



# O efeito do mapa da empatia em saúde no comportamento empático médico percebido pelo paciente

*Effects of health empathy map on physician's empathic behavior perceived by the patient*

Paula Cançado<sup>1</sup>, Eliane Perlatto Moura<sup>2</sup>, Jose Maria Peixoto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Docente da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte (MG), Brasil. Preceptora da Residência de Ortopedia e Traumatologia do Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte (MG), Brasil; <sup>2</sup> Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH), Belo Horizonte (MG), Brasil; <sup>3</sup> Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH), Belo Horizonte (MG), Brasil.

\*Autor correspondente: Jose Maria Peixoto - E-mail: jmpeixoto.prof@gmail.com

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do uso do Mapa da Empatia em Saúde (MES) na empatia médica percebida pelo paciente durante atendimento ambulatorial. Trata-se de um estudo experimental, em três fases, realizado com 22 médicos residentes de ortopedia. Na primeira fase, avaliou-se a empatia do médico na percepção dos pacientes atendidos no ambulatório de ortopedia, através do instrumento *Consultation and Relational Empathy* (CARE). Na segunda fase, após um treinamento, foi implantado o uso do MES pelo médico residente no atendimento ambulatorial por quatro semanas. Uma semana após a interrupção do uso do MES (3ª fase), foi novamente aplicada a escala CARE nos pacientes. Os resultados demonstraram aumento da percepção da empatia médica percebida pelos pacientes após a intervenção, sugerindo que o MES favoreceu o desenvolvimento do comportamento empático e, portanto, pode ser considerado como estratégia auxiliar para o desenvolvimento da empatia.

**Palavras-chave:** Comunicação em saúde. Educação em saúde. Empatia. Ensino.

## ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the effect of Health Empathy Map (HEM) on patient's perception of physician's empathic behavior. This was a 3-phase experimental study, conducted with 22 orthopedic residents. In the first phase, the residents' empathic and relational skills was assessed by patients at the orthopedics outpatient clinic, using the Consultation and Relational Empathy Measure (CARE). After a training session (2nd phase), the HEM was implemented by residents in outpatient care for 4 weeks. One week later the interruption of HEM (3rd phase), the CARE scale was again applied to patients. The results showed significant improvement in residents' patient-rated empathy scores, suggesting that the HEM improved the empathic behavior. These findings indicate that HEM can be considered as an auxiliary strategy for empathic skills development.

**Keywords:** Empathy. Health communication. Health education. Teaching.

Recebido em Fevereiro 12, 2020

Aceito em Novembro 04, 2020

## INTRODUÇÃO

A empatia é uma habilidade humanística fundamental para um comportamento ético e humanizado<sup>1</sup>, sendo relacionada a melhores resultados terapêuticos, maior satisfação dos pacientes e profissionais, considerada um dos objetivos de aprendizagem essenciais na formação dos profissionais da saúde<sup>1,2,3</sup>. Embora ainda não exista uma definição universal, vem sendo considerada como um construto multidimensional que requer a habilidade de perceber e entender a perspectiva do outro, bem como sentir seu estado emocional<sup>1,4</sup>. Trata-se de habilidade intelectual a ser aprendida que representa um dos domínios da inteligência emocional<sup>5</sup>.

Tem sido proposto que a empatia apresenta três componentes: o compartilhamento emocional, a tomada de perspectiva e a preocupação empática<sup>1</sup>. O compartilhamento emocional é um componente afetivo, através do qual o observador compartilha os estados emocionais dos outros, pelo espelhamento das ações e sentimentos observados em regiões cerebrais conhecidas como neurônios espelhos<sup>6,7</sup>. Esta resposta sofre influência das atitudes e disposições do observador<sup>8</sup>. A tomada de perspectiva e a preocupação empática são componentes cognitivos que contribuem respectivamente para a capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas e o gerenciamento da intensidade e o tipo de resposta empática a ser deliberada<sup>9</sup>.

Apesar de sua importância, tem sido constatado em alguns estudos, que na medida em que a prática clínica se desenvolve, a empatia dos estudantes e profissionais das áreas da saúde tende a decrescer<sup>3,4,10,11</sup>. O período de formação destes profissionais é fundamental para aquisição dos conhecimentos, habilidades e atitudes que constituirão as bases de suas identidades profissionais. Durante este período, os aprendizes deparam-se com as dificuldades da atividade profissional, com o medo de cometer erros, com as limitações do conhecimento, tendo ainda que lidar com os aspectos emocionais do adoecimento provenientes dos pacientes e familiares<sup>11,12</sup>.

Neste contexto é difícil para os aprendizes coordenarem as habilidades cognitivas necessárias ao

desempenho das atividades assistenciais e ainda, considerar as perspectivas dos pacientes<sup>13</sup>. Acrescente, ainda, a influência da cultura institucional e os modelos inadequados de habilidades socioemocionais<sup>4,14</sup>. Para os docentes, o ensino da empatia em ambientes assistenciais é uma tarefa desafiadora, pois é preciso coordenar ensino e assistência simultaneamente.

Estudos têm avaliado os resultados das estratégias empregadas para o ensino da empatia durante o período de formação profissional<sup>4</sup>. Autores defendem que, se o componente afetivo da empatia pode reduzir com o tempo, seria possível treinar seu componente cognitivo<sup>13,15</sup>. Uma revisão sistemática sobre as estratégias utilizadas para o ensino da empatia encontrou que, em sua maioria, os métodos empregados abordam o componente cognitivo, mas não seu construto multidimensional, além disto observa-se discordância entre o conteúdo ensinado e o avaliado<sup>4,16</sup>. Em geral os desfechos têm sido verificados através de escalas de autoavaliação dos estudantes, que possuem resultados subjetivos, uma vez que há o risco de respostas socialmente aceitas e pouca correlação aos comportamentos observados<sup>4,14,15,16</sup>.

Considerando os aspectos apresentados, planejou-se um estudo com o objetivo de avaliar o efeito do uso do Mapa da Empatia em Saúde (MES), instrumento idealizado para o desenvolvimento da empatia em ambientes assistenciais<sup>13</sup>, na percepção do comportamento empático do médico pelo paciente, durante as atividades de ensino ambulatorial em uma residência médica de ortopedia.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, experimental que comparou os escores da empatia médica percebida pelos pacientes através da escala *Consultation and Relational Empathy* (CARE)<sup>17</sup>, antes e após a utilização do MES no atendimento ambulatorial (Figura 1). O estudo foi desenvolvido com médicos residentes de ortopedia no Hospital São Francisco (HSF), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, que possui um programa de residência médica credenciado pelo Ministério da Educação e Cultura com duração de três

anos. Durante este período são discutidos os temas específicos da ortopedia, não havendo atividades para o desenvolvimento da empatia. A população do estudo foi intencional, não probabilística constituída por

todos os 22 médicos residentes de ortopedia em curso no ano de 2019 que realizavam atendimento ambulatorial e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

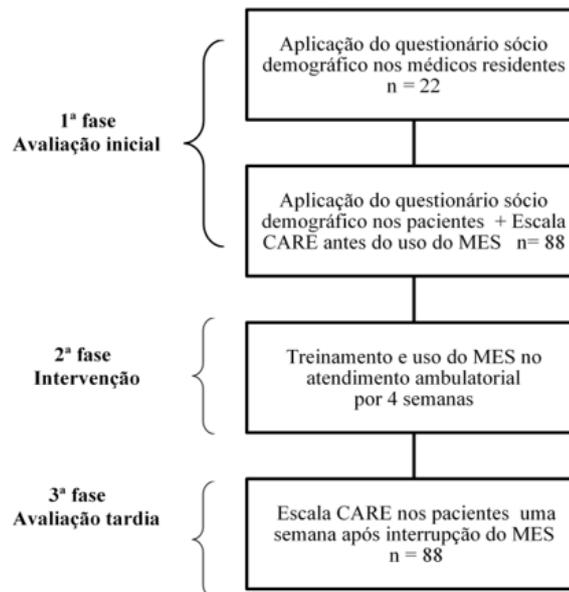


Figura 1. Desenho experimental do estudo

## INSTRUMENTOS

O Mapa da Empatia em Saúde (MES) foi adaptado do Mapa da Empatia, ferramenta desenvolvida pela companhia de pensamento visual XPLANE, para idealização de modelos de negócios baseado na perspectiva dos usuários<sup>13</sup>. Este instrumento baseia-se no fato de que o pensamento visual ajuda a ir além do mundo linear da comunicação escrita e entra no mundo não linear de relações complexas espaciais, favorecendo a organização dos pensamentos, a assimilação dos conteúdos, a fim de proporcionar a melhor visualização dos clientes e aprimorar a comunicação<sup>18</sup>. O MES foi adaptado para as áreas da saúde e vem sendo utilizado no ensino ambulatorial em estudantes de medicina na Universidade José do Rosário Vellano, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (Figura 02).

O uso do MES tem por objetivo estimular a reflexão e a tomada da perspectiva do paciente durante as atividades acadêmicas. Diferentemente do instrumento desenvolvido para área de negócios<sup>18</sup>,

no MES, os quatro quadrantes contemplam os três componentes da empatia explicitamente: a “tomada de perspectiva” que é a capacidade de colocar-se no lugar do outro e imaginar o que está pensando ou sentindo, o “compartilhamento emocional”, que se relaciona à empatia afetiva e a “preocupação empática”, que é a motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis ou angustiados. Ao explicitar estes componentes ao aprendiz, o MES oportuniza além do exercício da empatia, a apropriação de seus conceitos<sup>13</sup>.

No centro do MES, há um desenho incompleto de um *emoji*, onde faltam as sobrancelhas e a boca. Como os *emojis*, são ideogramas que representam emoções, abaixo dos quadrantes do MES encontram-se seis *emojis* representando os protótipos das expressões faciais básicas<sup>13</sup>. A orientação atual para os aprendizes é para, após o atendimento do paciente, preencher os quadrantes do MES com suas impressões, e ao final completar o desenho do *emoji*, com a expressão facial que acredita representar o sentimento do paciente.

A escala CARE (*Consultation and Relational Empathy*), criada na Escócia, foi validada para uso em consultórios em nível de atendimento primário<sup>17</sup>. Trata-se de um instrumento de domínio público, que se baseia no princípio de que a empatia médica para ser eficaz precisa ser demonstrada ao paciente, e que este fato tem impacto na efetividade terapêutica<sup>17</sup>. A versão brasileira é um instrumento simples, de fácil compreensão e utilização por usuários do sistema público de saúde. É composta por dez itens, com linguagem coloquial que facilita a compreensão por parte dos pacientes. A graduação é feita com pontuação que varia entre 1 e 5, fornecendo um escore final entre 10 e 50<sup>17</sup>.

Para caracterização dos participantes do estudo, foram desenvolvidos dois questionários. No questionário dos médicos residentes foram avaliadas as seguintes variáveis: ano da residência em curso, idade, gênero, estado civil, se tem filhos, se acredita em Deus, se possuía outra especialização ou graduação na área de saúde, tempo de formado, experiência com doença grave na família ou pessoal. As variáveis constantes no questionário dos pacientes foram idade, sexo, estado civil, se tem ou não filhos.

### Mapa da Empatia em Saúde

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

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

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

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



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

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

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

  
Alegria

  
Tristeza

  
Medo

  
Surpresa

  
Raiva

  
Indiferença

Figura 2. Mapa da Empatia em Saúde

#### PROCEDIMENTOS DA PRIMEIRA FASE:

Nesta fase, os médicos residentes foram convidados a participar do estudo durante uma reunião clínica do serviço. Em seguida responderam ao questionário sociodemográfico e assinaram o TCLE. Entre 29 de abril e 26 de maio de 2019, para a avaliação da empatia de cada médico residente através da perspectiva do paciente, a escala CARE foi aplicada em quatro pacientes escolhidos de forma aleatória pelo seguinte critério: o primeiro e o último paciente atendido em dois dias consecutivos para cada médico residente. Além da escala CARE os pacientes responderam o questionário sociodemográfico.

#### PROCEDIMENTOS DA SEGUNDA FASE

Na fase de intervenção, inicialmente os médicos residentes receberam um treinamento sobre como utilizar o MES nos atendimentos ambulatoriais com um tutorial de 15 minutos feito pelo pesquisador. Após o treinamento, o uso do MES foi implementado na prática ambulatorial do serviço, sendo disponibilizado de forma impressa. A orientação fornecida era para que ao final de cada consulta o MES fosse preenchido pelo médico residente responsável pelo atendimento. O MES preenchido foi recolhido semanalmente pela pesquisadora principal. Após quatro semanas o uso desse instrumento foi interrompido.

#### PROCEDIMENTOS DA TERCEIRA FASE

Uma semana após a interrupção do uso do MES, no período entre 08 de julho e 28 de julho de 2019, foram novamente avaliados os escores de empatia do médico na percepção dos pacientes, utilizando a mesma metodologia da primeira fase do estudo.

As variáveis do estudo foram os escores da escala CARE obtidos na primeira e terceira fase e os dados sociodemográficos dos participantes. O tratamento estatístico das variáveis quantitativas foi descrito como média e desvio-padrão, quando distribuídas normalmente. Frequências e porcentagens foram utilizadas para descrever as variáveis qualitativas. O teste

de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para verificar se os dados avaliados da amostra apresentavam distribuição normal. Com o objetivo de comparar as médias da escala CARE, obtidas pelos pacientes atendidos antes e após a intervenção, foi utilizado o teste *t de Student para amostras independentes*. Ressalta-se que o teste de *Levene* foi utilizado para averiguar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada, por grupo. Neste estudo, decidiu-se por assumir a heterogeneidade das variâncias, com isso, optou-se por utilizar os valores do teste *t de student*, assumindo a *não igualdade de variâncias*, o que contribui para resultados mais robustos. Os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano (CAAE: 03909018.9.0000.5143). Todos os participantes foram convidados a participar da pesquisa como voluntários, e foram incluídos após a assinatura do TCLE, não havendo nenhum tipo de remuneração.

#### RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica dos médicos residentes participantes do estudo, todos os 22 (100%) médicos residentes convidados concordaram em participar e preencheram os critérios de inclusão descritos. A média da idade dos participantes foi de  $30,3 \pm 3,6$  anos, 20 (90,9%) eram do sexo masculino, 17 (77,3%) eram solteiros, 18 (81,8%) não possuíam filhos, 20 (90,9%) informaram crer em Deus e 17 (77,3%) não possuíam experiência pessoal ou familiar de doença grave. Apenas dois (9,1%) médicos residentes cursaram outra especialização previamente e cinco (22,7%) possuíam outra graduação na área de saúde. Em relação ao período da residência em curso, nove (40,9%) se encontravam no primeiro ano, quatro (18,2%) no segundo ano e nove (40,9%) no terceiro ano. O tempo médio de formado no curso de

medicina foi de  $3,1 \pm 2,4$  anos, com tempo mínimo menor que um ano e máximo de dez anos. O teste de Shapiro-Wilk demonstrou que os dados da amostra estudada apresentavam distribuição normal.

Para a avaliação da empatia baseada na perspectiva do paciente, participaram do estudo 196 (100%) pacientes, sendo que os 88 (50%) avaliados na primeira fase foram diferentes dos 88 (50%) avaliados na terceira fase. A Tabela 01 apresenta a caracte-

rização dos pacientes que participaram em cada fase do estudo quanto à idade, ao sexo, ao estado civil e se tem filhos ou não. A média da idade dos pacientes que participaram na primeira fase foi de  $49,9 \pm 21,3$  anos e na terceira fase  $44,8 \pm 18,6$  anos. Para a amostra total dos pacientes, 98 (55,7%) participantes eram do sexo feminino, 65 (36,9%) eram casados e 92 (52,3%) tinham filhos.

**Tabela 1.** Caracterização dos pacientes participantes do estudo

Variáveis	1ª fase do estudo		3ª fase do estudo	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>	39	44,3	39	44,3
Masculino	49	55,7	49	55,7
Feminino				
<b>Total</b>	88	100,0	88	100,0
<b>Estado civil</b>				
Casado	36	40,9	29	33,0
Solteiro	28	31,8	28	31,8
Separado	10	11,4	15	17,0
Relação estável	14	15,9	16	18,2
<b>Tem filho</b>				
Sim	47	53,4	45	51,1
Não	41	46,6	43	48,9

**Nota:** n = número de pacientes; % = percentual; Base de Dados: 176 pacientes

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019

## AValiação da empatia Médica Percebida pelos Pacientes

A análise dos escores da empatia médica percebida pelo paciente, por meio da escala CARE, demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre as fases do estudo ( $p < 0,001$ ). Obteve-se, na primeira fase, uma pontuação média de  $27,4 \pm 8,8$  na escala e, na terceira fase,  $42,9 \pm 6,2$  (Gráfico 1).

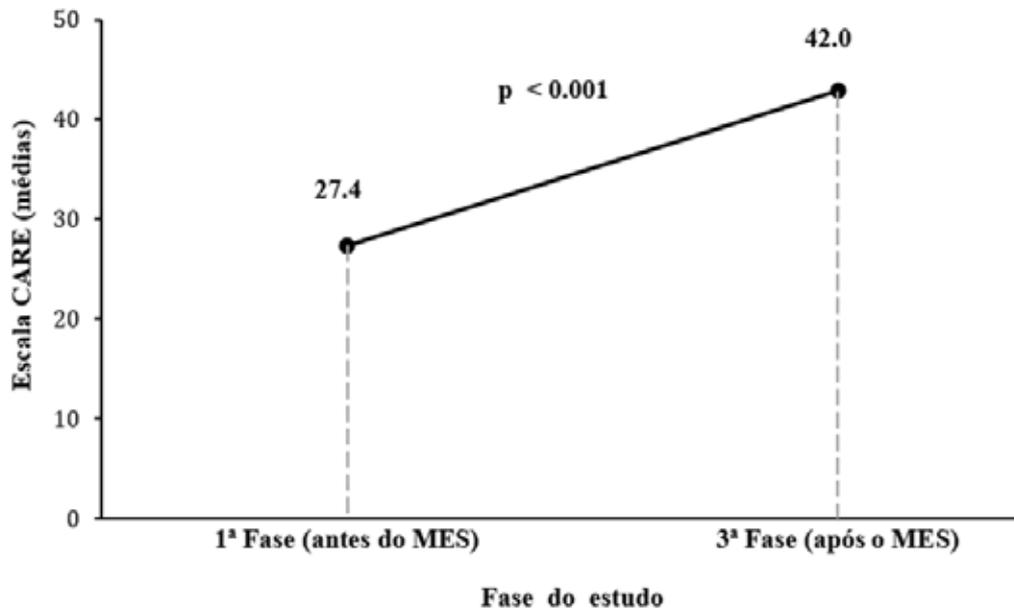


Gráfico 1. Percepção da empatia pelo paciente, segundo a escala CARE, antes e após o uso da Mapa de Empatia em Saúde

## DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a avaliar o efeito do uso do MES na empatia médica percebida pelos pacientes, durante o atendimento ambulatorial em uma residência médica de ortopedia. Os resultados encontrados demonstraram que após o uso do MES houve aumento da percepção do comportamento empático do médico na perspectiva do paciente. A originalidade deste estudo reside no fato de avaliar o impacto do uso de uma ferramenta facilitadora do ensino e prática da empatia constituída pelos componentes da empatia de forma explícita, avaliando-se como desfecho o comportamento empático do médico percebido pelo paciente e não através de escalas de autorrelato. Em relação às características dos médicos participantes deste estudo, apesar ter sido uma amostra de conveniência, o perfil sociodemográfico se assemelha ao encontrado em estudo realizado com 250 residentes do último ano de residência que se submeteram à prova de Título de Especialista em Ortopedia da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia no ano de 2018<sup>19</sup>. Observou-se que os participantes em sua maioria eram homens, solteiros, sem filhos, com idade média de 30 anos, acreditavam em Deus,

estavam cursando sua primeira especialidade e não tinham experiência pessoal ou familiar com doença grave.

Diversos estudos têm mostrado menor empatia em homens e entre estudantes que preferem uma especialidade cirúrgica<sup>3,20,21</sup>. A baixa empatia entre médicos de especialidades cirúrgicas pode ser explicada pelas influências de fatores negativos tais como a falta de modelo, predominância de conteúdo técnico a ser aprendido, ambiente hostil de trabalho, medo de cometer erros, modelo curricular tradicional e até redução da qualidade do sono<sup>10,11</sup>. Isso é especialmente verdadeiro no período da residência médica, quando ocorre a sobrecarga por uma curva de aprendizagem de conhecimento íngreme, pacientes cada vez mais complexos, restrições de tempo e responsabilidades administrativas.

O desempenho da empatia é influenciado ainda por uma variedade de fatores externos, como a população de pacientes ou a necessidade de auto-defesa frente a um trabalho estressante<sup>11,20,21</sup>. Estudos descritivos que avaliaram a comunicação do cirurgião com os pacientes mostraram que os cirurgiões passam a maior parte do tempo trocando informações médicas e raramente abordam aspectos emocionais e psicossociais dos cuidados<sup>15</sup>. Outros estudos relata-

ram uma resposta do cirurgião a oportunidades empáticas em apenas 10-30%<sup>15</sup>.

Um estudo que avaliou através de entrevistas telefônicas, 886 visitas de pacientes a cirurgões ortopédicos, identificou que os pacientes relataram aos médicos apenas 53% de suas preocupações reais sobre a cirurgia, raramente trazendo à tona questões como falta de apoio social e outras barreiras à cirurgia<sup>15</sup>. No estudo de Tongue et al.,<sup>22</sup> 75% dos cirurgões ortopédicos acreditavam que se comunicavam bem com seus pacientes, mas apenas 21% dos pacientes relataram ter percebido uma comunicação adequada por parte de seus médicos.

Uma questão a ser levantada é se os estudos que vêm sendo realizados para avaliação da empatia médica, através de escalas de autorrelato, são capazes de identificar os aspectos comportamentais, ou seja, se efetivamente o médico transforma o que pensa em ação durante a assistência ao paciente. No presente estudo, optou-se pela análise da empatia médica na percepção do paciente após o atendimento ambulatorial, realizada pela escala CARE, que pressupõe que a empatia impacta os resultados do tratamento, mas que para ser eficaz, precisa ser comunicada ao paciente<sup>1,17</sup>.

Uma revisão sistemática sobre os testes para avaliação da empatia em medicina, discute que a análise da percepção do paciente, em contraste com o autorrelato do médico, é uma medida mais relevante para medir a empatia do médico<sup>23</sup>. Outros estudos questionam se as avaliações de pacientes e as autoavaliações dos médicos medem o mesmo fenômeno<sup>24</sup>. Uma consideração importante sobre a escala CARE é que seu conteúdo reflete com precisão as opiniões dos pacientes em todos os setores da comunidade, sua redação foi desenvolvida para produzir uma medida significativa para os pacientes em todo o espectro socioeconômico<sup>17</sup>.

Bernardo et al.,<sup>25</sup> demonstraram, em um estudo, a falta de correlação entre os níveis de empatia obtidos por instrumentos de autoavaliações e as percepções dos pacientes e sugerem que os pacientes devem ser incluídos no processo de avaliação da empatia; identificaram também que a escala CARE foi capaz de captar diferenças entre as medições de empatia de

consultas médicas iniciais e subsequentes. Esse achado sugere que a medida CARE pode capturar nuances sutis das interações dos pacientes com seus médicos, confirmando seu valor para avaliar a relação entre a medida da empatia e a intervenção realizada<sup>25</sup>.

No presente estudo, embora os pacientes respondentes na primeira fase sejam diferentes dos da terceira fase, as características sociodemográficas das duas amostras foram semelhantes. Mercer et al.,<sup>26</sup> demonstraram que os escores da escala CARE não variaram entre os grupos de pacientes, em termos de gênero, razão para consulta médica ou tipo de doença, apoiando a validade da escala em diferentes cenários.

No que se refere à percepção do paciente, a respeito da empatia do médico residente, a análise dos dados demonstrou melhora nas médias dos escores da escala CARE após a intervenção, sugerindo que após o uso do MES, os médicos de algum modo, explicitamente ou implicitamente, expressaram empatia pelos pacientes atendidos. Isto é surpreendente, pois traduz um resultado comportamental da habilidade empática, afinal, para ser percebida a empatia precisa ser comunicada<sup>1</sup>. Ressalta-se que os pacientes não estavam cientes do estudo durante a consulta e, conseqüentemente, não foram influenciados a focalizar no comportamento do seu médico.

Neste estudo observou-se que o MES que tem como objetivo aumentar a conscientização do médico sobre seus pacientes e seus próprios estados emocionais, além de fornecer ferramentas comportamentais para transmitir compreensão empática, se mostrou efetivo em um cenário real de atendimento. A mudança nos escores obtidos pela escala CARE indica que a empatia pode de fato ser ensinada e corroboram com os achados da literatura que demonstram que o treinamento da empatia pode reverter seu declínio durante a residência médica<sup>2,4</sup>. Patel et al.,<sup>2</sup> em uma revisão sistemática, identificaram que a inserção curricular de atividades em cenários reais, que oportunizam o aprendiz à prática do cuidado compassivo, como é feito para o treinamento de outras habilidades, favorece o desenvolvimento da empatia, fato observado neste estudo e facilmente exequível com o MES.

Em geral, os estudos de empatia apresentam limitações intrínsecas de avaliação, no que se refere tanto à abrangência do construto do instrumento de avaliação, quanto à forma autorreferida das percepções dos entrevistados, que depende de seus valores socioculturais e do autoconhecimento. Para minimizar esse problema, foi fundamental, no presente estudo, a garantia do sigilo das informações durante toda a coleta de dados. Além disso, a disponibilidade dos pesquisadores durante o período de estudo, fornecendo todo o suporte para os respondentes, favoreceu a qualidade das respostas aos questionários utilizados.

Ressaltam-se algumas limitações deste estudo. A primeira delas, inerente ao método, refere-se à aceitação dos sujeitos, que podem ter constituído um público “seleto por afinidade com o tema do projeto”. Ou seja, um grupo com maior predisposição positiva em relação ao tema pesquisado, o que pode ter influenciado nos achados da pesquisa. Este estudo também pode revelar conclusões limitadas por ter sido realizado em apenas um programa de residência médica. Admite-se que os resultados obtidos são representativos da população de residentes em ortopedia do Hospital São Francisco, mas não se pode afirmar que sejam generalizáveis para todos os residentes de ortopedia do Brasil, por se tratar de uma amostra de conveniência. Outra limitação foi o fato de não haver acompanhamento a longo prazo dos efeitos do uso do MES.

Pesquisas futuras poderiam examinar a retenção da habilidade de comportamento empático, bem como a necessidade de treinamentos de reforço, para que o modelo mental do MES possa ser incorporado à prática diária. Importante que estudos futuros avaliem o uso do MES em outras especialidades médicas, outras profissões da saúde, durante o período de graduação e até mesmo em cenários simulados.

Apesar dessas limitações, este trabalho trouxe contribuições à discussão sobre o ensino da empatia. Uma vez que se trata de uma habilidade que pode ser ensinada, os dados deste estudo sugerem que o MES é uma ferramenta facilitadora para a prática da empatia, capaz melhorar a percepção dos pacientes acerca do comportamento empático recebido em ambientes

assistenciais. Estas informações poderão gerar subsídios para a incorporação deste instrumento como parte das estratégias de desenvolvimento da empatia em cenários reais de prática. Futuros estudos poderiam avaliar se o uso do MES resulta não apenas em melhorias nas percepções dos pacientes, mas também na efetividade das intervenções, resultando em maior adesão à terapia, melhor satisfação dos profissionais de saúde, redução do *burnout*, e menos alegações de negligência.

## CONCLUSÃO

O uso do MES por quatro semanas, durante o atendimento ambulatorial de ortopedia, promoveu aumento da percepção da empatia do médico residente na perspectiva do paciente, demonstrando que o comportamento empático pode ser ensinado, integrando o uso do MES ao treinamento assistencial nos programas da residência médica. Frente ao declínio da habilidade de empatia relatada nas profissões da saúde, este estudo contribui por apresentar um instrumento de simples utilização e com potencial para ser incorporado como parte das estratégias auxiliares para o desenvolvimento da habilidade empática nos programas de formação dos profissionais da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020;133(5):561-566.
2. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One.* 2019; 14(8): 1-25.
3. Ferri P, Rovesti S, Panzera N, Marcheselli L, Bari A, Di Lorenzo R. Empathic attitudes among nursing students: a preliminary study. *Acta Biomed.* 2017;88(3S):22-30.
4. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Correro-Bermejo A, Soler-Martins PS, de la Torre-Moyano S. Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice.* 2020; 44:102739.

5. Lockwood PL. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behav Brain Res.* 2016; 311:255-266.
6. Riečanský I, Lamm C. The Role of Sensorimotor Processes in Pain Empathy. *Brain Topogr.* 2019;32(6):965-976.
7. Lamm C, Majdandžić J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy--a critical comment. *Neurosci Res.* 2015; 90:15-24.
8. Lockwood PL, Ang Y, Husain M, Crockett M. Individual differences in empathy are associated with apathy-motivation. *Sci Rep.* 2017; 7:17293
9. Thompson NM, Uusberg A, Gross JJ, Chakrabarti B. Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Prog Brain Res.* 2019; 247:273-304.
10. Hojat, M. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad. med.* 2009;84(9):1182-91
11. Paiva AH, Andrade MN, Rocha MSC, Peixoto JM. Avaliação da Empatia nos Médicos Residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. *Rev. bras. educ. méd.* 2019; 43 Supl 1; 296-304. Epub 13 jan 2020.
12. Araújo NSC, Júnior, AT. A Empatia em Acadêmicos de Medicina em Relação ao Paciente Pediátrico: Estudo Transversal Unicêntrico, 2019. *Rev. bras. educ. méd.* 2020; 44(3): 1-8. Epub 29 June 2020.
13. Peixoto JM, Moura, EP. Health Empathy Map: Creation of an Instrument for Empathy Development. *Rev. bras. educ. méd.* 2020; 44(1): 1-8. Epub 13 March 2020.
14. Azim Majumder MA, Ojeh N, Rahman S, Sa B. Empathy in medical education: Can 'kindness' be taught, learned and assessed? *Adv Hum Biol.* 2020; 10:38-40
15. Han JL, Pappas TN. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *J Surg Educ.* 2018;75(1):88-94.
16. Palmer K, Hill J, Clegg A. There is inconsistency in the effect of empathy training for healthcare professionals and students. *Evidence-Based Nursing.* 2020; 1.ebnurs:2020-103292. Epub 19 jun 2020
17. Scarpellini G, Capellato G, Rizzatti F, Silva G, Martinez JA. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto Online).* [Internet] 2014 Mar [acesso em 2020 Jul 26];47(1):51-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/80098>
18. Bratsberg HM. Empathy Maps of the FourSight Preferences. In: *Creative Studies Graduate Student Master's Project.* Buffalo State College; 2012. p. 176.
19. Araújo ALSLC, Avaliação da Qualidade de Vida dos Residentes de Ortopedia Brasileiros. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade José do Rosário Vellano; 2018. 102 p.
20. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano IC, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ.* 2016; 7:149-153.
21. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, et al. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590-7.
22. Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication skills. *Instr Course Lect.* 2005; 54:3-9.
23. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007; 7:24.
24. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009.
25. Bernardo MO, Cecílio-Fernandes D, Costa P, Quince TA, Costa MJ, Carvalho-Filho MA. Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS One.* 2018;13(5): 1-13.
26. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 2005;22(3):328-334.