunos responderam especificamente Medicina de Família e Comunidade (1,5%), especialidade voltada para a Atenção Primária à Saúde e que trabalha especificamente com aspectos do Método Clínico Centrado na Pessoa, o qual tem a empatia como um dos seus elementos centrais.

Quanto à autodeclaração da espiritualidade, ao atribuímos uma escala Likert de 1 a 5, desde “Nada espiritualizado” até “Bem espiritualizado”, obtivemos uma distribuição homogênea entre os extremos, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à espiritualidade.

<b>Espiritualidade</b>	<b>n (%)</b>
<b>Não respondeu</b>	1 (0,5%)
<b>Nada espiritualizado</b>	23 (11,5%)
<b>Muito pouco espiritualizado</b>	22(11%)
<b>Pouco espiritualizado</b>	30 (15%)
<b>Algo espiritualizado</b>	75(37,5%)
<b>Bem espiritualizado</b>	49 (24,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>200 (100%)</b>

Fonte: Sistematizado pelo autor.

## 5.2 ANÁLISE DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO IBGFP-5 – CONSISTÊNCIA INTERNA E CORRELAÇÕES

Ao se considerar os dados perdidos (1%) e todos os casos válidos para utilização, obteve-se o total de 198 alunos para a validação. A consistência interna do IBGFP-5 (alfa de Cronbach) ficou em 0,256, coeficiente de regressão linear de Spearman-Brown de 0,28 e coeficiente de meia-amostra (*half-split*) de Guttman de 0,274.

Para a validação convergente com os instrumentos EMRI e a versão completa do IBGFP-5, o IGFP-5, utilizou-se o teste de correlação de Pearson, como mostra a Tabela 5, sendo observadas em todas as correlações percepções estatísticas menores que 5% ( $p < 0,05$ ), embora haja correlações moderadas evidenciadas entre Escore total IBGFP-5 e IGFP-5, além de EMRI e IGFP-5.

Tabela 5 - Correlação entre os Escores totais da IBGFP-5, EMRI e Escore total IGFP-5.

		<b>Escore total IBGFP_5</b>	<b>EMRI</b>	<b>Escore total IGFP-5</b>
<b>Escore total IBGFP-5</b>	<b>N</b>	198	185	135
	<b>r*</b>	1	0,255	0,650
<b>EMRI</b>	<b>N</b>	185	187	128
	<b>r*</b>	0,255	1	0,378
<b>Escore total IGFP- 5</b>	<b>N</b>	135	128	136
	<b>r*</b>	0,650	0,378	1

\**Teste de Correlação de Pearson*

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Foram feitos ainda testes de ajustamento de amostra (Z de Kolmogorov-Smirnov), bem como ANOVA de uma via para a análise entre os grupos de questionários, considerando o não emparelhamento dos grupos entre si e a distribuição normal, como mostram as tabelas 6 e 7.

**Tabela 6 - Teste de uma amostra aplicado aos escores**

		<b>Escore total IBGFP-5</b>	<b>Reteste IBGFP- 5</b>	<b>Escore total IGFP-5</b>
<b>Paramétricos*</b>	n	198	136	136
	Média	38,8232	38,3603	152,1765
	Desvio Padrão	4,04845	3,94344	13,94958
<b>Diferença entre valores mais extremos</b>	Absoluto	0,089	0,069	0,063
	Positivo	0,060	0,069	0,038
	Negativo	-0,089	-0,064	-0,063
	Kolmogorov- Smirnov Z	1,254	0,802	0,735
	p	0,086	0,541	0,653

*\*Teste com distribuição normal*

Fonte: Sistematizado pelo autor.

**Tabela 7 - Escores totais dos testes IBGFP-5 e IGFP-5 E EMRI**

		<b>Soma dos Quadrados</b>	<b>DF**</b>	<b>Quadrado da média*</b>
<b>Escore total IBGFP_5</b>	Entre os grupos	45,248	4	11,312
	Dentro dos grupos	3183,565	193	16,495
	<b>TOTAL</b>	3228,813	197	
<b>EMRI</b>	Entre os grupos	190,096	4	47,524
	Dentro dos grupos	9222,075	182	50,671
	<b>TOTAL</b>	9412,171	186	
<b>Escore total IGFP-5</b>	Entre os grupos	1395,332	4	384,833
	Dentro dos grupos	24874,433	131	189,881
	<b>TOTAL</b>	26269,765	135	

*\*Teste ANOVA*

*\*\*Graus de liberdade*

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Realizou-se ainda uma ANOVA de uma via, como mostra a Tabela 8, bem como a análise de distribuição F para verificar a variabilidade entre o instrumento de validação convergente (EMRI) bem como entre a fração e o todo, ou seja, entre o IBGFP-5 e o IGFP-5. Não foram obtidas diferenças estatísticas maiores que 5% e, portanto, não se observou diferenças de variabilidade entre os grupos.



**Tabela 8 - Comparação entre escores totais de IBGFP-5, IGFP-5 e EMRI**

		<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Escore total IBGFP-5</b>	Entre os grupos	0,686	0,603
<b>EMRI</b>		0,938	0,443
<b>Escore total IGFP-5</b>		1,837	0,125

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Na amostra de reteste (n=136), foi feita ainda a análise de consistência interna do IGFP-5, onde foi obtido um alfa de Cronbach de 0,78.

### 5.3 ANÁLISE DA AMABILIDADE/EMPATIA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS E SUBITENS

Para a análise da empatia/amabilidade foram feitas diversas análises em relação às questões específicas desse item tanto no IBGFP-5 como no IGFP-5 por este ter obtido uma maior consistência interna, como será explicitado posteriormente.

Foram analisados os itens específicos da dimensão amabilidade do IBGFP-5 levando em consideração a média em relação ao escore total, a variância, a correlação total de Pearson e a consistência interna de cada sentença, a saber, (tabela 9):

2. "... é confiável";
7. "... tende a ser crítico com os outros" (escore reverso);
11. "... é amável, tem consideração pelos outros".

**Tabela 9 - Valores de amabilidade do IBGFP-5 comparados às sentenças da amabilidade**

	<b>Média</b>	<b>Variância</b>	<b>Correlação total ( Alpha de Cronbach</b>	
<b>Sentença 2</b>	6,77	1,477	0,246	0,146
<b>Sentença 7</b>	9,27	1,012	0,085	0,511
<b>Sentença 11</b>	7,02	1,210	0,240	0,087

Fonte: Sistematizado pelo autor.

**Tabela 10 - Valores gerais do item amabilidade do IBGFP-5**

<b>Média</b>	11,53
<b>Variância</b>	2,059
<b>Desvio Padrão</b>	1,435
<b>Número de Itens</b>	3

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Considerando a distribuição normal das respostas, foi realizado o teste de ajustamento de Kolmogorov-Smirnov da amabilidade em relação à totalidade do IBGFP-5.

**Tabela 11 - Ajustamento do escore de Amabilidade em relação ao escore total do IBGFP-5.**

<b>Paramétricos*</b>	<b>Escore de amabilidade IBGFP-5</b>	
	<b>n</b>	<b>200</b>
	Média	11,5300
	Desvio Padrão	1,43506
<b>Diferença entre valores mais extremos</b>	Absolute	0,158
	Positivo	0,157
	Negativo	-,158
	Kolmogorov-Smirnov Z	2,240
	P	0,00

*\*Teste com distribuição normal*

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Para a verificação da empatia em relação às variáveis, serão destacadas as correlações entre o escore de amabilidade do IBGFP-5 e as variáveis “gênero”, “especialidade” pretendida, “semestre” em curso e “espiritualidade”. A correlação entre o escore de amabilidade do IBGFP-5 e as variáveis “idade” e “estado civil” foram menores que 0,4 (correlação de Pearson).

#### a) Gênero

Para a análise da influência do gênero dos estudantes em relação à empatia, foram feitos cálculos de média e desvio padrão, tanto do escore global de amabilidade do IBGFP-5 como do IGFP-5, conforme descritos na tabela 25.

Tabela 12 - Escore de amabilidade a partir do gênero

	Sexo	n	Média	Desvio padrão	Erro padrão
<b>Escore de amabilidade IBGFI 5</b>	Feminino	121	11,8512	1,30167	0,11833
	Masculino	79	11,0380	1,49737	0,16847
<b>Escore de amabilidade IGFP-5</b>	Feminino	86	35,0233	4,43509	0,47825
	Masculino	50	33,0200	5,23534	0,74037

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Ao se presumir que não se sabe exatamente qual a distribuição da empatia em relação ao gênero, foi realizado teste t para as amostras em relação aos escores globais de amabilidade. No IBGFI-5, assumindo variâncias iguais da média ou não, obteve-se percepção estatística de diferenças na amabilidade em relação ao gênero feminino, e mais graus de liberdade. Ao se fazer o pareamento do gênero em relação à amabilidade no IGFP-5 para testar a hipótese de maior empatia entre as mulheres, observam-se também diferenças na distribuição dos graus de liberdade e percepção estatística menor que 5% no IGFP-5, assumindo-se ou não igualdade de variância entre os grupos (tabela 13), ou seja, menos graus de liberdade e médias maiores entre as estudantes.

Tabela 13 - Teste t para amostras independentes – gênero e escores de amabilidade.

		DF	p	Diferença da média
<b>Escore de amabilidade IBGFI-5</b>	<b>Igualdade de variâncias assumidas</b>	198	0,000	0,81326
	<b>Igualdade de variâncias não assumidas</b>	150,191	0,000	0,81326
<b>Escore de amabilidade IGFP-5</b>	<b>Igualdade de variâncias assumidas</b>	134	0,019	2,00326
	<b>Igualdade de variâncias não assumidas</b>	89,445	0,025	2,00326

Fonte: Sistematizado pelo autor.

A diferença entre as médias de amabilidade de cada gênero é verificada no teste de amostras independentes de Mann-Whitney, obtendo-se uma percepção estatística ( $p < 0,05$ ), conforme se verifica na tabela 14.

**Tabela 14 - Comparação dos escores globais entre gênero feminino e masculino para amabilidade.**

	<b>Gênero</b>	<b>n</b>	<b>Posição média</b>	<b>Soma das posições</b>
<b>Escore de amabilidade IBGFP-5</b>	Feminino	121	111,93	13543,00
	Masculino	79	83,00	6557,00
	<b>TOTAL</b>	<b>200</b>		

$p=0,025$

Fonte: Sistematizado pelo autor.

#### b) Especialidade

Para verificar a empatia em relação à especialidade pretendida - após a categorização pelo método de Bardin (1977), agrupando a amostra em 3 subamostras (“não definido”, “clínica/orientado para pessoas” e “cirúrgica/orientado para técnicas”) – foram realizados testes de comparação entres esses três grupos com o teste de Kruskal-Wallis para verificar a análise de variância, e testes post hoc de múltiplas comparações entre os grupos; neste caso, o teste escolhido foi o teste exato HSD de Tukey. Em ambas as comparações, não se detectam diferenças estatísticas da amabilidade em relação ao escore de amabilidade (tabelas 15 e 16).

**Tabela 15 - Amabilidade comparada entre as especialidades**

<b>Especialidade (n)</b>	<b>Especilidade categorizada</b>	<b>Diferença da média</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>P</b>
<b>Não definido (31)</b>	<b>Clínica</b>	-0,55329	1,21367	0,892
	<b>Técnica Cirúrgica</b>	0,20779	1,21961	0,984
<b>Clínica (87)</b>	<b>Não definido</b>	0,55329	1,21367	0,892
	<b>Técnica Cirúrgica</b>	0,76108	0,90808	0,680
<b>Técnica cirúrgica (82)</b>	<b>Não definido</b>	-0,20779	1,21961	0,984
	<b>Clínica</b>	-0,76108	0,90808	0,680

$p = 0,905$  (nd)

Fonte: Sistematizado pelo autor.

#### c) Ano letivo

Para a avaliação central do estudo, a avaliação da empatia em relação ao ano letivo, foi realizado o teste Kruskal-Wallis com a localização das diferenças pelo HSD de Tukey para

verificar a variabilidade entre os cinco grupos e entre cada um, considerando o número de 198 sujeitos válidos para o IBGFP-5 e 136 para o IGFP-5. As múltiplas comparações entre os grupos estão explicitadas na tabela 16.

**Tabela 16 - Múltiplas comparações entre os diferentes anos letivos avaliados**

(I) Ano	(J) Ano	Diferença da média (I-J)	Erro padrão	p	Limite inferior*	Limite superior*
1	2	-3,14444	2,07763	0,550	-8,8915	2,6026
	3	-2,27083	2,06998	0,800	-7,9967	3,4550
	4	-2,88710	2,13211	0,650	-8,7848	3,0106
	6	-6,50000	2,75997	0,130	-14,1245	1,1345
2	1	3,14444	2,07763	0,550	-2,6026	8,8915
	3	0,87361	0,99193	0,900	-1,8702	3,6174
	4	0,25735	1,11579	0,990	-2,8291	3,3438
	6	-3,35556	2,07763	0,490	-9,1026	2,3915
3	1	2,27083	2,06998	0,800	-3,4550	7,9967
	2	-0,87361	0,99193	0,900	-3,6174	1,8702
	4	-0,61626	1,10148	0,980	-3,6631	2,4306
	6	-4,22917	2,06998	0,250	-9,9550	1,4967
4	1	2,88710	2,13211	0,650	-3,0106	8,7848
	2	-0,25735	1,11579	0,990	-3,3438	2,8291
	3	0,61626	1,10148	0,980	-2,4306	3,6631
	6	-3,61290	2,13211	0,440	-9,5106	2,2848
6	1	6,50000	2,75997	0,130	-1,1345	14,1345
	2	3,35556	2,07763	0,490	-2,3915	9,1026
	3	4,22917	2,06998	0,250	-1,4967	9,9550
	4	3,61290	2,13211	0,440	-2,2848	9,5106

\*Intervalo de confiança: 95%

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Utilizando-se ainda o teste de Kruskal-Wallis para a comparação dos grupos, não se observaram diferenças estatísticas entre os anos, nem o decréscimo ao longo das turmas, conforme já relatado na literatura. Na tabela 18, que mostra outro teste com localização post hoc realizado entre duas subamostras obtidas de cada turma, também não se observam diferenças entre os grupos, e inclusive com um ligeiro aumento do escore em direção ao último ano, ainda que esse aumento não seja progressivo ao longo dos anos.

**Tabela 17 - Escore de amabilidade do IBGFP-5 em relação ao semestre**

<b>Ano</b>	<b>n</b>	<b>Subamostra 1*</b>	<b>Subamostra 2*</b>
<b>1</b>	6	31,5000	
<b>3</b>	48	33,7708	33,7708
<b>4</b>	31	34,3871	34,3871
<b>2</b>	45	34,6444	34,6444
<b>6</b>	6		38,0000
<b>P</b>		0,483	0,191

\*Subconjuntos homogêneos para alfa = 5%

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Essa distribuição pouco típica é demonstrada no teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes. Os graus ou postos mostram menores valores no primeiro e quarto anos, ainda que estatisticamente não seja detectável, já que o p está acima de 0,05 (tabela 18).

**Tabela 18 - Comparação dos escores de Amabilidade do IBGFP-5 em relação aos anos letivos avaliados**

	<b>Ano</b>	<b>Posição média*</b>	<b>n</b>
<b>Escore Amabilidade IBGFP-5</b>	1	96,04	25
	2	99,70	64
	3	100,46	63
	4	95,75	38
	6	135,05	10
	<b>TOTAL</b>		

\*Kruskal-Wallis p=0,378 (nd)

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Realizou-se o teste de localização de Tukey para diferença estatística com a intenção de verificar a distribuição dos escores entre cada questionário utilizado na validação do IBGFP-5, por meio de subamostras sendo duas subamostras para o IGFP-5 que é o questionário mais consistente; conforme se verifica na tabela 19, a distribuição difere entre cada um deles, sem percepções estatísticas de diferenças entre os questionários dos diferentes anos letivos.

**Tabela 19 - Comparação dos escores de Amabilidade dos questionários IBGFP-5, IGFP-5 e EMRI em relação aos anos letivos avaliados**

Escore total IBGFP_5			Escore total EMRI			Escore total IGFP-5			
Subconjunto para alfa = 5%			Subconjunto para alfa = 5%			Subconjunto para alfa = 5%			
Ano	n	1	Ano	n	1	Ano	n	1	2
2	63	38,2698	1	21	69,8095	1	6	141,8333	
1	25	39,5200	4	36	70,6111	2	45	151,8444	151,8444
3	62	39,0806	2	61	72,1967	3	48	152,2500	152,2500
4	38	39,2105	3	59	72,4407	4	31	152,3871	152,3871
6	10	40,0000	6	10	73,3000	6	6		163,3333
<b>P</b>		0,556	<b>p</b>		0,438	<b>p</b>		0,326	0,243

Fonte: Sistematizado pelo autor.

d) Espiritualidade

Na avaliação da correlação entre os graus de espiritualidade auto declarados e os escores de empatia, foi realizado teste de diferença significativa de Tukey para definir a menor diferença entre os cinco graus de espiritualidade auto declarada, utilizando a média harmônica de amabilidade do IGFP-5 de 19,179. Ainda que se observem médias progressivamente maiores e relação diretamente proporcional, nesse teste post hoc não houve diferença estatística (tabela 20).

**Tabela 20 - Escore de amabilidade do IGFP-5 em relação à espiritualidade.**

Espiritualidade	n	Escore de amabilidade
Pouco espiritualizado	21	32,7143
Nada espiritualizado	11	33,0909
Algo espiritualizado	51	33,8235
Muito pouco espiritualizado	13	34,1538
Bem espiritualizado	39	36,1026
<b>p</b>		0,183*

\*HSD de Tukey

Fonte: Sistematizado pelo autor.

Para fazer a comparação entre os graus ou postos das médias de escore de amabilidade no IBGFP-5 e graus de espiritualidade, foi escolhido o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes. Conforme apresentado na tabela 21, trabalhando com um subconjunto de 169 sujeitos, os graus médios de amabilidade do IBGFP-5 e escore de espiritualidade mostram uma diferença diretamente proporcional, e aparece nesse caso uma percepção estatística de diferença menor que 5% ( $p=0,021$ ).

**Tabela 21 - Escore de amabilidade do IBGFP-5 em relação à espiritualidade**

	<b>Espiritualidade</b>	<b>n</b>	<b>Grau médio*</b>
<b>Escore de amabilidade IBGFP-5</b>	Bem espiritualizado	49	101,01
	Algo espiritualizado	75	82,95
	Muito pouco espiritualizado	22	68,59
	Nada espiritualizado	23	73,28
	<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	

\*Kruskal-Wallis

$p=0,021$

Fonte: Sistematizado pelo autor.



## 6. DISCUSSÃO

O estudo foi delineado para comparar a empatia em todos os anos letivos da Faculdade de Medicina, no entanto o internato foi representado apenas por dez alunos do último semestre, como mostram a tabela e gráfico 1. Isto ocorreu pela razão da amostra ter sido satisfatória para a validação nos quatro primeiros anos, aqueles em que o aluno tem contato com as diversas disciplinas técnicas, portanto passível de mais queda dos escores de empatia conforme relatado na literatura, em especial no terceiro ano (HOJAT, 2009). O sexto ano tem dois fatores estressores relevantes: a proximidade da graduação e o ingresso no mercado de trabalho agora como médico, com todas as suas implicações e responsabilidades; e a pressão inerente às provas de residência médica.

Percebe-se, no registro da distribuição da amostra quanto ao estado civil auto declarado, tabela 2, que a maioria dos alunos de medicina se declarou solteira (66,5%), ainda que com idade média de 22 anos, idade em que muitos jovens já estariam graduados em cursos de menor duração. Seria esta “solidão” uma característica dos estudantes de medicina? Há de se considerar diversos fatores, desde a distância dos pais quando oriundos do interior, as vulnerabilidades pessoais, e o caráter competitivo e individualista que o ambiente acadêmico pode proporcionar (VALLE, SCHARLAU & CATALDO NETO, 2007).

Diante dos resultados das análises quanti/qualitativas, com relação ao primeiro objetivo específico que seria a validação do instrumento IBGFP-5, é importante lembrar o conceito de validação. Esta é constituída pela validade de conteúdo, validade de critério (subdividida em concorrente e preditiva), e validade de construto.

A validade de conteúdo representa o quanto o conteúdo de um instrumento reflete a gama de conhecimentos ou comportamentos que devem ser avaliados nas situações em que isso se faz necessário. O IBGFP-5, versão reduzida do IGFP-5, utilizado neste estudo, foi validado em dois países, EUA e Alemanha, e em ambos o instrumento mostrou consistência na medida psicométrica (RAMMERSTEDT & JOHN, 2007). A validade de critério se caracteriza pela correlação entre o item avaliado e outras medidas do mesmo atributo, e se subdivide em concorrente ou cruzada, que compara novas avaliações com avaliações ou critérios já estabelecidos; e preditiva, que determina se a avaliação dos critérios do instrumento prevê os resultados subsequentes. As tabelas 5, 6, 7 e 8 evidenciam os resultados que informam sobre a abordagem do IBGFP-5; sua validade cruzada mostrou pouca consistência tanto em relação a um instrumento semelhante (no caso a sua versão completa, o IGFP-5), como em relação ao instrumento que avalia apenas a empatia (o EMRI). Aqui tem-

se a primeira observação do objetivo geral que seria avaliar o grau de empatia dos alunos, cuja distribuição se mostrou uniforme e inclusive com tendência a aumento em direção ao último ano, contrariando a hipótese de vários estudos em empatia entre estudantes de medicina. Em virtude disso, para verificar se a empatia não decai ao longo dos anos, como descrito em muitos estudos, estudos subsequentes são importantes, inclusive realizados com instrumentos de observação criados na própria instituição, como o de Laboratório de Habilidades de Entrevista (PUCRS, 2015), utilizado, mas não validado.

Alguns autores mostram a ligação entre comunicação e empatia, Reynolds e Scott (2000) veem a empatia como uma habilidade de comunicação. Já Bloom (2014) fala em aspectos multifatoriais da empatia, desde aspectos psicológicos intrínsecos que levam a um mecanismo automático e inconsciente, a elementos de escolha moral e nem sempre emocionais, visto que a empatia seria o prenúncio para a compaixão e para a ajuda ao próximo propriamente dita. Cataldo Neto, Nunes e Margis (1997) relatam que a empatia tem uma relação direta com a comunicação e assim com o entendimento das emoções.

Diante dessas considerações, sabemos que, no geral, quando o profissional se comunica com os pacientes, não necessariamente desenvolve empatia por aquele paciente; entretanto, quando a empatia ocorre, torna-se imprescindível que a outra pessoa perceba que ela ocorreu. Esta forma de demonstração interpessoal ocorre através da linguagem ou da metalinguagem (comunicação não verbal), e existem diversas ferramentas a serem treinadas para essa demonstração de empatia.

Ao se colocar na perspectiva e na atitude do outro, é possível apreender o referencial de ideias e emoções alheias, sendo um fator decisivo no relacionamento humano e na aliança terapêutica. Porém, a necessidade desenfreada de ensinar habilidades técnicas, mecânicas, em detrimento do enfoque no psicossocial, cultural e espiritual precariza o processo interativo entre o profissional e a pessoa a ser cuidada. Ainda mais em se tratando de estudantes de Medicina, com diversos fatores estressores, que vão desde cursar uma graduação em outra cidade, longe dos pais, até os fatores estressores intrínsecos do curso: contato com cadáveres, com o paciente e a responsabilidade com este, os temores quanto às escolhas profissionais e insegurança logo após a graduação e situação profissional solitária diante de pessoas a serem cuidadas e ouvidas em suas demandas e igualmente seus fatores estressores (CATALDO NETO, 1998; VALLE, SCHARLAU & CATALDO NETO, 2007).

No momento em que o paciente volta a ser visto como protagonista de cada episódio de cuidado entre ele e o estudante e/ou médico, inevitavelmente passa para primeiro plano a ética e o aspecto relacional. Porto & Dantas (2003) afirmam que o contato direto com o

paciente permite um aprendizado especial e diferente de como cuidar de pessoas, que eles denominam Medicina Baseada em Vivências (MBV).

Esses autores definem os elementos para uma fórmula matemática para o que chamam de Arte Clínica (AC), que seria:

$$AC = E [MBE + (MBV)^2]$$

Onde o componente principal da fórmula é a Ética (E) por se entender que ela dá o verdadeiro sentido a todo e qualquer ato médico, numa profissão a serviço do bem estar do ser humano e da coletividade. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) ocupa um lugar na fórmula porque fornece informações importantes para a medicina enquanto ciência, mas não é o componente mais importante; e o elemento mais evidente é a Medicina Baseada em Vivências (MBV), relacionada à *expertise*, perspicácia, bom senso, boa comunicação com o paciente e capacidade de julgamento, entre outros fatores. Sugere-se que seja elevado ao quadrado, pois é a vivência o principal elemento da prática médica, aliado a padrões éticos e científicos em nível de excelência. E a empatia permeia a Arte Clínica em si, a Ética, a MBV pela necessidade de se ter contato interpessoal com pacientes, familiares destes e colegas de sua área de atuação ou mais ainda em equipes interdisciplinares.

Em se tratando de episódios de cuidado e desfechos clínicos, a prática da empatia é um dos elementos centrais da estratégia geral de motivação em dependentes químicos, facilitando a redução da resistência do paciente, o processo de mudança e a eficácia do tratamento (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012). Da mesma forma, a empatia explicitada, sem antes ocorrer uma atenciosa audição reflexiva do paciente, cria um ambiente de entendimento mútuo e respeito, fundamental também para o tratamento do tabagismo (SILVA, 2012).

Estimular habilidades de comunicação e humanidades em geral é uma premissa docente médico, independente de qual disciplina ele ensine e esse deve ser um processo que deve acompanhar o estudante ao longo de toda a sua graduação. O papel primordial, e por assim dizer cotidiano, desse processo de ensino e aprendizagem da empatia é associar uma medicina competente cientificamente com a habilidade de ouvir as narrativas dos pacientes, perceber e valorizar seus significados e se mobilizar para atuar junto às crenças do paciente, exercendo a medicina e as atividades de ensino médico com empatia, reflexões, confiabilidade e profissionalismo no seu sentido mais específico (CHARON, 2001).

As expectativas dos estudantes, e mais que isso os fatores emocionais, são muitas vezes subestimados pelos professores de medicina (PENDETLON et al, 2011, p.50). Não somente a pesquisa das emoções, mas a investigação do quanto o processo de trabalho, seja estudantil ou profissional, influencia no quanto os futuros médicos “se abrem”

emocionalmente. Pendleton et al (p. 51) fala ainda de aspectos da personalidade que podem influenciar os pacientes de forma otimista ou pessimista. Uma metanálise que selecionou 964 estudos mas incluiu apenas 7 estudos (DERKSEN et al, 2013) por melhor qualidade de avaliação da empatia evidencia uma relação entre a atitude empática de MFCs e menos ansiedade e angústia de pacientes, além de melhores desfechos clínicos como a redução de hemoglobina glicosada (HbA1c); o estudo também expõe a escassez de estudos em virtude da dificuldade em conduzir pesquisas sobre empatia, a despeito de sua importância. Essas dificuldades incluem desde a definição da medida exata em pesquisas e a dificuldade de consenso entre pacientes, pesquisadores observadores e profissionais de saúde em quantificar a empatia, principalmente quando analisada dentro de uma consulta médica (BLEND, 2013).

Ao não se perceber, neste estudo, diferenças de empatia entre os alunos ao longo dos semestres, sugere-se que a empatia possa não ser um atributo tão moldável quanto a literatura supõe. É necessário diferenciar a empatia enquanto a capacidade de se colocar no lugar do outro da compaixão, que seria a atitude de se preocupar com o outro (BLOOM, 2014). Em se tratando de pesquisas, pode ser que a hipótese de queda ao longo dos semestres não seja realmente válida por fatores que vão de vieses de publicação ao fato de se avaliar um atributo interpessoal, onde o olhar de reconhecimento da empatia pelo outro é fundamental, com instrumentos auto aplicados (COLLIVER et al, 2010).

Temos como uma das limitações do estudo o fato da amostra para validação ser muito homogênea, todos fazendo o mesmo curso de graduação em uma mesma instituição. Isso pode ser avaliado sob o ponto de vista de análise fatorial com a inclusão de mais cursos de graduação na amostra, e principalmente aplicando o teste em uma amostra populacional maior e mais heterogênea. Porém, o objetivo dessa validação era em especial avaliar a amabilidade global nas diversas coortes de alunos, sem levar tanto em consideração os demais atributos da personalidade, ainda que se observe uma relação entre amabilidade/empatia e extroversão, diante da facilidade em expressar e manter emoções positivas.

Outra limitação se deve ao utilizar o conceito de empatia em geral, e não avaliada diretamente nas consultas realizadas por estudantes. Porém, por se tratar de um estudo preliminar, seria necessário analisar de uma forma geral para se pensar em mecanismos mais específicos, como observação direta ou instrumentos mais específicos para avaliar diretamente nas consultas, como a escala de avaliação de Calgary-Cambridge, um *check-list* de itens minimamente aceitáveis para uma consulta com componentes empáticos (SILVERMAN et al, 1996), utilizado até hoje nas escolas médicas do Reino Unido.

A ideia do estudo foi de fazer esse levantamento preliminar, ainda mais considerando a empatia um atributo da personalidade, ainda que dependente de múltiplos fatores. Para verificar com mais detalhes qual o nível de empatia dos alunos, com mais acurácia, faz-se interessante o planejamento de um estudo de coorte com a mesma amostra ao longo dos seis anos, visto que o estudo presente foi seccional ainda que se procurasse obter um efeito de coorte ao se dividir a amostra em cinco coortes.

## 7. CONCLUSÃO

Pode-se concluir, para as condições metodológicas estabelecidas e com os dados obtidos neste estudo, que: a validação do instrumento quantitativo IBGFP mostrou pouca consistência tanto em relação a sua versão completa, IGFP, quanto ao instrumento que avalia apenas a empatia, EMRI; não houve diferença de empatia entre os alunos, quando consideramos os diferentes anos letivos; a empatia se mostrou mais presente no gênero feminino, e nas pessoas que se declararam mais espiritualizadas.

O estudo quantitativo nos proporcionou estas respostas nesta população, no entanto trabalhamos o tempo todo com as informações obtidas e a tentativa de compreensão do todo, característica da abordagem qualitativa. Estas informações chegam a partir de alunos de uma escola de graduação pertencente a uma instituição privada de ensino superior, cuja orientação é para formação com valores humanísticos e ético-sociais, fazendo parte do texto que veicula como missão; a proposta do estudo também verifica se as características pessoais e sociodemográficas influenciam na empatia desses estudantes. Objetivamos analisar um instrumento psicométrico de atributos da personalidade e sua possível validade de utilização, estabelecendo uma discussão comparativa entre esses atributos e suas relações nos estudantes para que tenham um olhar mais humanístico e ético do exercício futuro da Medicina. Utilizamos, para isto, uma abordagem de triangulação metodológica (quantitativa e qualitativa).

A empatia nos estudantes foi detectada, tanto nos dados quantitativos, quanto nas respostas às questões subjetivas. Poucas variáveis se mostraram mais sensíveis em relação à amabilidade pessoal no IBGFP-5. Da mesma forma, a análise das respostas às questões subjetivas dos alunos também podem revelar aspectos que surgem nos relacionamentos, quando a empatia está presente, como envolvimento emocional sem sofrimentos, aliança terapêutica e comunicação.

Quanto às características pessoais e profissionais dos estudantes relacionadas à empatia, gênero e espiritualidade, dentre as estudadas, foram as que apresentaram correlação com a empatia. Neste estudo, as mulheres se revelaram mais empáticas do que os homens, e o grau de espiritualidade autodeclarada se mostrou diretamente proporcional aos níveis de empatia. Dessa forma, pode-se inferir, talvez, que a empatia não seja refletida nas ações dos docentes suficientemente para os estudantes aprenderem e se apoderarem desse atributo aplicável e central na comunicação clínica e na Abordagem Centrada na Pessoa.

Esperávamos que a empatia e suas nuances nas habilidades de comunicação estivessem mais presente no cotidiano dos estudantes, em especial tratando-se de uma faculdade que possui uma formação voltada para os valores humanísticos. No entanto, compreendemos que estimular habilidade de comunicação e empatia numa instituição de ensino engloba três pilares básicos: políticas da própria organização curricular, gestão intra-institucional e recursos humanos.

Desta forma, ao observamos as poucas diferenças da variabilidade entre os estudantes, pode-se concluir que um dos aspectos que sustenta a humanização, naquela faculdade, está sendo atingido. Considerando que os relacionamentos perpassam por questões inerentes à personalidade, visão de mundo e valorização específica do estudante, é possível que este enfraquecimento da base humanística esteja não somente relacionado às peculiaridades individuais, mas também a um estímulo crescente à pesquisa clínica cada vez mais precoce em detrimento do estímulo à formação humana e ética associada às habilidades clínicas de comunicação. Por outro lado, ao observar-se a matriz curricular vê-se que há poucas disciplinas de treinamentos humanísticos. Tampouco se vê espaços que permitam a expressão de aspectos emocionais dos alunos, tendo em vista que pouquíssimas disciplinas mostram diretamente o treinamento em habilidades de comunicação, ensino sobre que tipos de pessoas e suas demandas podem surgir nos serviços de saúde etc. Ressaltamos que essas reflexões dizem respeito à faculdade em foco neste estudo, não podendo ser feitas inferências a outros cursos em instituições diversas.

As lacunas na formação em habilidades de comunicação e aprendizado sobre aliança terapêutica, tomada de decisão compartilhada e adesão à terapêutica, identificadas de forma preliminar no presente estudo, podem ser minimizadas por meio de estratégias que fortaleçam a empatia dos estudantes, pois esta facilita a implementação de medidas valiosas que contemplam a humanização não apenas nos relacionamentos estabelecidos entre alunos e pacientes, mas nas ações em saúde como um todo, inclusive melhorando desfechos clínicos e reduzindo as arestas de comunicação e erosões éticas. Quando o profissional projeta-se e se envolve com a condição do outro, ele consegue vislumbrar o cuidado mais próximo do ideal, alicerçada na competência técnica e no desenvolvimento da aliança terapêutica. Focaliza não apenas uma patologia que precisa ser diagnosticada e tratada, mas acima de tudo uma pessoa como um universo em si, com seus medos, dúvidas, expectativas, posturas de enfrentamento, resistências, sua dinâmica familiar e redes sociais de suporte.

Neste sentido, diante da importância da empatia para o processo de ensino e aprendizagem como um todo, e com base nas conclusões deste estudo, faz-se importante que

faculdade fortaleça a sua missão humanística através da inserção precoce e inclusão da empatia ao longo de toda a graduação, seja enquanto elemento central explícito ou elemento do currículo oculto, ou mesmo o estímulo através de cursos ou treinamentos que abordem a empatia na perspectiva de assistência à saúde.

Este estudo mostrou um conhecimento sobre a empatia dos alunos na área de medicina em uma instituição de ensino. Portanto, representa uma contribuição inicial à literatura sobre esse contexto de processo de ensino e aprendizagem e aspectos mais humanísticos da saúde. Diante da importância deste valor na humanização da assistência, que vem sendo foco das discussões teóricas e práticas da atenção à saúde, existe a necessidade de investigação adicional dos fatores que influenciam o comportamento empático nos estudantes e no corpo docente. A partir desse conhecimento, as instituições poderão implementar medidas para promover reflexão sobre a empatia e estratégias para desenvolvê-la.

Podemos ressaltar como inferência final que este estudo possa ser o princípio de uma discussão para a construção de uma medicina mais humanística e solidária, valorizando a pessoa e as relações estabelecidas com ela. Isto possibilita a compreensão de forma a compreender seus sentimentos e pensamentos, manifestando pela sensibilidade e pela redução de tensões emocionais tanto por parte das pessoas atendidas como mesmo dos futuros jovens médicos. Ao fim desse processo, os alunos e em breve futuros profissionais estarão contribuindo para a retomada de uma medicina mais justa e igualitária, voltada realmente para as necessidades das pessoas enquanto protagonistas de seu cuidado, e ofertando mais segurança e estabilidade emocional aos alunos perante os desafios da profissão médica.

Mais do que se colocar no lugar do outro, tendo o “eu” como referência para o universo do outro, o estímulo a exercitar a empatia deve possibilitar o olhar objetivo da realidade do outro, com todas as suas nuances e singularidades. Aí sim, teremos a produção de cuidado em saúde humanizado e acima de tudo equânime.



## 8. AGENDA DE PESQUISA

1 – Elaborar normas para interpretação dos escores dos fatores do IBGFP-5, considerando as variáveis sociodemográficas: gênero, idade, escolaridade, religiosidade, região etc;

2 – Incluir a participação de um profissional da Psicologia para a elaboração do manual do IBGFP-5 com aspectos técnico-científicos e práticos, bem como a submissão para avaliação do CFP;

3 – Elaborar novos itens para o fator “Amabilidade” a fim de melhorar as propriedades psicométricas do fator;

4 – Incluir a Lista de Avaliação das Habilidades de Entrevista da própria PUCRS como elemento de pesquisa em uma nova validação convergente;

5 – Verificar evidências de validade convergente do IBGFP-5 com outros instrumentos que investiguem os Cinco Atributos da Personalidade, como o NEO-PI-R e NEO-FFI-R;

6 – Aplicar o IBGFP-5 a uma amostra com maior heterogeneidade de respondentes;

7 - Analisar a carga fatorial de cada questão do IBGFP-5 com uma amostra maior e mais heterogênea;

8 – Comparar o fator Amabilidade da amostra do presente estudo com a amostra obtida junto ao curso de Graduação em Odontologia (6º semestre) e estabelecer coortes nesse curso para observar se também há estagnação do fator Amabilidade;

9 – Analisar o funcionamento diferencial dos itens, considerando outras variáveis como raça ou cor, região geográfica, religião, *hobbies*, profissão, dentre outras, conforme os estudos de Escorial e Navas (2007) e Mitchelson, Wicher, LeBreton e Craig (2008);

10 – Estimar os níveis de traço latente dos sujeitos à parte da Teoria da Resposta ao Item;

11 – Analisar as respostas da variável *hobby* segundo a análise de conteúdo pelo método de Bardin, através da leitura flutuante e exaustiva do material inserido no banco de dados; a seguir, na segunda fase, pela identificação das unidades primordiais de registro; e pelo agrupamento das unidades de significação até chegarmos às categorias que reuniram os grupos de elementos dentro de um título genérico – possivelmente passatempos tecnológicos, coletivos e individuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. **Evaluation of humanistic qualities in the internists.** *Ann Intern Med.* 1983;99:720-24.
- ANDRADE, J.M. **Evidências de validade do inventário dos Cinco Fatores de Personalidade para o Brasil** [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2008.
- ATKINSON, R. L.; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; DARYL, J. B.; NOLEN-HOEKSEMA, S. **Hilgard's Introduction to Psychology.** 13 ed. Orlando, Florida: Harcourt College Publishers. 2000, p. 437.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisa de Survey.** 1 ed. Belo Horizonte: UFMG, 1999. p. 77-82.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977. p. 60-62.
- BLEND, P. **Patients of empathetic GPs have better outcomes.** Editorial. *The Practitioner* 2013, 257 (1761), p. 5.
- BLOOM, P. **O que nos faz bons ou maus.** 1 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014, p. 48-59.
- BORRELL F. C. **Entrevista Clínica: Habilidades de Comunicação para Profissionais de Saúde.** *Artmed*, Porto Alegre, 2012, p.240-43.
- CATALDO NETO, A.; NUNES, M. L; MARGIS, R. Evidencias biológicas da empatia: uma revisão. **Revista Médica PUCRS**, Porto Alegre, n. 3, v. 7, p. 100- 106, jul/set. 1997.
- CHARON, R. **Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust.** *JAMA* 2001, 286(15), 1897-1902.
- CHEN, D.; Lew, R; Hershman, W; Orlander, J. **A cross-sectional measurement of medical student empathy.** *Gen Intern Med.* 2007 October; 22(10): 1434–8.
- COLLIVER, JA; CONLEE, JC; VERHULST, SJ; DORSEY, JK. Reports of the decline of empathy during medical examination are greatly exaggerated: a reexamination of the research. **Academic Medicine** 2010 April; 85(4): 588-93.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos.** 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013, p. 24-7.
- CRUZ, Jairo. **Ama teu medico através da vida! Lembra-te dele, ao menos numa prece!** Porto Alegre: Pallotti, 1980, p. 14.
- DAVIS, MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **Journal of Personality and Social Psychology** 1983, 44(1), 113-126.
- DERKSEN, F; BENSING, J; LAGRO-JANSSEN, A. **Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review.** *Br J Gen Pract* 2013, 63 (606), e76-e84.

- DU PRE, A. **Accomplishing the impossible: talking about body and soul and mind during a medical visit.** *Health Communication* 2001; 14(1), 1-21.
- ESCORIAL, S., GARCÍA, L. F., CUEVAS, L. & JUAN-ESPINOSA, M. (2006). **Personality level on the big five and the structure of intelligence.** *Personality and Individual Differences*, 40, 909- 917.
- FASCE, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. **Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica.** *Rev Méd Chile* 2009; 137: 746-52.
- FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em 22.04.2013.
- FREITAS, H; OLIVEIRA, M; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP, RAUSP**, v35, n3, jul-set. 2000, p. 105-112.
- FREYRE, K; CAMPELO, PR. **No Terreno das Histórias...** Sementes de uma Medicina Humanizada: Histórias para Acordar os Homens e Celebrar a Vida. Recife: Edupe, 2009, p. 246.
- GLASER, K; MARKHAM, F; ADLER, H; McMANUS, P; HOJAT, M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy and humanistic approaches to patient care: A validity study. **Medical Science Monitor** 2007, 13(7), CR291-294.
- GOLDBERG, LR. The structure of phenotypic personality traits. **American Psychologist** 1993, 48, 26-34.
- HAIR, JF; ANDERSON, RE; TATHAN, RL; BLACK, WC. **Análise multivariada de dados.** 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2007, p. 344.
- HEMMERDINGER, J; STODDART, S; LIFORD, R. A systematic review of tests of empathy in medicine. **BMC Medical Education** 2007, 7(24).
- HOJAT M, VERGARE MJ, KAYE M, BRAINARD G, HERRINE SK, ISENBERG GA, VELOSKI J, GONNELLA JS. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. **Academic Medicine**, Vol. 84, No. 9 / September 2009, p. 1182.
- HOJAT, M; GONNELLA, JS; NASCA, TJ; MANGIONE, S; VERGARE, M; MAGEE, M. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education** 2004; 38: 934-941.
- HORNBLOW AR, KIDSON MA, IRONSIDE W. **Empathetic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression.** *Med Educ.* 1988; 22:15-8.
- HUFFORD DJ. **An analysis of the field of spirituality, religion and health. Area I field analysis.** 2005, em [<http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf>]. Acesso em 22/01/2015.

JACKSON SW. The listening healer in the history of psychological healing. **American Journal of Psychiatry** 1992; 149:1623-1632.

JOHN, OP; DONAHUE, EM, & KENTLE, RL. (1991). **The Big Five Inventory-Versions 4a and 54**. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

JOHN, OP; NAUMANN, LP; SOTO, CJ. Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), **Handbook of personality: Theory and research**. New York, NY: Guilford Press, 2008, p. 114-158

KERN, FA. **Redes de apoio no contexto da AIDS: um retorno para a vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 38.

KOENIG, HG. **Medicine, religion and health: where Science and Spirituality meet**. West Conshohocken: Templeton Press, 2008, p. 13.

KOLLER, SH; CAMINO, C; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Rev. Estudos de Psicologia**, 18(3), 43-53, set/dez 2001.

LEW AE, SMITH CK, SMILKSTEIN G, LEVERSEEN JH, ANDERSON MS, SPITZFORM M, HADAC RR. As **Bases da Entrevista Médica para Estudantes de Medicina**. Adaptado de RICHARD MD, GORDON KC, GORDON MJ, LEVERSEEN JH, SMITH K, LAWRENCE W. **Habilidades da Entrevista Médica**. University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington, 1977. p. 5. Disponível em <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/abde.pdf>. Acesso em 13/09/2012.

LIPPS, T. **Ästhetik: Psychologie des Schönen und der Kunst: Grundlegung der Ästhetik**, Erste Teil. Hamburg, Germany, L Voss, 1903.

MARTINELLI, ML. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. Um instigante desafio. Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa**. São Paulo: PUCSP-NEPI, 1994, p.34.

McCRAE, RR & COSTA Jr., PT. **Personality in adulthood: A five-factor theory perspective**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press, 2003.

MEC, B. M. D. E. E. C. **Resolução CNE/CES N° 3 de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. EDUCAÇÃO, C. N. D. Brasil: Ministério da Educação e Cultura MEC 2014.

MILLER, G. **Darwin vai às compras: sexo, evolução e consumo**. 2 ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2012. p. 331.

MINAYO, MCS (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES N° 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 09/04/2013.

MITCHELSON, J. K., WICHER, E. W., LEBRETON, J. M. & CRAIG, S. B. (2008). **Gender and ethnicity differences on the abridged big five circumplex (AB5C) of personality traits. A differential item functioning analysis.** Educational and Psychological Measurement. Retirado em 21/01/2015 de <http://online.sagepub.com>.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação** 2003, 9(2), p. 191-211.

PARO, HBMS; DAUDT-GALLOTTI, RM; TIBÉRIO IC; PINTO, RMC; MARTINS, MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometrics properties and factor analysis. **BMC Medical Education** 2012, 12:73.

PENDLETON, D; SCHOFIELD, T; TATE, P; HAVELOCK, P. **A nova consulta:** desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 50-51.

PERVIN, L & JOHN, OP. **Personalidade: teoria e pesquisa.** 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 213.

PORTO, CC; DANTAS, F.  $AC=E[BEM+(MBV)^2]$ , uma equação matemática para a arte clínica. **Rev Soc Bras Clin Med** 2003; 1(2): 33-34.

PUCRS; FAMED. Faculdade de Medicina. Porto Alegre. **Apresentação**, 2014. Disponível em: [<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/fameduni/fameduniCapa/fameduniconheca> ]. Acesso em: 29/12/2014.

PUCRS; FAMED. Faculdade de Medicina. Porto Alegre. **Lista de Avaliação das Habilidades de Entrevista**, 2015. Disponível em: [<http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/lahe.pdf>]. Acesso em: 23/01/2015.

RAMMSTEDT, B. & JOHN, OP. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. **Journal of Research in Personality**, 41, 203-212.

REYNOLDS, W. J; SCOTT, B. **Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?** Journal Of Advanced Nursing. v. 31, n.1, p. 226-234, jan. 2000. Disponível em: <<http://wos3.isiknowledge.com/>>. Acesso em: 23 janeiro 2015.

ROGERS, Carl. Teoria da Terapia, Personalidade e Relações Interpessoais. In: Koch, S. **Psychology: A Study of a Science**, vol III, McGraw-Hill, New York, 1959.

ROMM, J. **Teaching empathy, learning about equanimity.** Archives of Women's Mental Health 2007, 10, 91-92.

SHAPIRO, SM, LANCEE WJ, RICHARDS-BENTLY CM. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. **BMC Medical Education** 2009, 9(11), 1-11.

SILVA, DPG; PACHECO, SL; PADIN, MFP. Entrevista motivacional. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 358-359.

SILVA, LMC. Entrevista motivacional: conceitos e papel no tratamento do tabagismo. In: DILVA, LCC. **Tabagismo: doença que tem tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.167-171.

SILVERMAN, JD; KURTZ, SM; DRAPER, J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching 2: Set-Go method of descriptive feedback. **Educ Gen Pract**. 1996, 8(1), 16-23.

SPSS (2012). **Advanced statistical using SPSS**. Chicago: SPSS Inc.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEPIEN, K & BAERNSTEIN A. (2006) Educating for empathy. **Journal of General Internal Medicine**. 21, 524-530.

TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar; ALMEIDA, Helcia Oliveira de; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi e VERSIANE, Estela Ribeiro. **Resgatando a Dimensão Subjetiva e Biopsicossocial da Prática Médica com Estudantes de Medicina: Relato de Caso**. In: Revista Brasileira de Educação Médica, v. 29, nº 1, jan./abr. 2005. pp. 48-50. Disponível em: [http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2005/resgatando\\_dimensao.pdf](http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2005/resgatando_dimensao.pdf). Acesso em: 08/04/2013.

TUPES, EC & CHRISTAL, RE. **Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings**. Technical Report ASD-TR-61-97, Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command, 1961.

VALLE, V; SCHARLAU, HC; CATALDO NETO, A. O Estudante de Medicina. In: CATALDO NETO, A; ANTONELLO, I; LOPES, MHI. **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica**. 2 ed. Rev. Ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007, p. 35-43.

VISCHER, R. **Das optische Formgefühl. Ein Betrag zur Ästhetik, 1873**; reimpressão em Drei Abhandlungen zum ästhetischen Formproblem, 1927. p. 1-44.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Fact Sheet No 134 : Traditional Medicine**. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>. Acesso em 13/09/2013.

**ANEXO A** – inventário breve dos cinco grandes fatores da personalidade (ibgfp-5)

INSTRUÇÃO. De que forma as seguintes sentenças descrevem a sua personalidade?

Eu me vejo como alguém que...	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
é reservado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
é geralmente confiável	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
tende a ser preguiçoso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
é relaxado, controla bem o estresse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
tem poucos interesses artísticos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
é sociável, extrovertido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
tende a ser crítico com os outros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
é minucioso, detalhista no trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
fica tenso com frequência	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
tem uma imaginação fértil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
é amável, tem consideração pelos outros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Nota: Pontuando as escalas do IBGFP-5

Extroversão: 1R, 6; amabilidade: 2, 11, 7R; Conscienciosidade: 3R, 8; Neuroticismo: 4R, 9;

Abertura: 5R, 10 (R = item de escala reversa)

Fonte: RAMMSTEDT & JOHN (2007). Tradução adaptada segundo ANDRADE (2008)

## ANEXO B – escala emri

### Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI): Consideração Empática (CE), Tomada de Perspectiva do Outro (CG) e *Personal Distress* (CC)

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo (“não me descreve bem”/ “descreve-me muito bem”). Quando você tiver decidido sua resposta circule o número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível. Obrigado!

	Não me descreve bem			Descreve-me muito bem	
	1	2	3	4	5
1. Eu freqüentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.	1	2	3	4	5
2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, eu não lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas	1	2	3	4	5
4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.	1	2	3	4	5
5. Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.	1	2	3	4	5
6. Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo.	1	2	3	4	5
7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.	1	2	3	4	5
9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.	1	2	3	4	5
10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.	1	2	3	4	5
11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.	1	2	3	4	5
12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.	1	2	3	4	5
13. Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele.	1	2	3	4	5
14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.	1	2	3	4	5
15. Freqüentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.	1	2	3	4	5
16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.	1	2	3	4	5
17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.	1	2	3	4	5
18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.	1	2	3	4	5
19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.	1	2	3	4	5
20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.	1	2	3	4	5
21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.	1	2	3	4	5

Fonte: KOLLER et al (2001)



## ANEXO C – inventário dos cinco grandes fatores da personalidade (igfp-5)

### Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade

**INSTRUÇÕES.** A seguir encontram-se algumas características que podem ou não lhe dizer respeito. Por favor, escolha um dos números na escala abaixo que melhor expresse sua opinião em relação a você mesmo e anote no espaço ao lado de cada afirmação. Vale ressaltar que não existem respostas certas ou erradas. Utilize a seguinte escala de resposta:

1 Discordo totalmente	2 Discordo em parte	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo em parte	5 Concordo totalmente
-----------------------------	------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------

#### Eu me vejo como alguém que ...

- 01. É conversador, comunicativo.
- 02. Às vezes é frio e distante.
- 03. Tende a ser crítico com os outros.
- 04. É minucioso, detalhista no trabalho.
- 05. É assertivo, não teme expressar o que sente.
- 06. Insiste até concluir a tarefa ou o trabalho.
- 07. É depressivo, triste.
- 08. Gosta de cooperar com os outros.
- 09. É original, tem sempre novas idéias.
- 10. É temperamental, muda de humor facilmente.
- 11. É inventivo, criativo.
- 12. É reservado.
- 13. Valoriza o artístico, o estético.
- 14. É emocionalmente estável, não se altera facilmente.
- 15. É prestativo e ajuda os outros.
- 16. É, às vezes, tímido, inibido.
- 17. Pode ser um tanto descuidado.
- 18. É amável, tem consideração pelos outros.
- 19. Tende a ser preguiçoso.
- 20. Faz as coisas com eficiência.
- 21. É relaxado, controla bem o estresse.
- 22. É facilmente distraído.
- 23. Mantém-se calmo nas situações tensas.
- 24. Prefere trabalho rotineiro.
- 25. É curioso sobre muitas coisas diferentes.
- 26. É sociável, extrovertido.
- 27. É geralmente confiável.
- 28. É, às vezes, rude (grosseiro) com os outros.
- 29. É cheio de energia.
- 30. Começa discussões, disputas com os outros.
- 31. É um trabalhador de confiança.
- 32. Faz planos e os segue a risca.
- 33. Tem uma imaginação fértil.
- 34. Fica tenso com frequência.
- 35. É engenhoso, alguém que gosta de analisar profundamente as coisas.
- 36. Fica nervoso facilmente.
- 37. Gera muito entusiasmo.
- 38. Tende a ser desorganizado.
- 39. Gosta de refletir, brincar com as idéias.
- 40. Tem capacidade de perdoar, perdoa fácil.
- 41. Preocupa-se muito com tudo.
- 42. Tende a ser quieto, calado.
- 43. Tem poucos interesses artísticos.
- 44. É sofisticado em artes, música ou literatura.

