

Giselda Lopes Aquino Dineli

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM:ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
mestre em Ensino de Saúde.

São Paulo
2022

Giselda Lopes Aquino Dineli

**AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM:ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
mestre em Ensino de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ruth Beresin

São Paulo

2022

Dineli, Giselda Lopes Aquino

Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem / Giselda Lopes Aquino Dineli -- São Paulo, 2022.
xii, 49 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Nursing Students Empathy Valuation.*

1. Empatia. 2. Estudantes de Enfermagem. 3. Enfermagem. 4. Educação em Enfermagem.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenadora do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional Ensino da Saúde:
Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida

Giselda Lopes Aquino Dineli

AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Presidente da banca: Professora Doutora Ruth Beresin

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Profa. Dra. Monica Martins Trovo de Araújo

Profa. Dra. Rosiani Ribeiro de Castro

Membros suplentes

Profa. Dra. Fabiane de Amorim Almeida

Profa. Dra. Caroline Figueira Pereira

Data de aprovação: 29/06/2022.

Dedicatória

Foi pensando nos alunos, profissionais e pacientes que executei este projeto, por isso dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma.

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado não poderia alcançar êxito sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Ruth Beresin, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Ensino das Ciências da Saúde, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Agradeço aos meus pacientes e alunos, que contribuíram, e que, me ajudaram, a ultrapassar obstáculos. Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente ao meu esposo, Fernando Dineli, pelas revisões incansáveis ao longo da elaboração deste trabalho.

*Em última análise, precisamos amar para
não adoecer.”*

Sigmund Freud

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de tabelas	ix
Lista de abreviaturas	x
Resumo	xi
1 INTRODUÇÃO	xiii
1.1 O ensino de empatia em enfermagem no Brasil e no mundo.....	3
1.2 A evolução da perspectiva de ensino em enfermagem	5
1.3 A abordagem da habilidade empática no ensino.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3 MÉTODOS	14
3.1 Tipo de estudo.....	14
3.2 Local do estudo	14
3.3 População e amostra.....	14
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	15
3.5 Operacionalização da coleta e aspectos éticos.....	16
3.6 Análise de dados	17
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÕES	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
8 ANEXOS.....	34
9 REFERÊNCIAS	45
Abstract	
Apêndice	

Lista de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra – variáveis categóricas	18
Tabela 2. Atividade profissional e/ou acadêmica	19
Tabela 3. Caracterização da amostra – variáveis quantitativas	19
Tabela 4. Variáveis quantitativas por ano de graduação	20
Tabela 5. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal para a amostra total	20
Tabela 6. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal de acordo com o gênero	23
Tabela 7. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal por ano de graduação.....	23
Tabela 8. Comparações entre os anos de graduação por gênero e a escala multidimensional de reatividade interpessoal	25
Tabela 9. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal nas comparações entre os gêneros por ano de graduação	26

Lista de abreviaturas

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
DCN	Diretrizes curriculares nacionais
EMRI	Escala multidimensional de reatividade interpessoal
FEHIAE	Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein
FICSAE	Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IES	Instituições de ensino superior
IRI	<i>Interpersonal reactivity index</i>
JSPE	<i>Jefferson scale of physician empathy</i>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
SGPP	Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resumo

Introdução: A empatia constitui a habilidade da inteligência emocional de apreciar o sentimento do outro, competência fundamental para o sucesso no atendimento e tratamento de pacientes e, por conseguinte, na formação dos estudantes das Ciências da Saúde. Dada a importância dessa capacidade psicológica na recuperação dos pacientes, chama a atenção o fato de diversos estudos indicarem uma redução da capacidade empática dos discentes a partir do terceiro ano da graduação, justamente quando eles iniciam a vivência prática, no contato direto com os pacientes. Certamente, a melhor compreensão desse fenômeno deverá contribuir para o aprimoramento da formação desses alunos, de modo a evitar essa retração. **Objetivos:** Comparar os níveis de empatia dos estudantes de enfermagem em diferentes períodos da graduação, levando em consideração gênero e idade. **Métodos:** O estudo foi realizado na Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein, localizada no município de São Paulo. A amostra foi composta por 169 estudantes. Foram aplicados um questionário de perfil sociodemográfico e a escala multidimensional de reatividade interpessoal. **Resultados:** A amostra total foi composta por 169 alunos, sendo 88,69% do gênero feminino, 89,35% solteiros. Na avaliação os níveis de empatia na amostra total dos estudantes de enfermagem, os escores das subescalas Consideração Empática e Tomada de Perspectiva foram mais altos do que o score da subescala de Angústia Pessoal. Na comparação dos níveis de empatia dos estudantes levando em consideração gênero, houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros apenas para a sub escala Consideração empática. Na comparação dos níveis de empatia dos estudantes em diferentes períodos da graduação, não apareceu relação significativa com o ano de graduação do aluno. Vale ressaltar que nas três sub escalas, apesar de não significante, o menor score aparece no quarto ano de graduação. Na comparação entre os anos de graduação, fazendo a separação por gênero nenhuma sub escala apresentou diferenças significativas. Fazendo a separação por ano de graduação, a comparação entre os gêneros mostrou que a diferença significativa, na sub escala Consideração empática, apareceu no segundo ano de graduação. **Conclusões:** Na comparação dos níveis de empatia dos estudantes de enfermagem em diferentes períodos da graduação, nas três sub escalas e também no score de empatia, não apareceu relação significativa com o ano de graduação do aluno. Vale

ressaltar que nas três sub escalas, apesar de não significativa, o menor score aparece no quarto ano de graduação.

.

Descritores: Empatia. Estudantes de Enfermagem. Enfermagem. Educação em Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Exige-se, cada vez mais, no mundo acadêmico e profissional de alto nível, indivíduos que tenham, desenvolvidas, não só as múltiplas habilidades técnicas de sua função, mas também as competências comportamentais necessárias, para lidar com as demandas das situações interpessoais, de forma a tornar as relações mais efetivas, produtivas e duradoura.⁽¹⁾ Considerando que essa capacidade social demanda aptidão para articular emoções, pensamentos e atitudes em relação às circunstâncias e metas pessoais, uma importante habilidade social para alcançar sucesso é a empatia.⁽²⁾

Empatia (do grego, *empathia*) pode ser traduzida como “paixão ou estado de emoção”. Assim sendo, de acordo com o dicionário, significa (i) “ação de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria nas mesmas circunstâncias”; (ii) “aptidão para se identificar com o outro, sentindo o que ele sente, desejando o que ele deseja, aprendendo da maneira como ele aprende etc.”; para a psicologia, consiste na “identificação de um sujeito com outro; quando alguém, através de suas próprias especulações ou sensações, se coloca no lugar de outra pessoa, tentando entendê-la”, ou seja, (iii) “competência emocional para depreender o significado...” ou “faculdade para idealizar ou traçar a personalidade de alguém, projetando-a num dado objeto, de maneira que tal objeto pareça estar indissociável desta”; para a sociologia, indica a (iv) compreensão do “Eu” social a partir de três recursos: enxergar-se de acordo com a opinião de outra pessoa; enxergar os outros de acordo com a opinião de outra pessoa; enxergar os outros de acordo com a opinião deles próprios.⁽³⁾

O psicólogo inglês Edward Bradner Titchener, que empregou o termo em 1909, definiu o sentimento de empatia como a intenção de compreender melhor outro ser humano por meio da observação. Posteriormente, em 1918, esse conceito passou a ser usado, no contexto da relação médico-paciente, como recurso essencial no processo de cura, por facilitar tanto o diagnóstico, quanto a adesão ao tratamento.^(4,5) O tema, assim introduzido na ciência psicológica, no final do século XIX, tem atraído, de maneira crescente, a atenção dos estudiosos do comportamento humano e educadores em geral,⁽⁶⁾ como um construto importante para a vida e influência social.⁽¹⁾

Em outras palavras, a empatia pode ser definida como “uma resposta afetiva de origem evolutiva, que é mais apropriada à situação do outro do que da própria pessoa”.⁽⁷⁾ Em outras palavras, ser empático significa ter capacidade de experimentar as emoções alheias e, partir dessa percepção, não só adotar o ponto de vista do outro - compreender suas motivações, validar suas necessidades -, como ter atitudes e comportamentos que promovam ajuda, agregação, cuidado, justiça e solidariedade.⁽⁸⁾

Segundo Goleman,⁽⁹⁾ a ausência de receptividade para a alteridade impacta negativamente o processo de ajustamento social a que todos estão submetidos em todas as fases da vida. Isso porque a empatia é um dos elementos que determina a inteligência social do indivíduo, ou seja, a forma como ele equilibra e administra as relações interpessoais e lida com suas emoções no contato com o outro. Trata-se, portanto, de uma necessidade básica, pois protege a saúde psicológica com boas tomadas de decisão, principalmente em questões referentes a cuidado, respeito e moralidade. Por isso, cumpre importante papel na manutenção da homeostase social em suas diferentes dimensões.⁽¹⁰⁻¹²⁾

No meio acadêmico, por exemplo, os estudiosos entendem que⁽¹³⁾ a habilidade para interagir e lidar com aspectos emocionais reverbera positivamente no âmbito cognitivo dos estudantes. A comunicação positiva também os ajuda a fortalecer seus objetivos durante a fase de ajustamento acadêmico. Eles passam a compreender, por experiência própria, a importância da boa prática de cuidados e introjetam esse valor em seu desempenho profissional.⁽¹⁴⁾

Portanto, no que tange à formação profissional na área em questão, a aplicação prática do conceito de empatia representa uma oportunidade de aprendizado e de transformação. As metodologias adotadas nas disciplinas e nos estágios desafiam o discente a desenvolver, para além dos conhecimentos técnicos, valores e atitudes empáticas, noção de coletividade e consciência de que a equipe representa uma ferramenta inestimável. Esse é o intuito dos estágios e das práticas: simular o cotidiano que o aluno enfrentará na vida profissional.⁽¹⁵⁾

Por fim, o atendimento humanizado estabelece um tipo de comunicação que promove^(16,17) a confiança necessária para que os pacientes abram seus canais de comunicação e explicitem livremente suas queixas e preocupações. Graças a isso, o profissional pode realizar a anamnese de modo mais acurado e

realista, com grande ganho para a precisão do diagnóstico.

Essa interação também facilita o bom andamento do tratamento, pois permite que o profissional divida seus conhecimentos⁽¹⁸⁾ com o paciente, que compreende melhor sua doença e adere, com menor resistência, aos procedimentos terapêuticos indicados. Portanto, o resultado final satisfaz a ambos: para o paciente, aumenta a qualidade de vida; para o profissional da saúde, fortalece a sentimento de realização. Na verdade, a contribuição da empatia é tão expressiva, que chega a reduzir o número de processos judiciais.⁽¹⁴⁾

Por todas essas razões, a *American Association of Medical Colleges* (EUA) considera a empatia um tópico consistentemente relevante na formação acadêmica, enquanto recurso de efetivação de alguns dos objetivos centrais da aprendizagem nessa área: habilidade comunicativa dos protagonistas, acurácia do diagnóstico, confiança do paciente no tratamento e consequente aderência às recomendações médicas; melhores resultados clínicos e menor desgaste para o profissional da saúde.⁽¹⁹⁾

Sabe-se, porém, que, no transcorrer curso,⁽²⁰⁾ o nível inicial de empatia dos alunos sofre uma diminuição. Alguns estudos indicam diferenças entre as mudanças de comportamento entre homens e mulheres estudantes de enfermagem⁽²¹⁻²³⁾ e outros não.⁽²⁴⁾ Por tudo isso, embora o estudo do comportamento empático seja uma tendência recente, sua importância para a área da saúde já é amplamente reconhecida, pelo seu impacto em todo o processo de tratamento e cura.

Logo, mais estudos são necessários para compreender o ensino das emoções, incrementar o debate e aumentar a produção científica sobre esse tema.⁽²⁵⁾

1.1 O ensino de empatia em enfermagem no Brasil e no mundo

No decorrer de sua evolução, o trabalho do profissional de enfermagem deixou de ser apenas o cumprimento de tarefas realizadas de forma mecânica e padronizada, para caracterizar-se, de maneira cada vez mais intensa, como um serviço complexo e multidisciplinar.⁽²⁶⁾ Essa ampliação e aprofundamento da atuação exigem do enfermeiro, além do conhecimento técnico e científico, autoconhecimento, maturidade, controle emocional, ética, respeito às diferentes crenças, valores e culturas, entre outras habilidades socioemocionais que permitem

compreender a pluralidade do ser humano, para além do organismo biológico.^(27,28)

Não há como evitar: o serviço de saúde é pautado pela interação entre profissional e paciente. Da empatia dessa relação interpessoal depende, em grande parte, a efetividade dos tratamentos.⁽²⁹⁾ A criação de vínculos afetivos de qualidade favorece a comunicação, porque leva a exercitar a habilidade de ouvir e de compreender, reduzindo os problemas emocionais e aumentando a autoestima e a autoconfiança.^(30,31)

Pacientes tratados com empatia demonstram mais satisfação com o serviço prestado e mais disponibilidade cooperativa para o tratamento.⁽³²⁾ Do outro lado, profissionais empáticos apresentam níveis menores de estresse, depressão e Síndrome de Burnout e mostram menos propensão para atos de negligência no ambiente de trabalho. Por isso, quanto mais se firma a noção de que os aspectos emocionais e afetivos são fatores de cura e de não adoecimento, maior se torna a responsabilidade de capacitar o aluno para enfrentar os incontáveis desafios e as pressões inerentes a esse tipo de trabalho.⁽³³⁾

Essa constatação torna óbvia a necessidade de desenvolver estratégias de ensino que incrementem o nível de empatia dos estudantes e evitem o declínio dessa capacidade ao longo do desenvolvimento da formação acadêmica. Para tanto, o ensino de empatia tem se utilizado de vários tipos de expressão artística, como forma de sensibilização, bem como a escrita reflexiva e da simulação clínica.⁽³³⁾

Por se tratar de um aprendizado da empatia a empatia pode sofrer alterações tanto positivas quanto negativas, como mostram vários estudos, mesmo quando o aluno esbarra em comportamentos humanos como a timidez ou a teimosia, por exemplo, que são difíceis de mudar, por constituírem traços da personalidade. Essa possibilidade de alteração indica a possibilidade de desenvolver estratégias educacionais de autoconhecimento, incluindo o reconhecimento das próprias limitações.⁽⁹⁾

Segundo os estudos da Neurofisiologia, é possível estimular a empatia também pelo exemplo, ou seja, observando a atuação de outra pessoa. Os neurônios espelho, acionados espontânea e involuntariamente, permitem reproduzir o comportamento por imitação. Esse conhecimento pode ser explorado em diferentes atividades pedagógicas de observação com diferentes focos.⁽³¹⁾

Há uma íntima e estreita relação entre as experiências de vida e o

nível da capacidade empática. Por isso, é de extrema importância uma formação pautada também por exemplos. Dessa forma, os alunos vão sendo inspirados, pela postura que seus professores e colegas adotam junto ao paciente durante a prática, e podem tomá-la como parâmetro das próprias ações.⁽²⁶⁾

A empatia comportamental – quando o reconhecimento do sentimento do outro, vem seguido da prestação de auxílio – inclui comportamentos verbais e não verbais, imprescindíveis para o paciente sentir-se completamente compreendido e aprofundar seu relacionamento com o enfermeiro. Dessa maneira, prepara do futuro profissional de enfermagem a contemplar competências e habilidades voltadas para a atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, comunicação, administração e gerenciamento. Em todas essas dimensões, a empatia é decisiva na assertividade e no acompanhamento dos momentos adversos de sofrimento, dor, doença e morte.⁽³³⁾

Apesar de todos esses benefícios da empatia, colocar em prática seu ensino e obter resultados efetivos ainda é um desafio educacional, não só para o Brasil, mas também para as escolas de enfermagem em diversos países que, ao longo dos últimos anos, vêm alterando suas grades curriculares.⁽³¹⁾

1.2 A evolução da perspectiva de ensino em enfermagem

Antigamente, o currículo tradicional abrangia apenas disciplinas com temáticas médicas, biomédicas e cirúrgicas, ou seja, completamente técnicas. Ao mesmo tempo, o modelo de ensino focava o docente, ficando os alunos no papel de meros receptores de conhecimento. O início dos anos 2000 deu início à reestruturação curricular de diversas escolas de enfermagem, cada qual procurando desenvolver uma metodologia que representasse suas missões e valores, assim como os de cada governo. Esse esforço levou à criação de um currículo integrado, com o intuito de distingui-lo do antigo e tradicional. Nesse novo contexto, o ensino de enfermagem deixou de restringir-se aos tópicos médicos.⁽²⁵⁾

A estrutura curricular passou a incluir conteúdos relativos aos estágios do desenvolvimento humano, às necessidades humanas básicas, aos sistemas do corpo, e padrões funcionais de saúde, à comunicação terapêutica, dentre outros tópicos. A fim de diferenciar as especialidades médicas e adequar-se aos

métodos de ensino, os títulos das disciplinas foram mudados e os docentes precisaram adaptar-se, para criar aulas mais interativas, com foco no aluno, a fim de realmente desenvolver suas habilidades empáticas.

No Brasil, o primeiro currículo do curso de enfermagem foi criado em 1923, como padrão para as demais escolas do país. Ao final do ano de 1949, foi aprovado um decreto que introduzia algumas reformulações, a mais importante, a distribuição das matérias em três séries. A primeira, contemplava a técnica de enfermagem, e focava em higiene individual; anatomia e fisiologia; química biológica; microbiologia e parasitologia; psicologia, nutrição e dietética; história da enfermagem; saneamento; patologia geral; enfermagem e clínica médica; enfermagem e clínica cirúrgica; farmacologia e terapêutica; dietoterapia.⁽³⁴⁾

A segunda série abordava as técnicas de sala de operações; enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais; enfermagem e fisiologia; enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas; enfermagem e clínica ortopédica, fisioterápica e massagem; enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica; enfermagem e socorros de urgência; enfermagem e clínica urológica e ginecológica; sociologia; ética.⁽³⁴⁾

A terceira série priorizava a enfermagem, clínica otorrinolaringológica e oftalmológica; enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal; enfermagem e clínica pediátrica, compreendendo dietética infantil; enfermagem de saúde pública; ética; serviço social. Para cumprir o novo currículo, os estágios passaram a ser realizados em clínica médica geral, clínica cirúrgica geral, clínica obstétrica e neonatal, clínica pediátrica, cozinha geral e dietética, serviços urbanos e rurais de saúde pública.⁽³⁴⁾

Portanto, a análise aplicada no conteúdo do currículo de 1949 indica a predominância de conteúdo teórico/prático, voltado para área hospitalar, em uma formação curativa para os profissionais de enfermagem. Essas mudanças, entretanto, acabaram mostrando-se menos significativas do que se esperava, até porque a oferta, no mercado de trabalho, permaneceu fortemente voltada para a área hospitalar.⁽³⁵⁾

Ao longo dos anos subsequentes, ocorreram, ainda, pequenas modificações, mas apenas em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde levou à redefinição do currículo, abraçando um conceito mais abrangente e político para a saúde e mais condizente com os propósitos da Reforma Sanitária brasileira, entendida

como resultado das condições de renda, habitação, alimentação, meio ambiente, transporte, emprego, liberdade, lazer, posse e acesso à terra e aos serviços de saúde.

Após o Ministério da Educação e Cultura (MEC) aprovar a modificação do Currículo Mínimo de 1994, o novo programa passou a contemplar as seguintes áreas e conteúdo: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (25% da carga horária total do curso): formada pelas ciências biológicas, comporta morfologia; fisiologia; patologia; biologia. Ciências humanas: antropologia filosófica; sociologia; psicologia aplicada à saúde. Fundamentos de Enfermagem (25%): conteúdos técnicos, metodológicos e meios e instrumentos de trabalho individual e coletivo: comporta história da enfermagem; exercício da enfermagem; epidemiologia; bioestatística; saúde ambiental; semiologia e semiotécnica de enfermagem; metodologia da pesquisa.⁽³⁴⁾

A Assistência de Enfermagem, realizada sob a forma de Estágio Supervisionado (35%), inclui os conteúdos teórico-práticos da assistência de enfermagem individual e coletiva, voltada a crianças, adolescentes e adultos em situação clínica, cirúrgica, psiquiátrica, gineco-obstétricas e saúde coletiva. Por fim, a Administração e Assistência de Enfermagem (15%) inclui os conteúdos teóricos e práticos de administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.⁽³⁴⁾

É importante ressaltar que esse currículo gerou grande insatisfações entre os enfermeiros, especialmente em razão da falta das disciplinas educativas, pois o novo modelo deixou de considerar a função desses profissionais como educadores. Assim, os cursos de enfermagem devem abordar também essa dimensão no currículo, ainda que o faça parcialmente.⁽³⁶⁾

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, publicada no Diário Oficial da União, em 23 de dezembro de 1996, reproduziu a atribuição citada na Constituição Federal a respeito da responsabilidade da educação à família e ao Estado, já descrita na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1961. A LDB de 1996 incluiu novas responsabilidades para as Instituições de ensino superior (IES), a sociedade, os professores e os alunos, permitindo a formação de diferentes perfis profissionais, de modo a alcançar melhor adaptação ao mercado de trabalho, tendo as instituições liberdade para definir grande parte de seus currículos.⁽³⁵⁾

Historicamente, a enfermagem anseia por autonomia enquanto

profissão da área da saúde. Daí o esforço para adequar-se às determinações sociais e legais das políticas de saúde e educação. Um longo caminho. Apesar de o ensino da Enfermagem Moderna ter sido institucionalizado em 1923, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, sua consolidação efetivou-se somente em 1949, com a Lei nº 775, como resultado das pressões exercidas pela Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas.⁽³⁵⁾

Desde então, o curso tem se esforçado por desenvolver um corpo particular de conhecimentos, à procura de especificidade e autonomia. As teorias de enfermagem tenham representado uma tentativa nessa direção, ainda focalizam predominantemente a prática hospitalar e curativa, o combate às enfermidades e a recuperação do paciente. A ação coletiva de prevenção e a promoção da saúde dentro da perspectiva do ensino de enfermagem tem O olhar interdisciplinar que articula de forma efetiva e integrada saberes distintos e complementares. Faz com que a formação do estudante de enfermagem esteja atenta às necessidades dos usuários do SUS e das proposições dele.⁽³⁵⁾

Portanto, a despeito do progresso significativo alcançado no tocante à profissionalização, participação e, acima de tudo, postura política desse segmento, as mudanças surtiram resultado efetivo e a imagem da profissão evolui de uma perspectiva biomédica para uma perspectiva holística.⁽³⁶⁾

Outro ponto importante a ser considerado é a necessidade de investir mais na atuação voltada para a saúde coletiva, com modelo centrado no Sistema Único de Saúde (SUS). Profissionais bem formados podem reforçar mudanças na prática e representar um diferencial positivo na assistência prestada à sociedade brasileira dentro de um sistema que tem, por missão, oportunizar o acesso da população às ações de saúde preventiva, curativa ou de reabilitação.⁽²⁵⁾

1.3 A abordagem da habilidade empática no ensino

A literatura segmenta a abordagem da habilidade empática com estudantes de enfermagem segmentada em três grandes categorias: (i) a percepção acerca do cuidado; (ii) a reflexão sobre empatia e enfermagem; (iii) habilidade empática e as suas competências. O objetivo final é que o aluno termine a graduação apto para agir com efetividade, sobretudo junto ao paciente do SUS, seja pela assistência direta,

seja coordenando outras atividades.⁽³²⁾

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Enfermagem propõem as competências e habilidades a serem estudadas durante a graduação, a fim de levar o aluno a ampliar as habilidades empáticas que já aprendeu socialmente e a avançar, para além de suas experiências pessoais e modelos de comportamento. Para tanto, é forçoso adotar estratégias didáticas que o ensinem a exercer o cuidado empático e humanizado a partir de aspectos técnicos e científicos, de modo a ajustar seu entendimento sobre o cuidado em um enquadre profissional.⁽³⁶⁾

Esse compromisso inclui oferecer ao futuro profissional uma formação que o capacite também a lidar com toda a complexidade das relações com seus pares, para que os futuros enfermeiros sejam capazes de construir um ambiente de trabalho que permita a toda equipe atingir seus objetivos. Em outras palavras, a habilidade empática e suas competências devem ser aprendidas como conteúdo curricular. Para tanto, os docentes também devem adotar um comportamento empático, dando início a uma cadeia de humanização que inicia nele, passa pelos graduandos e termina nos enfermos.⁽³⁶⁾

Coloca-se, portanto, para o educador da graduação, a desafiadora missão de desenvolver estratégias de ensino que abranjam conhecimentos de neurociência, a fim de otimizar o processo de aprendizagem, no sentido de fomentar a valorização do sensível e do emocional, o que implica oferecer escuta ativa e acolhedora, para que os comportamentos aprendidos desde a infância e já cristalizados nessa fase da vida sejam revitalizados pelo aprendizado de novas competências socioeducativas e ético-políticas.^(34,36,37)

Outra grande barreira a ser transposta é a reinvenção do sistema de ensino em enfermagem, para que sua prática não seja tratada apenas como ciência biológica. Apesar de o aprendizado técnico ser fundamental, faz-se necessário inaugurar um novo olhar, que inclua o cuidado humanizado e a importância das relações humanas. Para tanto, os educadores precisam ouvir os alunos e, sem julgamentos, motivar sua reflexão com dinâmicas de sensibilização. Estudos demonstram que as artes criativas, os debates e outras estratégias de treinamento das habilidades de comunicação resultam no aumento dos níveis de empatia.⁽³⁴⁾

Outro recurso poderoso para aproximar o enfermeiro de sua futura realidade é o treinamento com simulação clínica, atualmente considerado um método

de ensino e de aprendizagem indispensável na formação desse profissional. A técnica consiste em teatralizar uma situação real de emergência, com o propósito de desenvolver habilidades técnicas, como raciocínio clínico, tomada de decisões, avaliação e controle da situação real. Dessa forma, o aluno exercita suas habilidades em um ambiente totalmente seguro para todos os protagonistas.⁽³⁴⁾

As simulações clínicas também prepararam o profissional para lidar com situações delicadas, que exigem uma tratativa individualizada, como a assistência à eliminação fisiológica, tão cotidiana na enfermagem e desafiadora tanto para o enfermo, que se vê vulnerável e exposto, quanto para o profissional, que precisa lidar com as mais diferentes reações que essa quebra de intimidade suscita.⁽³⁶⁾

1.4 OBJETIVOS

1. Mensurar os níveis de empatia dos estudantes de enfermagem em diferentes períodos da graduação, levando em consideração gênero
2. Avaliar os níveis de empatia dos estudantes de enfermagem;
3. Comparar a empatia dos estudantes ao longo dos diferentes períodos do curso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A empatia é uma capacidade social que se desenvolve durante a infância, tornando-se, entretanto, apta a ser aprendida durante a vida adulta. O ser humano empático é aquele capaz não só de compreender, de forma sensível, o sentimento do outro, mas também de demonstrar, com atitudes concretas, seu pleno entendimento.⁽³⁸⁾

A empatia desmembra-se em três componentes: o cognitivo (compreensão clara do cenário e dos sentimentos do outro, mesmo sem ter sofrido a mesma experiência); o afetivo (desejo em compreender e atender com bondade, simpatia e preocupação); e comportamental (manifestação de um conhecimento pleno do seu sentimento e sua visão).⁽³⁹⁾ Esse aspecto multidimensional explica as diferentes escalas e questionários desenvolvidos, para atender à análise dos aspectos relacionados ao construto da pesquisa e da prática em áreas como psicologia, medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, educação, entre outras.

Na área da saúde, essas quatro dimensões básicas correspondem à habilidade de imaginar os sentimentos do paciente (emocional), à motivação pessoal de ser empático (moral), à capacidade de identificar e entender as reações do paciente (cognitivo) e à competência de transmitir essa compreensão (comportamental).⁽³⁷⁾

No Brasil, a maneira como os profissionais de saúde interage com os pacientes ganhou destaque com a Política Nacional de Humanização, proposta com o intuito de modificar o atendimento desumanizado, estritamente biomédico e despersonalizado, ao qual a população era submetida. Hoje os princípios estipulados pelo SUS assumem a necessidade de criar um atendimento integral e equânime, o que representa um avanço, mesmo que esse objetivo ainda não seja uma realidade unânime.⁽³⁴⁾

Embora a enfermagem busque tornar-se cada vez mais eficaz, adotando a sistematização do cuidado,⁽³⁹⁾ há uma discrepância de expectativa entre o enfermeiro, o paciente e os familiares. Enquanto aquele concentra-se na excelência do tratamento dos distúrbios fisiológicos, esses desejam boa comunicação, pensamento crítico e sensibilidade.⁽²⁹⁾ Para Margaret Jean Watson, que desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano, não há cuidado efetivo sem relacionamento transpessoal, ou seja, sem que se transcenda tempo, espaço e matéria. Paciente e profissional devem

interagir em sintonia, como um único elemento, em favor da restauração da saúde e a empatia é a principal estratégia para satisfazer tal demanda.⁽²⁸⁾

Para alcançar todos esses objetivos, é necessário dispor de instrumentos capazes de avaliar o grau de empatia, dos estudantes. Para tanto, foram desenvolvidas diversas escalas,⁽³⁷⁾ dentre elas, a *Jefferson scale of physician empathy* (JSPE), inicialmente pensada para medir a empatia dos médicos e posteriormente adaptada para os estudantes das Ciências da Saúde.

Outro instrumento de pesquisa que se destaca pela sua perspectiva multidimensional e elementos afetivos e cognitivos é a escala *interpersonal reactivity index* (IRI), validada, para o Brasil, como escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI).⁽²⁶⁾ Por possuir um corpo teórico bem-organizado, ela tem sido utilizada como variável explicativa em vários estudos brasileiros que enfocam variáveis psicológicas e psicossociais.⁽³²⁾

Como já citado anteriormente, inúmeros estudos verificaram declínio nos escores da empatia durante o curso.⁽³³⁾ Segundo Hojat et al.⁽³⁷⁾ esse fenômeno inicia no terceiro ano da graduação médica, coincidindo, assim, com a fase em que os alunos começam as atividades práticas de cuidado. Ward et al.⁽²⁷⁾ também verificaram um declínio significativo de empatia entre os estudantes de enfermagem que tinham maior contato com os pacientes. Já Nunes et al.⁽⁴⁰⁾ avaliaram graduandos de cinco cursos da área da saúde: farmácia, enfermagem, medicina, odontologia e medicina veterinária, na Universidade de Trinidad e Tobago. Os resultados obtidos indicaram declínio nos escores de empatia após o primeiro ano de prática profissional.

Em congruência, Neumann et al.,⁽⁴¹⁾ tendo como objeto de estudo estudantes e residentes de Medicina, do período de 1990 a 2010, verificaram que a baixa da empatia ocorreu na fase da formação clínica, quando aumenta o contato com os pacientes. Ao mesmo tempo, Bratek et al.⁽⁴²⁾ concluíram que a educação médica raramente aumenta o nível de empatia. Esse resultado, porém, diverge de Quince et al.⁽⁴³⁾ que não encontraram redução da empatia nos estudantes do último ano de graduação em Medicina, quando comparados aos do início do curso.

De qualquer forma, um número significativo de estudos concorda que as formações acadêmicas falham em ampliar a capacidade empática e, em muitos casos, acabam por reduzi-la. Porém, o fato de sofrer alterações ao longo do tempo significa que a empatia pode ser ensinada.⁽³¹⁾ O grande questionamento é justamente

como fazê-lo.

Alguns estudos de Neurofisiologia^(39,40) defendem a possibilidade de estimular a empatia por meio do exemplo, apenas observando a ação de outra pessoa. Os neurônios espelho, que respondem espontânea e involuntariamente, ou seja, sem ativar a consciência, permitem o aprendizado por imitação, apenas pela percepção empática com as experiências da vida.^(44,45) Daí a importância de o professor ter atitudes exemplares no cenário do aprendizado prático, como forma de inspiração.

Todo atendimento humanizado beneficia pacientes e profissionais. Logo, é preciso entender quais mecanismos levam à redução da empatia detectada pelas pesquisas. Somente a partir dessa compreensão, será possível criar estratégias para ensinar o estudante a manter seu nível de empatia elevado e chegar ao mercado de trabalho munido não apenas do conteúdo teórico, mas também das habilidades emocionais.⁽³⁵⁾

Assim, dada à relevância da capacidade empática, o presente estudo tem o intuito de contribuir para essa discussão, avaliando os níveis de empatia entre estudantes de enfermagem.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo que utilizou recursos de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, comparativo e transversal.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), localizada no município de São Paulo.

O curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE) foi fundada em 1989, oferece curso de graduação em enfermagem há mais de 30 anos, com total 50 vagas semestrais. O nome da faculdade foi alterado em 2013 para FICSAE. Os alunos matriculados na referida faculdade, cursam a graduação no horário matutino. A FICSAE está inserida no Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), que constitui um dos quatro pilares da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), juntamente com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), a Medicina Diagnóstica Preventiva (MDP) e o Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS). Oferece cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, pós-graduação lato sensu em diversas especialidades na área da saúde e stricto sensu, com o Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem. O curso de Graduação em Enfermagem da FICSAE possui carga horária total de 4.210 horas, sendo que aproximadamente 30% dessas horas são destinadas às atividades práticas e estágios supervisionados. O currículo do curso de Graduação em Enfermagem foi reformulado a partir de 2016 de modo a integrar conteúdos de disciplinas entre os anos e entre os semestres letivos.

3.3 População e amostra

A amostra foi constituída por estudantes do primeiro ao último

semestre da graduação em enfermagem da faculdade pesquisada, sendo que amostra total foi composta por 169 alunos dos quatro anos de graduação da enfermagem, sendo que 58 (34,32%) do primeiro ano, 52 (30,77%) do segundo, 29 (17,16%) do terceiro e 30 (17,75%) do quarto ano.

A amostra foi composta pelos estudantes que atenderem os seguintes critérios de inclusão:

- Ser aluno regularmente matriculado no primeiro, segundo terceiro e quarto ano do curso de enfermagem;
- Concordarem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

E os critérios de exclusão adotados foram: estudantes menores de 18 anos.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um questionário de perfil sociodemográfico elaborado pelas autoras para caracterização da amostra, onde foram coletadas informações de sexo, idade, semestre da graduação, estado civil, filhos, religião, atividade profissional e quantidade de horas de atividades profissionais. (Apêndice 1).

Para mensurar a empatia, foi utilizada a escala IRI, desenvolvida por Mark H. Davis, em 1980, em razão da necessidade de uma proporção que espelhasse o modelo multidimensional da empatia e aceitasse uma avaliação independente dos comandos afetivos, comportamentais e cognitivos.⁽³¹⁾ Essa escala foi traduzida, adaptada e validada para a realidade brasileira em 2002, por Koller et al.⁽⁴³⁾ e foi chamada de EMRI.(Anexo 2)

Davis desenvolveu o instrumento em três etapas, com a finalidade de alcançar uma escala que pudesse capturar, separadamente, as variações individuais das reações emocionais, afetivas e cognitivas. O instrumento mostrou-se de grande confiabilidade, sendo capaz de detectar, de forma independente, as variações particulares dos diferentes conceitos ligados à concepção multidimensional da empatia, de modo a construir uma multiplicidade de “constelações de empatia”.⁽³⁸⁾

A EMRI engloba 21 itens objetivos, que precisam ser respondidos em uma escala de 5 pontos, onde (1 = baixa empatia e 5 = alta empatia). A EMRI

apresenta componentes para avaliação afetiva e cognitiva. Para tanto, apresenta três subescalas:

(i) Consideração empática (dimensão afetiva), cujo propósito é avaliar a motivação para ajudar outras pessoas (Itens 1, 3, 6, 10, 13, 15 e 17);

(ii) Tomada de perspectiva de outro (dimensão cognitiva), que avalia a habilidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, capacidade de imaginar o que o outro pensa ou sente (Itens 2, 5, 8, 11, 16, 19 e 21);

(iii) Angústia pessoal (dimensão afetiva), que mensura sensações subjetivas de incômodo ou ansiedade, desencadeadas quando o indivíduo se depara com situações tensas ou emergenciais (Itens 4, 7, 9, 12, 14, 18 e 20).

São 21 itens e cada subescala possui sete itens. Os itens 2, 3, 9, 10, 11 e 13 devem ser invertidos antes do cálculo do escore, que é composto pela soma dos valores dos itens (Anexo 2).

A EMRI original possui quatro subescalas. Entretanto, a quarta – a subescala Fantasia - que corresponde à tendência do respondedor de identificar-se com personagens - vem sendo excluída de diversos estudos, por inconformidade cultural. Sendo assim, a versão brasileira contempla apenas três subclasses: Tomada de perspectiva; Consideração Empática e Angústia pessoal, conforme esclarecem Koller et al.⁽⁴³⁾

3.5 Operacionalização da coleta e aspectos éticos

Os dados foram coletados pela primeira autora da pesquisa, após aprovação do projeto pelo Sistema de Gestão de Projetos de Pesquisa (SGPP 4534-20 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP 5.250.094o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), bem como, após a autorização do termo de anuência dos gestores responsáveis pelas áreas. (Anexos 3, 4)

A coleta de dados foi realizada de forma presencial. Durante o período de aulas que é matutino, em três dias consecutivos. (Anexo 5)

As pesquisadoras comprometeram-se a manter a confidencialidade sobre as informações coletadas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais, as Boas Práticas em Pesquisa Clínica e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e complementares de acordo

com a declaração de responsabilidade do pesquisador responsável e do pesquisador participante. Para garantir o sigilo das informações, somente a pesquisadora teve acesso às informações coletadas e os dados pessoais de cada participante. Ainda para evitar o risco de exposição e o anonimato, a pesquisadora comprometeu-se a não utilizar o nome ou qualquer outro dado que possa identificar os indivíduos em qualquer fase da pesquisa.(Anexo 6)

3.6 Análise de dados

Foram estabelecidas as relações entre a variável dependente que foi o grau de empatia, e as variáveis independentes, como gênero, idade, etnia, estado civil, filhos e número de filhos, religião e atividade profissional.

As variáveis foram descritas na amostra como um todo por frequências absolutas e relativas no caso das variáveis qualitativas e por médias e desvios padrão ou medianas e quartis no caso das variáveis quantitativas, a depender da distribuição amostral que foi estudada por gráficos *boxplots*, histogramas, gráficos de comparações de quantis e testes de normalidade.⁽⁴⁶⁾ Os valores mínimo e máximo na amostra foram apresentados para todas as variáveis quantitativas. Para avaliar as alterações dos níveis de empatia nos diferentes semestres, considerando ou não sexo e idade, foram utilizados modelos lineares ou modelo lineares generalizados,⁽⁴⁷⁾ a depender da distribuição amostral das subescalas e da escala global. Os resultados foram apresentados por médias estimadas, intervalos de confiança de 95% e valores-p para as comparações entre os períodos, além de medidas de efeito como razões de médias ou diferenças de médias.⁽⁴⁸⁾ As análises foram realizadas com o auxílio dos programas R e SPSS,^(49,50) e considerando nível de significância 5%.

4 RESULTADOS

A amostra total foi composta por 169 alunos dos quatro anos de graduação da enfermagem, sendo que 58 (34,32%) do primeiro ano, 52 (30,77%) do segundo, 29 (17,16%) do terceiro e 30 (17,75%) do quarto ano. A predominância do gênero feminino se destaca em todos os anos de graduação, correspondendo a 88,69% da amostra total. Entre outros destaques da amostra total, 89,35% são solteiros, 92,20% não têm filhos, 76,33% são da raça branca e 35,33% se declararam católicos. (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização da amostra – variáveis categóricas

Ano de graduação	1º ano n(%)	2º ano n(%)	3º ano n(%)	4º ano n(%)	Todos N(%)
Gênero					
Feminino	54 (93,10)	42 (80,77)	28 (96,55)	25 (86,21)	149 (88,69)
Masculino	4 (6,90)	10 (19,23)	1 (3,45)	4 (13,79)	19 (11,31)
Estado civil					
Casado	4 (6,90)	5 (9,62)	0 (0,00)	7 (23,33)	16 (9,47)
Divorciado	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (3,45)	0 (0,00)	1 (0,59)
Outro	1 (1,72)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,59)
Solteiro	53 (91,38)	47 (90,38)	28 (96,55)	23 (76,67)	151 (89,35)
Etnia					
Amarela	3 (5,17)	1 (1,92)	0 (0,00)	2 (6,67)	6 (3,55)
Branca	45 (77,59)	40 (76,92)	22 (75,86)	22 (73,33)	129 (76,33)
Negra	4 (6,90)	4 (7,69)	4 (13,79)	3 (10,00)	15 (8,88)
Parda	6 (10,34)	6 (11,54)	3 (10,34)	2 (6,67)	17 (10,06)
Não informada	0 (0,00)	1 (1,92)	0 (0,00)	1 (3,33)	2 (1,18)
Religião					
Adventista do Sétimo Dia	1 (1,72)	1 (1,92)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,20)
Ateu	4 (6,90)	7 (13,46)	5 (18,52)	0 (0,00)	16 (9,58)
Católica	18 (31,03)	22 (42,31)	6 (22,22)	13 (43,33)	59 (35,33)
Cristã	10 (17,24)	7 (13,46)	6 (22,22)	6 (20,00)	29 (17,37)
Espírita	5 (8,62)	4 (7,69)	2 (7,41)	4 (13,33)	15 (8,98)
Evangélica	6 (10,34)	4 (7,69)	4 (14,81)	4 (13,33)	18 (10,78)
Outra	12 (20,69)	7 (13,46)	2 (7,41)	3 (10,00)	24 (14,37)
Umbandista	2 (3,45)	0 (0,00)	2 (7,41)	0 (0,00)	4 (2,40)
Tem filhos					
Não	55 (94,83)	49 (94,23)	27 (93,10)	26 (86,67)	157 (92,90)
Sim	2 (3,45)	3 (5,77)	2 (6,90)	3 (10,00)	10 (5,92)
Não informado	1 (1,72)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (3,33)	2 (1,18)

Quanto às atividades profissionais desenvolvidas pelos alunos da amostra, aproximadamente metade (49,11%) exercem alguma atividade. Em relação às atividades oferecidas durante o curso de graduação, 8,28% fazem estágio extracurricular, 24,26% são monitores e 10,65% são técnicos em enfermagem. Além

disso, 7,69% exercem outros tipos de trabalho. A tabela 2 apresenta também as comparações entre os anos de graduação em relação a essas atividades mencionadas acima. Existem diferenças significantes entre os anos de graduação para as variáveis ‘Exerce atualmente alguma atividade profissional’ (valor-p=0,000), ‘Estágio extracurricular’ (valor-p=0,000) e ‘Monitoria’ (valor-p=0,007). Como era esperado, a porcentagem de alunos que exerce alguma atividade profissional ou que faz estágio extracurricular vai crescendo significativamente conforme o ano de graduação aumenta. Já para a atividade Monitoria, a porcentagem de participantes aumenta até o terceiro ano e depois diminui.⁽⁵¹⁾

Tabela 2. Atividade profissional e/ou acadêmica

Ano de graduaçx'ão	1º ano n(%)	2º ano n(%)	3º ano n(%)	4º ano n(%)	Todos N(%)	Valor-p*
Exerce atualmente alguma atividade profissional						
Não	42 (72,41)	25 (48,08)	11 (37,93)	8 (26,67)	86 (50,89)	0,000
Sim	16 (27,59)	27 (51,92)	18 (62,07)	22 (73,33)	83 (49,11)	
Estágio extracurricular						
Não	58(100,00)	51(98,08)	28(96,55)	18(60,00)	155(91,72)	0,000
Sim	0(0,00)	1(1,92)	1(3,45)	12(40,00)	14(8,28)	
Monitoria						
Não	48(82,76)	37(71,15)	16(55,17)	27(90,00)	128(75,74)	0,007
Sim	10(17,24)	15(28,85)	13(44,83)	3(10,00)	41(24,26)	
Técnico de enfermagem						
Não	56(96,55)	46(88,46)	25(86,21)	24(80,00)	151(89,35)	0,100
Sim	2(3,45)	6(11,54)	4(13,79)	6(20,00)	18(10,65)	
Outros trabalhos						
Não	54(93,10)	47(90,38)	26(89,66)	29(96,67)	156(92,31)	0,703
Sim	4(6,90)	5(9,62)	3(10,34)	1(3,33)	13(7,69)	

* Teste Qui-quadrado

Em relação às idades, a tabela 3 mostra que a idade média é 22 anos (DP=5,79 anos) sendo o menor valor 17 anos e o maior valor 52 anos. O número de filhos variou de 0 a 6 filhos e o tempo de trabalho variou de 0 a 11 anos. Os resultados por ano de graduação dessas três variáveis estão na tabela 4

Tabela 3. Caracterização da amostra – variáveis quantitativas

Variável	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Idade	167	22,06	5,79	17	19	21	23	52
Nº de Filhos	168	0,11	0,57	0	0	0	0	6
Tempo de trabalho	169	1,03	2,14	0	0	0	1	11

Tabela 4. Variáveis quantitativas por ano de graduação

Variável	Ano de graduação	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Idade	1	57	20,33	6,70	0	18,00	19	20,50	52
	2	51	21,94	4,96	18	19,00	20	22,00	42
	3	29	21,90	2,69	19	20,00	21	22,50	30
	4	30	25,70	6,03	20	21,75	23	27,75	41
Nº de filhos	1	58	0,05	0,29	0	0,00	0	0,00	2
	2	51	0,18	0,88	0	0,00	0	0,00	6
	3	29	0,10	0,41	0	0,00	0	0,00	2
	4	30	0,13	0,43	0	0,00	0	0,00	2
Tempo de trabalho	1	58	0,33	1,25	0	0,00	0	0,00	7
	2	52	1,15	2,50	0	0,00	0	1,00	11
	3	29	0,88	1,27	0	0,00	0	1,70	4
	4	30	2,30	2,87	0	0,00	1	3,00	10

Considerando a amostra total, os scores das três sub escalas do instrumento EMRI e score de empatia obtido com o mesmo instrumento, encontram-se na tabela 5. O score de cada uma das três sub escalas (Consideração empática, tomada de perspectiva e Angústia pessoal) corresponde a soma dos pontos dos sete itens do instrumento de coleta que compõe cada sub escala e, portanto, variam de no mínimo 7 pontos até 35 pontos, no máximo. Já o score de empatia é a soma dos 21 itens do instrumento EMRI e varia de 21 a 105 pontos.

Os escores das subescalas Consideração Empática e Tomada de Perspectiva foram mais altos do que o score da subescala de Angústia Pessoal.

Tabela 5. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal para a amostra total

Variável	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	P25	Mediana	P75	Máximo
Consideração Empática	169	27,93	4,34	16	25,50	28	32	35
Tomada de Perspectiva	169	26,85	4,53	14	24,00	27	31	35
Angústia pessoal	169	18,92	4,45	8	16,00	19	22	32
Score empatia	169	73,70	8,44	48	67,50	74	80	93

A descrição dos resultados (valor mínimo, P25, mediana, P75 e valor máximo) de cada um dos itens de cada sub escala é mostrada nas figuras 1, 2 e 3, nos gráficos Boxplot.⁽⁵²⁾ O valor numérico exibido dentro do intervalo interquartil (P25 até P75) corresponde ao score médio de cada item. Nota-se que na sub escala Angústia pessoal (Figura 3), todos os itens têm o percentil 75 (P75) igual ou inferior a quatro pontos, enquanto nas outras duas sub escalas (Consideração empática e Tomada de

perspectiva) o P75 coincide com o valor máximo de cinco pontos, com exceção do item 19 na sub escala Tomada de perspectiva.

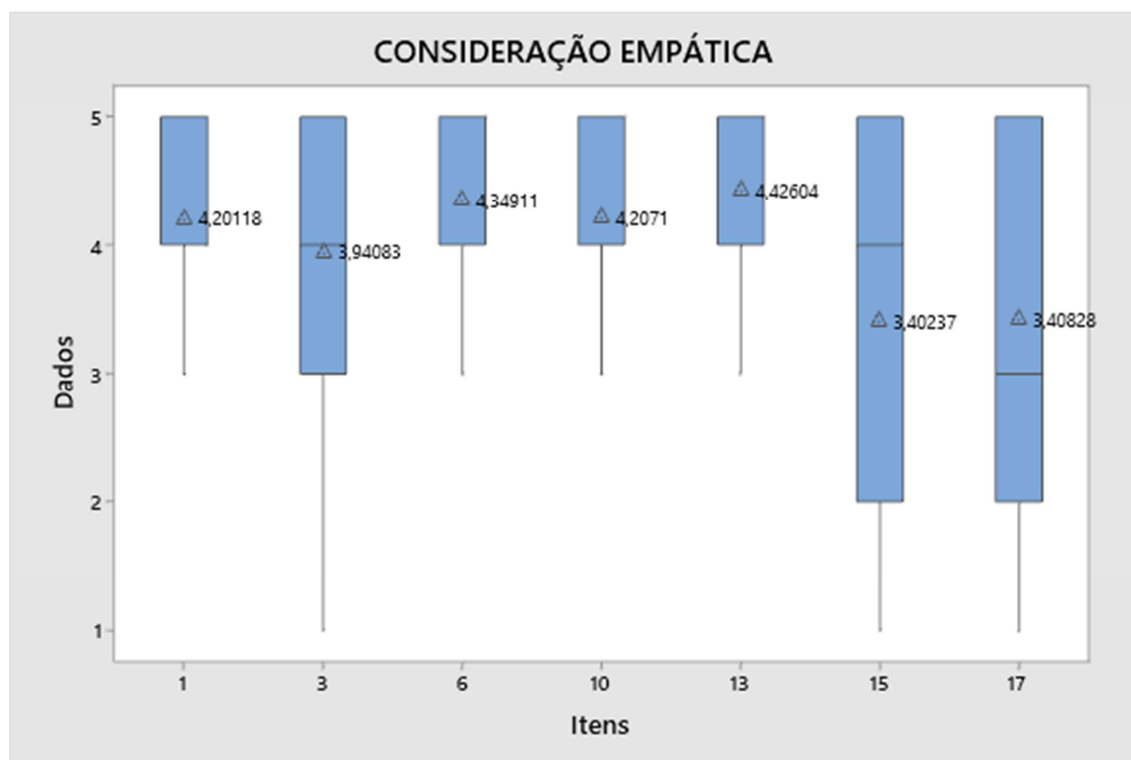


Figura 1. Resultados por item da subescala consideração empática

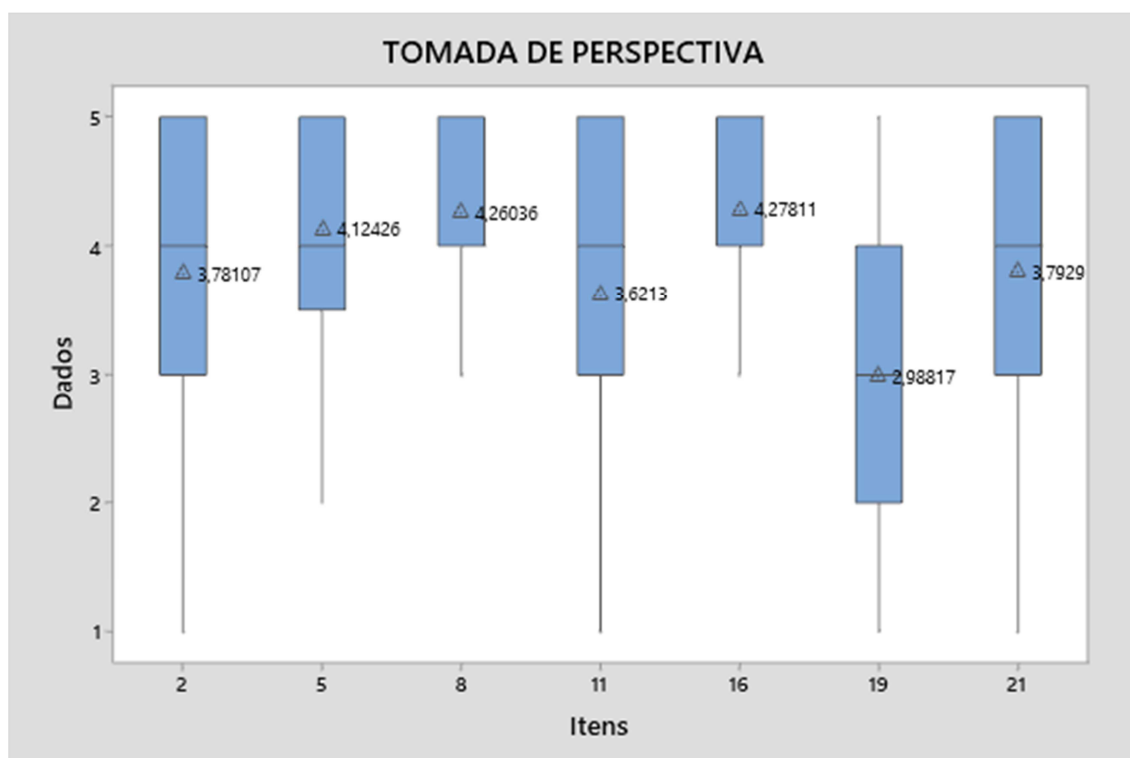


Figura 2. Resultados por item da subescala tomada de perspectiva

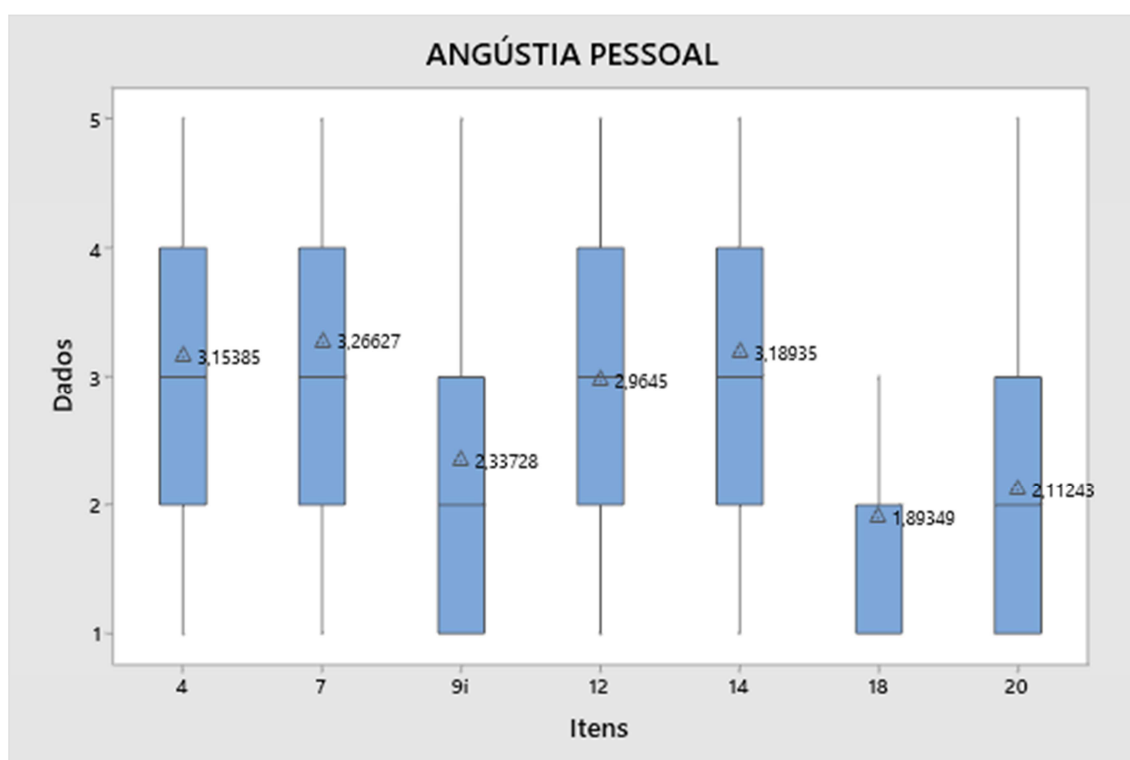


Figura 3. Resultados por item da subescala angústia pessoal

As três sub escalas foram comparadas em relação à variável gênero. O teste estatístico acusou diferença significativa entre os gêneros apenas para a sub

escala Consideração empática (valor- $p=0,002$). Portanto, nessa sub escala, o score médio do gênero feminino é maior que o do masculino (Tabela 6).

Tabela 6. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal de acordo com o gênero

Variável	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Mín	P25	Mediana	P75	Máx	Valor-p*
Consideração empática	Fem	149	28,36	4,10	17	26,00	29,00	32,00	35	0,002
	Masc	18	24,78	4,93	16	21,00	24,50	31,00	32	
Tomada de perspectiva	Fem	149	26,70	4,58	14	24,00	27,00	30,00	35	0,358
	Masc	18	27,83	4,19	19	24,75	28,00	31,00	35	
Angústia pessoal	Fem	149	19,02	4,37	8	16,00	19,00	22,00	32	0,357
	Masc	18	18,17	5,24	10	13,75	18,50	20,00	31	
Score empatia	Fem	149	74,08	8,38	48	68,50	75,00	80,00	93	0,116
	Masc	18	70,78	8,36	54	64,75	69,00	78,50	85	

*Teste Mann Whitney

Na tabela 7, a comparação foi entre as sub escalas e a variável ano de graduação. Nas três sub escalas e também o score de empatia, não apareceu relação significativa com o ano de graduação do aluno (valor- $p>0,05$). Vale ressaltar que nas três sub escalas, apesar de não significante, o menor score aparece no quarto ano de graduação.

Tabela 7. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal por ano de graduação

Variável	Ano de graduação	N	Média	Desvio padrão	Mín	P25	Mediana	P75	Máx	Valor p*
Consideração empática	1	57	28,00	4,09	16	26,00	29,00	31,00	35	0,655
	2	52	28,48	4,40	17	24,25	30,00	32,00	34	
	3	29	27,62	4,31	19	25,00	27,00	31,00	35	
	4	30	27,43	4,67	17	25,25	28,00	31,25	35	
Tomada de perspectiva	1	57	26,70	4,38	14	25,00	27,00	30,00	33	0,586
	2	52	27,40	4,67	17	24,00	28,00	31,75	35	
	3	29	26,97	4,50	17	23,00	28,00	31,00	35	
	4	30	26,07	4,76	14	22,75	25,50	30,00	35	
Angústia pessoal	1	57	19,44	4,11	12	16,00	19,00	22,00	32	0,399
	2	52	18,44	4,18	10	15,25	18,00	21,00	27	
	3	29	19,83	5,67	8	16,00	20,00	24,00	31	
	4	30	18,00	4,13	10	15,00	18,00	21,00	26	
Score empatia	1	57	74,14	9,19	48	68,50	75,00	81,00	93	0,427
	2	52	74,33	8,30	56	69,00	75,00	80,00	89	
	3	29	74,41	7,38	61	68,50	73,00	80,50	89	
	4	30	71,50	7,99	54	65,25	72,00	79,00	84	

* Teste de Kruskal Wallis

A comparação entre os anos de graduação, fazendo a separação por gênero, é apresentada na tabela 8. Tanto para o gênero feminino quanto para o masculino, nenhuma sub escala apresentou diferenças significativas entre os anos de graduação (valor- $p > 0,05$). Esse resultado já era esperado, considerando-se os resultados da tabela 7, que já evidenciaram essa equivalência entre os anos de graduação.

Tabela 8. Comparações entre os anos de graduação por gênero e a escala multidimensional de reatividade interpessoal

Variável	Ano de graduação	N	Média	Desvio padrão	Mín	P25	Med	P75	Máx	Valor p*
Gênero feminino										
Consideração empática	1	54	28,20	3,83	18	26,00	29,00	31,25	35	0,347
	2	42	29,19	4,15	17	26,75	30,50	32,25	34	
	3	28	27,82	4,25	19	25,25	27,00	31,00	35	
	4	25	27,92	4,41	17	26,00	28,00	32,00	35	
Tomada de perspectiva	1	54	26,63	4,46	14	24,75	27,00	30,00	33	0,863
	2	42	26,98	4,65	17	23,75	28,00	30,50	35	
	3	28	26,96	4,58	17	23,00	28,00	31,00	35	
	4	25	26,08	4,92	14	22,50	26,00	30,00	35	
Angústia pessoal	1	54	19,48	4,21	12	16,00	19,00	22,00	32	0,546
	2	42	18,81	3,92	11	16,00	18,00	21,25	27	
	3	28	19,43	5,34	8	16,00	19,50	23,75	31	
	4	25	17,92	4,28	10	15,00	18,00	21,50	26	
Score empatia	1	54	74,31	9,23	48	68,75	75,00	81,00	93	0,402
	2	42	74,98	8,49	56	69,75	77,00	80,25	89	
	3	28	74,21	7,43	61	68,25	72,50	80,50	89	
	4	25	71,92	7,25	60	66,00	73,00	78,00	84	
Gênero masculino										
Consideração empática	1	3	24,33	7,64	16	16,00	26,00	31,00	31	0,895
	2	10	25,50	4,35	21	21,75	24,50	31,00	32	
	3	1	22,00	*	22	*	22,00	*	22	
	4	4	24,00	6,06	18	18,50	23,50	30,00	31	
Tomada de perspectiva	1	3	28,00	3,00	25	25,00	28,00	31,00	31	0,205
	2	10	29,20	4,57	19	27,25	30,50	32,25	35	
	3	1	27,00	*	27	*	27,00	*	27	
	4	4	24,50	3,11	22	22,25	23,50	27,75	29	
Angústia pessoal	1	3	18,66	1,528	17	17,00	19,00	20,00	20	0,298
	2	10	16,90	5,11	10	13,00	16,00	20,00	27	
	3	1	31,00	*	31	*	31,00	*	31	
	4	4	17,75	3,86	12	13,75	19,50	20,00	20	
Score empatia	1	3	71,00	9,54	60	60,00	76,00	77,00	77	0,531
	2	10	71,60	7,21	64	66,50	68,00	78,50	85	
	3	1	80,00	*	80	*	80,00	*	80	
	4	4	66,25	11,03	54	56,00	65,50	77,25	80	

*Teste Kruskal- Wallis

Fazendo a separação por ano de graduação, a comparação entre os gêneros mostrou que a diferença significativa, apontada na tabela 6, na sub escala Consideração empática, apareceu no segundo ano de graduação (valor-p=0,012). O escore médio do gênero feminino é maior que o do masculino. Nas outras sub escalas e no escore de empatia não há diferenças entre os gêneros. Para o terceiro ano de graduação não foi possível fazer as comparações porque há apenas um aluno de gênero masculino (Tabela 9).

Tabela 9. Escores de empatia obtidos por meio da escala multidimensional de reatividade interpessoal nas comparações entre os gêneros por ano de graduação

Variável	Gênero	N	Média	Desvio padrão	Mín	P25	Med	P75	Máx	Valor p*
Primeiro ano de graduação										
Consideração empática	Fem	54	28,20	3,83	18	26,00	29	31,25	35	0,323
	Masc	3	24,33	7,64	16	16,00	26	31,00	31	
Tomada de perspectiva	Fem	54	26,63	4,45	14	24,75	27	30,00	33	0,706
	Masc	3	28,00	3,00	25	25,00	28	31,00	31	
Angústia pessoal	Fem	54	19,48	4,21	12	16,00	19	22,00	32	0,760
	Masc	3	18,67	1,53	17	17,00	19	20,00	20	
Score empatia	Fem	54	74,31	9,23	48	68,75	75	81,00	93	0,520
	Masc	3	71,00	9,54	60	60,00	76	77,00	77	
Segundo ano de graduação										
Consideração empática	Fem	42	29,19	4,15	17	26,75	30,50	32,25	34	0,012
	Masc	10	25,50	4,35	21	21,75	24,50	31,00	32	
Tomada de perspectiva	Fem	42	26,98	4,65	17	23,75	28,00	30,50	35	0,145
	Masc	10	29,20	4,57	19	27,25	30,50	32,25	35	
Angústia pessoal	Fem	42	18,81	3,92	11	16,00	18,00	21,25	27	0,169
	Masc	10	16,90	5,11	10	13,00	16,00	20,00	27	
Score empatia	Fem	42	74,98	8,49	56	69,75	77,00	80,25	89	0,137
	Masc	10	71,60	7,21	64	66,50	68,00	78,50	85	
Terceiro ano de graduação										
Consideração empática	Fem	28	27,82	4,25	19	25,25	27,00	31,00	35	-
	Masc	1	22,00	*	22	*	22,00	*	22	
Tomada de perspectiva	Fem	28	26,96	4,58	17	23,00	28,00	31,00	35	-
	Masc	1	27,00	*	27	*	27,00	*	27	
Angústia pessoal	Fem	28	19,43	5,34	8	16,00	19,50	23,75	31	-
	Masc	1	31,00	*	31	*	31,00	*	31	
Score empatia	Fem	28	74,21	7,43	61	68,25	72,50	80,50	89	-
	Masc	1	80,00	*	80	*	80,00	*	80	
Quarto ano de graduação										
Sub Esc 1	Fem	25	27,92	4,42	17	26,00	28,00	32,00	35	0,192
	Masc	4	24,00	6,06	18	18,50	23,50	30,00	31	
Tomada de perspectiva	Fem	25	26,08	4,92	14	22,50	26,00	30,00	35	0,466
	Masc	4	24,50	3,11	22	22,25	23,50	27,75	29	
Angústia pessoal	Fem	25	17,92	4,28	10	15,00	18,00	21,50	26	0,924
	Masc	4	17,75	3,86	12	13,75	19,50	20,00	20	
Score empatia	Fem	25	71,92	7,25	60	66,00	73,00	78,00	84	0,311
	Masc	4	66,25	11,03	54	56,00	65,50	77,25	80	

*Teste Mann Whitney

5 DISCUSSÃO

A humanização no contato pessoal é necessária em qualquer atividade profissional que envolva interação. Porém, na área da saúde, esse atributo é uma das condições básicas para o sucesso do tratamento. Quando um profissional da saúde não tem desenvolvida a capacidade de compreender a situação do paciente, nem suas perspectivas e sentimentos, a comunicação entre eles fica travada, deixando as duas partes insatisfeitas ou exasperadas.⁽¹⁷⁾

A predominância do gênero feminino se destaca em todos os anos de graduação, correspondendo a 88,69% da amostra total. Isso corrobora com os resultados de pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que indicam que no Brasil, mais de 80% dos profissionais de enfermagem são mulheres.^(34,53)

No presente estudo, os estudantes de enfermagem obtiveram médias de 27,93 em Consideração Empática, média 26,85 em Tomada de Perspectiva e média 18,92 em Angústia Pessoal. Tais médias se mostraram mais altas das que as obtidas em estudo realizado com estudantes de medicina.⁽³⁵⁾ Por outro lado as médias apresentadas no presente estudo estão de acordo com os resultados obtidos em pesquisa realizada com 284 estudantes de enfermagem de 5 universidades estaduais paranaense onde foi aplicado a mesma escala para mensurar o nível de empatia.⁽⁴⁾

Quanto ao score geral de empatia apresentado pelos estudantes de enfermagem, este foi acima da média, o que está de acordo com estudo realizado com o objetivo de mensurar os níveis de empatia dos alunos do curso de uma universidade pública no Brasil¹⁾ Segundo os estudos, os alunos da área da saúde apresentam escore de empatia superior aos da engenharia e da arquitetura⁽³⁵⁾ constatação que confirma os dados já existentes na literatura.

Na presente pesquisa, foi utilizada a EMRI que através de três sub escalas avalia a dimensão cognitiva da empatia através da subescala Tomada de Perspectiva e a dimensão afetiva através das subescalas Angústia Pessoal e Consideração Empática. A Tomada de Perspectiva corresponde à capacidade do indivíduo de se colocar no lugar de outras pessoas, adotando o seu ponto de vista. A Angústia Pessoal se refere a um tipo de sentimento empático experienciado no *self* como uma experiência negativa que causa incômodo e desconforto na própria

pessoa, quando ela se depara com a angústia ou adversidade de outrem. Por fim, a Consideração Empática é definida como um tipo de sentimento que movimenta o indivíduo a se comprometer em ações para diminuir a condição que causa sofrimento ou dor na pessoa por quem o indivíduo sente empatia.⁽⁴³⁾

O bom nível do score de empatia apresentado pelos estudantes de enfermagem na presente pesquisa pode estar relacionado às metodologias ativas nas atividades acadêmicas oferecidas pela instituição onde estes cursam a graduação, como também a participação dos estudantes em atividades de Simulação Realística com temas relacionados à humanização do atendimento ao paciente e familiar. A habilidade de comunicação é amplamente trabalhada neste tipo de atividade, pois oferece ao aluno uma situação prática que torna muito mais clara a necessidade de o profissional da saúde desenvolver noção de alteridade e usá-la na observação do paciente atendido, em uma escuta ativa, habilidades essenciais para que se estabeleça a empatia.⁽³⁴⁾

Estudo aponta que maiores escores na Consideração Empática e na Tomada de Decisão, juntamente com os menores escores na Angústia Pessoal, corroboram a ideia de que profissionais empáticos apresentam menores níveis de estresse e sofrem menos de depressão e da Síndrome de Burnout.⁽⁵⁴⁾ A capacidade de acolhimento depende muito do nível de resiliência à frustração e da tolerância às idiossincrasias biopsicossociais. Quando existe compreensão interpessoal para aceitar a existência da alteridade como condição normal da vida, a irritação diminui e o inesperado torna-se um jogo de flexibilidade, usado para lidar melhor com as pressões e os desafios diários da profissão.^(55,56)

Em relação à comparação dos níveis de empatia dos estudantes de enfermagem levando em consideração o gênero, as três sub escalas foram comparadas e o teste estatístico acusou diferença significativa entre os gêneros apenas para a sub escala Consideração Empática.⁽⁵⁷⁾ Portanto, nesta sub escala, o score médio do gênero feminino foi maior que o do masculino. Na literatura existem resultados semelhantes em uma pesquisa realizada com alunos da graduação de medicina nos quais as diferenças de escore em relação ao gênero aparece nas subescalas Consideração Empática e Angústia Pessoal, com maiores escores para o grupo do sexo feminino.⁽⁵⁸⁾

Na literatura verificam-se estudos nos quais as pessoas do gênero feminino se apresentam mais emocionais em suas ações enquanto o gênero masculino toma suas atitudes de forma mais racional. Tal dado aponta para o fato das mulheres parecerem ter maiores respostas emocionais, pensarem mais a respeito do sofrimento do outro, reconhecerem melhor as emoções, apresentarem alteridade.⁽³²⁾

Na comparação entre os anos de graduação, fazendo a separação por gênero, tanto para o gênero feminino quanto para o masculino, nenhuma sub escala apresentou diferenças significativas entre os anos de graduação.

Fazendo a separação por ano de graduação, a comparação entre os gêneros mostrou que a diferença significativa na sub escala Consideração Empática, apareceu no segundo ano de graduação. O escore médio do gênero feminino é maior que o do masculino. Nas outras sub escalas e no escore geral de empatia não há diferenças entre os gêneros.

Este resultado poderia ser associado ao formato de educação dada as meninas, no qual a socialização é estimulada favorecendo habilidades nas relações interpessoais e maior expressão de afetos. Ou seja, a habilidade para o compartilhar os sentimentos e compreensão das emoções dos outros seriam características associadas ao papel social feminino, mais do que ao estereótipo do papel masculino.⁽⁴⁹⁾

As diferenças morfológicas do cérebro seriam responsáveis pela maior facilidade das mulheres em reconhecer e expressar emoções,⁽²²⁾ mas a literatura também correlaciona a diferença empática entre gêneros como uma influência cultural, considerando que o papel da mulher sempre foi associado ao cuidado, o que abre, para ela, mais espaço para entrar em contato e expressar seus afetos.⁽²⁵⁾

Na comparação dos níveis de empatia e a variável ano de graduação. Nas três sub escalas e no score geral de empatia, não apareceu relação significativa com o ano de graduação do aluno. Vale ressaltar que nas três sub escalas, apesar de não significante, o menor score aparece no quarto ano de graduação.

Em uma pesquisa realizada, na Suécia, com estudantes de enfermagem do segundo e último semestre e estudantes de mestrado, alunos do sexto semestre obtiveram maior escore de empatia do que os demais.⁽⁵⁷⁾

Na Colômbia uma pesquisa foi realizada com 489 estudantes da graduação de enfermagem, do primeiro ao quarto anos, os dados apontaram que a média do escore de empatia se manteve sem alteração significativa, denotando um pequeno aumento em escores dos alunos do quarto ano.⁽⁵⁹⁾

Na Espanha foi realizado um estudo para mensuração dos níveis de empatia dos estudantes da graduação de enfermagem e abrangeu todos os alunos de todos os anos o estudo mostrou que existiu uma progressiva queda nos níveis de empatia com os alunos do primeiro ano com escore maiores quando comparados com os demais alunos de todos os outros anos. O estudo apontou ainda uma queda progressiva conforme os alunos avançavam para outros períodos do curso.⁽⁵⁹⁾ Esta pesquisa diferiu do presente estudo pois a diminuição da empatia foi observada somente nos estudantes do quarto ano e não foi estatisticamente significativa. Mas pode-se considerar que tal resultado seria preocupante na medida que estes alunos estão próximos do momento de conclusão do curso e entrada no mercado de trabalho.

Um estudo realizado mostrou que a tutoria dos alunos para aumentar a empatia quando realizada entre pares alcança melhores resultados.⁽²²⁾ Considerando essa observação, seria interessante estabelecer práticas interativas como essa nos cursos de enfermagem a partir do terceiro ano. A manutenção contínua do exercício de trocas significativas durante a formação do enfermeiro certamente fortalece os laços empáticos entre os elementos do grupo justamente no momento em que estes estão lidando diretamente com a realidade do atendimento e precisam de apoio.

Assim como em outro estudo realizado com estudantes de enfermagem, os resultados do presente estudo também evidenciaram que os sujeitos da presente pesquisa apresentaram escores acima da média, o que denota a manutenção da função empática durante a graduação.⁽⁵⁵⁾

Os principais resultados encontrados na pesquisa apontam para alguns desafios a serem enfrentados, no que diz a respeito à formação dos estudantes de enfermagem, no que toca aos esforços ainda necessários para que a empatia cresça e mantenha-se ao longo de todo curso e na vida profissional, como resultado de um esforço pedagógico organizado de instrumentalização.

De qualquer forma, um número significativo de publicações reconhece a importância da empatia na prática da enfermagem, cujo cerne é a

dedicação e o cuidado. Não há, portanto, como não investir nesses aspectos e introduzi-los no ensino e na prática desde a graduação, com experiências pedagógicas que possibilitem desenvolver a empatia.

A escala EMRI, comumente utilizada para avaliar a empatia em estudantes e profissionais da área de saúde, não indicou grandes diferenças ao longo dos anos de graduação. Certamente, este estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho da amostra, a redução da quantidade de participantes ao longo da progressão dos anos de graduação e o número reduzido de representantes do sexo masculino. Portanto, são necessárias mais investigações, para identificar até que ponto o ensino de empatia tem sido realmente relevante e quais estratégias educacionais renderam resultados positivos.

6 CONCLUSÕES

1. A amostra total foi composta por 169 alunos dos quatro anos de graduação da enfermagem, sendo que 58 (34,32%) do primeiro ano, 52 (30,77%) do segundo, 29 (17,16%) do terceiro e 30 (17,75%) do quarto ano. A idade média foi de 22 anos (DP=5,79 anos), 88,69% eram do gênero feminino, 89,35% eram solteiros, 92,20% não tinham filhos.

2. Quanto às atividades profissionais desenvolvidas pelos estudantes, quase a metade (49,11%) exerciam alguma atividade. Sendo que 8,28% dos estudantes faziam estágio extracurricular, 24,26% eram monitores e 10,65% são técnicos em enfermagem.

3. Na avaliação os níveis de empatia na amostra total dos estudantes de enfermagem, os escores das subescalas Consideração Empática e Tomada de Perspectiva foram mais altos do que o score da subescala de Angústia Pessoal.

4. Na comparação dos níveis de empatia dos estudantes de enfermagem levando em consideração gênero, houve diferença significativa entre os gêneros apenas para a sub escala Consideração empática. Portanto, nessa sub escala, o score médio do gênero feminino é maior que o do masculino.

5. Na comparação dos níveis de empatia dos estudantes de enfermagem em diferentes períodos da graduação, nas três sub escalas e também no score de empatia, não apareceu relação significativa com o ano de graduação do aluno. Vale ressaltar que nas três sub escalas, apesar de não significante, o menor score aparece no quarto ano de graduação.

6. Na comparação entre os anos de graduação, fazendo a separação por gênero nenhuma sub escala apresentou diferenças significativas entre os anos de graduação. Fazendo a separação por ano de graduação, a comparação entre os gêneros mostrou que a diferença significativa, na sub escala Consideração Empática, apareceu no segundo ano de graduação. O escore médio do gênero feminino é maior que o do masculino.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de que a empatia faz parte do tratamento e do cuidado, tanto quanto os conhecimentos técnicos e científicos; e de que a conduta humanizada, é passível de ser aprendida, como qualquer outro conteúdo, têm levado as instituições responsáveis pela formação profissional em saúde a empenhar-se para incluir essa dimensão nos cursos dos futuros profissionais, criando um repertório de práticas pedagógicas. Nesse contexto, a Escala multidimensional de reatividade interpessoal mostra-se útil como instrumento para avaliar as intervenções (antes e após) dos profissionais e dos estudantes da graduação e da educação continuada, fornecendo subsídios para as instituições e os educadores adequarem suas estratégias. A escuta dos pacientes, dos pares e dos professores possibilita a aprendizagem da relação empática e promove experiências relacionais produtoras e o desenvolvimento da empatia nos alunos, nos professores e na própria instituição.

8 ANEXOS



Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página 1 de 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pacientes com idade $\geq$ 18 anos

Introdução

Você foi convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: “Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”. Se você decidir fazer parte dele, precisará saber das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este documento esclarece sobre o estudo que você deseja participar. Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é voluntária e você pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o seu tratamento.

O objetivo dessa pesquisa é: Comparar os níveis de empatia dos estudantes de enfermagem em diferentes períodos da graduação.

Procedimentos realizados neste protocolo

A coleta de dados será realizada de forma eletrônica, na qual iremos enviar num primeiro momento o termo de consentimento via e-mail aos alunos. Logo, aqueles que preencherem o termo receberão automaticamente o questionário de perfil sociodemográfico e a escala para serem respondidas.



PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página 2 de 6

Riscos e inconveniências

Em relação aos riscos de sua participação nessa pesquisa, a escala pode conter questões que são sensíveis por natureza. Você pode recusar a responder quaisquer questões que façam você se sentir desconfortável. Se você tiver preocupações depois de responder a escala, você é encorajado a contatar o responsável pelo estudo. Além disso, somente os pesquisadores terão acesso a informações e dados pessoais. Para minimizar o risco de exposição e garantir seu anonimato, os pesquisadores comprometem-se a não utilizar seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo em qualquer fase da pesquisa. Não existem outros riscos relacionados à sua participação no projeto.

Benefício

Os sujeitos da pesquisa que apresentarem baixo escore Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) serão encaminhados para o Serviço de Apoio Psicológico ao Estudante da faculdade, onde poderão realizar uma avaliação psicológica e obter os encaminhamentos necessários. Será encaminhado aos alunos uma data em que estes poderão entrar em contato com os pesquisadores e obterem os resultados da avaliação de empatia.



PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página 3 de 6

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Ao assinar este termo você não abre mão de nenhum direito legal.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificará em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Os seus dados também poderão ser compartilhados com os seguintes grupos / pessoas associadas a este estudo de pesquisa ou envolvidos na revisão de pesquisas: outros funcionários da equipe de pesquisa do Pesquisador.

Responsável, equipe do Centro de Pesquisa Clínica, o Comitê de Ética em Pesquisa e o Departamento Jurídico; e também os representantes do governo ou agências federais, quando exigido por lei. Caso surjam novas informações que possam ser importantes à sua decisão de continuar na pesquisa, você ou seu representante legal serão informados assim que os dados estejam disponíveis.



PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página 4 de 6

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função é o de aprovar os estudos envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante (direito a informação clara, relacionado a custos, acompanhamento médico e hospitalar em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa, confidencialidade de dados, acesso a resultados), entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no telefone 11 2151 3729/ FAX 11 2151-0273/ e-mail cep@einstein.br

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com a autora responsável pela condução do estudo, Profa. Dra. Ruth Beresin – ruthberesin@einstein.br telefone: (11) 98383 – 7211 e orientanda Giselda Lopes Aquino – gisa253@hotmail.com telefone: (11) 96615 6742.

Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou formulário identificado como “fale conosco” disponível na página da pesquisa clínica ou pessoalmente.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo ao qual serei submetido. Receberei uma via assinada e datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página **5** de **6**

Nome Completo do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa Data: ____/____/____

Nome completo e legível do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável Data: ____/____/____



PROTOCOLO DE PESQUISA

“Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Ruth Beresin

Página 6 de 6

_____ Nome completo do representante legal _____ Data: ____/____/____ Assinatura do representante legal _____ Relação do representante legal com o paciente

_____ Nome completo da testemunha imparcial Para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. _____ Data: ____/____/____ Assinatura da testemunha imparcial

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁶⁰⁾

Anexo 2. Escala multidimensional de reatividade interpessoal

Para cada item, indique quanto o seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala com gradação de **1 a 5**.

Sendo **(1) Não me descreve muito bem** até **(5) sendo descreve-me muito bem**.

ITENS

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

Fonte: Koller SH, Camino C, Ribeiro J, Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. Estud Psicol. 2001;18(3):43-53.⁽²⁾

Anexo 3. Termo de Anuência dos Gestores de Área

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RUTH BERESIN

TÍTULO DO PROJETO: “Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

VIGÊNCIA: agosto de 2020 a abril de 2022.

Nós, abaixo assinados, declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, cujos participantes têm a nossa anuência em desenvolver as atividades descritas no projeto, pertinentes à nossa área de gestão, em conformidade com as normas do SGPP.

Nome do gestor da área solicitante

Setor:

Data: __. __. ____

Assinatura

Carimbo

Nome do gestor da área de realização

Setor:

Data: __. __. ____

Assinatura

Carimbo

Nome do gestor responsável pelo Centro de Custo

Setor:

Data: __. __. ____

Assinatura

Carimbo

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁶⁰⁾

Anexo 4. Declaração de Responsabilidade do Pesquisador Responsável por Estudo Envolvendo Seres Humanos

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL ESTUDOS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Título do estudo: “Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem”

Pesquisador responsável: Ruth Beresin

Eu, Ruth Beresin, Psicóloga, Doutora em Ciências da Saúde na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e docente da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), abaixo assinado, comprometo a manter a confidencialidade sobre as informações coletadas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais, as Boas Prática em Pesquisa Clínica e a Resolução CNS 466/12 e complementares.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a obtenção de dados em escala de autocompaixão, questionário sociodemográfico ocorridos entre as datas de: agosto.2020 a abril 2022 e serão utilizados apenas para o desenvolvimento do projeto acima referenciado.

Estou ciente do compromisso em manter as informações, referentes a este projeto, atualizadas, incluindo o envio de relatórios semestrais que informem o desenvolvimento da pesquisa. Além disso, é de minha responsabilidade garantir a integridade e a confiabilidade das informações levantadas durante todo o andamento do projeto.

Pesquisador Responsável: Ruth Beresin
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁶⁰⁾

Anexo 5. Termo de Compromisso do Pesquisador



Eu, Ruth Beresin, pesquisadora responsável do Projeto intitulado “Avaliação de empatia em estudantes de enfermagem”, declaro estar ciente do compromisso de manter as informações, pertinentes a esse projeto, atualizadas no Sistema de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa (SGPP), incluindo a entrega dos relatórios de acompanhamento mensal (somente projetos financiados pelo IIRS), prestações de contas e relatórios científicos semestrais (só projetos financiados pelo IIRS) ou anuais (projetos não financiados pelo IIRS) devidos. Além disso, na fase inicial do projeto, estou ciente de que devo encaminhar um relatório sobre o andamento do projeto após 6 meses, indicando se o projeto começou e eventuais dificuldades no seu desenvolvimento. Estou ciente, também, de ser o responsável pela publicação dos resultados obtidos, apresentando, na falta desta, comprovante de submissão da publicação num prazo máximo de 6 (seis) meses após a finalização do projeto. Estou também ciente de que, no caso de tecnologia passível de proteção industrial (patentes ou modelo de utilidade) resultante do projeto em questão e, antes da divulgação oral e/ou escrita da pesquisa realizada, deverei comunicar o conteúdo da mesma ao Centro de Inovação Tecnológica (CIT).

São Paulo, ____ de _____, 20____

Nome do pesquisador responsável do Projeto

Assinatura

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁶⁰⁾

Anexo 6. Termo de Anuência dos Participantes do Projeto

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RUTH BERESIN

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da empatia em estudantes de enfermagem

VIGÊNCIA: agosto de 2020 a abril de 2022.

Nós, abaixo assinados, declaramos a nossa anuência em participar deste projeto e de estar cientes das obrigações constantes do regulamento do SGPP, incluindo a UT (Unidade de Trabalho) onde desenvolveremos a nossa parte do projeto.

Nome do participante do Projeto

UT (Sigla Unidade de Trabalho):

Assinatura

Nome do participante do Projeto

UT (Sigla Unidade de Trabalho):

Assinatura

São Paulo, __ de ____, 20__.

Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>⁽⁶⁰⁾

9 REFERÊNCIAS

1. Rodrigues MC, Peron NB, Cornélio MM, Franco GD. Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da empatia em estudantes de psicologia. *Estud Pesqui Psicol.* 2014;14(3):914–32.
2. Del Prette ZA, Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes; 2008. Capítulo 9, Empatia; p. 148-73.
3. Dicionário Online de Português. Empatia. Dicio; 2009-2021 [citado 2021 Maio 22]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/empatia>
4. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs.* 2012;28(1):34–40.
5. Moreto G, González-Blasco P, Craice-De Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Aten Farm.* 2014;21(3):94–7.
6. Carneiro RS, Pires PP, Reis TP, Santos AP, Andrade OF. Um estudo comparativo da empatia entre estudantes universitários. *Polêmica.* 2017;17(1):73–81.
7. Formiga N, Rique J, Galvão L, Camino C, Mathias A. Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal - EMRI: consistência estrutural da versão reduzida. *Rev Psicol Trujillo (Perú).* 2011;13(2):188–98.
8. Batson CD, Eklund JH, Chermok VL, Hoyt JL, Ortiz BG. An additional antecedent of empathic concern: valuing the welfare of the person in need. *J Pers Soc Psychol.* 2007;93(1):65–74.
9. Goleman D. Inteligência emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.
10. Damásio AR. Em busca de espinoza: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
11. Sampaio LR, Camino CP, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia (Cons Fed Psicol).* 2009;29(2):212–27.
12. Azevedo SM, Mota MM, Mettrau MB. Empatia: perfil da produção científica e medidas mais utilizadas em pesquisa. *Estud Interdiscip Psicol.* 2018;9(3):3–23.
13. Bolsoni-Silva AT, Leme VB, Lima AM, Costa-Junior FM, Correia MR. Avaliação de um treinamento de habilidades sociais (THS) com universitários e recém-formados. *Interação Psicol.* 2009;13(2):241–51.
14. Provenzano BC, Machado AP, Rangel M, Aranha RN. A empatia médica e a graduação em medicina. *Med HUPE-UERJ.* 2014;13(4):19–25.

15. Ferreira RP, Guedes HM, Oliveira DW, Miranda JL. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2018;8:e2508.
16. Yu J, Kirk M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009;65(9):1790–806.
17. Mufato L, Gaiva M. Empatia em saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2019;9:e2884.
18. Baykan Z, Naçar M, Demirel SÖ. Evaluation of empathic skills and tendencies of medical students. *Acad Psychiatry*. 2011;35(3):207–8.
19. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524–30.
20. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med*. 2009;84(9):1198–202.
21. Madera-Amaya M, Tirado-Amador L, González-Martínez F. Fatores relacionados à empatia nos estudos de Enfermeiros da Universidade de Cartagena. *Enferm Clin*. 2016;26(5):282–9.
22. Navarro-Saldaña G, Maluenda J, Varas-Contreras M. Diferenças na empatia segundo sexo e área disciplinar nos estudiosos universitários chilenos da província de Concepción, Chile. *Educación (Lima)*. 2016;25(49):63–82.
23. Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatia após a escala de Jefferson nos estudos de Medicina e Enfermagem na Venezuela. *Investig Educ Med*. 2015;4(16):223–8.
24. Díaz-Narváez V, Muñoz-Gámbaro G, Duarte-Gómez N, Reyes-Martínez M, Caro S, Calzadilla-Núñez A. Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, Sede Temuco, IX región, Chile. *Aquichan*. 2014;14(3):388–402.
25. Figueiredo H, Tavares C. Como ensinar empatia para futuros enfermeiros? uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev*. 2020;9(9):1–14.
26. Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 107 f.
27. Formiga NS, Rique J, Galvao L, Camino C, Mathias A, Medeiros F. Escala multidimensional de reatividade interpessoal - EMRI: consistência estrutural da versão reduzida. *Rev Psicol (Trujillo, Perú)*. 2011;13(2):188–98.

28. Saviato RM, Leão ER. Assistência em enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(1):198–202.
29. Saviato RM, Mercer S, Matos CC, Leão ER. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3151.
- 30- Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA da, Martinez JA. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(1):51-8.
31. Galleguillos TG, Oliveira MA. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(1):80-7.
32. Paro HB. Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 201 f.
33. Lopes AR. Burnout, empatia e autoeficácia em estudantes de Enfermagem em universidades estaduais do Paraná [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2018. 152 f.
34. Rondon LS, Cunha IC, Ximenes Neto FR. Habilidade empática e seu aprendizado em graduandos de enfermagem. *Enferm Foco*. 2020;11(3):6-14.
35. Cotta Filho CK, Miranda FB, Oku H, Machado GC, Pereira Junior GA, Mazzo A. Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: scoping review. *Rev Interface*. 2020;20: e180567
36. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182–91.
- 37 Davis MH. Measuring individual difference in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113–26.
38. Davis MH. The effects of dispositional empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;51(2):167–84.
39. Nunes P, Williams S, Sa B, Steverson K. A study of empathy declines in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*. 2011;2:12–7.
40. 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.
41. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*. 2015;27(Suppl 1):S48–52.
42. Koller SH, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estud Psicol*. 2001;18(3):43–53.

43. Quince TA, Kinnersley P, Hales J, da Silva A, Moriarty H, Thiemann P, et al. Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):92.
44. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15(2):54–8.
45. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology.* 2003;36(4):171–80.
46. Rizzolatti G, Sinigaglia C. So, quell che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio. Milão: Cortina Raffaello; 2006.
47. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2004;3(2):71–100.
48. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron.* 2003;40(3):655–64.
49. Bauer J. Warum ich fu" hle, was Du fu" hlst. Hamburg: Hoffmann und Campe; 205.
50. Altman DG. Practical statistics for medical research London. CRC press; 1991.
51. Faraway JJ. Extending the linear model with R: generalized linear, mixed effects and nonparametric regression models. 2nd ed. Londres: Chapman Hall; 2016.
52. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Viena. R Foundation for Statistica; 2020.
53. Garaigordobil M. A comparative analysis of empathy in childhood and adolescence: gender differences and associated socio-emotional variables. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2009;9(2):217-35.
54. Carlotto MS, Câmara SG. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *PsicoUSF.* 2006;11(2):167-73.
55. Mendes IA, Chavaglia SR, Godoy S, Silva ÍR, Almeida EW, Souza MC. Avaliação da empatia de graduandos de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE002235.
56. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Ollén Lindqvist A, Sundler AJ, Hochwälder J, Marmstål Hammar L. Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study. *Nurs Open.* 2019;6(3):983–9.
57. Castellón-Montenegro, H., Barraza-Ospino, D., Borré-Ortiz, YM, Lastre-Amell, G., Erazo-Coronado, AM, & Díaz-Narváez, VP. Empatia em estudantes de enfermagem da

universidade metropolitana de barranquilla (colômbia). Texto Contexto Enferm. 2020; 29: e20180314.

58. González-Serna JM, Serrano RR, Martín MS, & Fernández JM. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. Psicol Educ. 2014;20(1):53-60.

59. Paro HB, Perotta B, Enns SC, Gannam S, Giaxa RR, Arantes-Costa FM. Medical students' quality of life: does the learning environment matter?. Rev Med. 2019;98(2):140-8.

60 Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein. Comitê de ética em pesquisa. FICSAE; 2022 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: <https://www.einstein.br/pesquisa/servicos/comite-etica-em-pesquisa>

Abstract

Introduction: Empathy constitutes the ability of emotional intelligence to appreciate the feelings of others, a fundamental competence for the success of patient care and treatment and, therefore, in the training of two Health Sciences students. Given the importance of psychological capacity in the recovery of two patients, attention or the fact that several studies will indicate a reduction in the empathic capacity of two third-year undergraduate students, precisely when they begin their practical experience, not coming into direct contact with patients. Certainly, a better understanding of this phenomenon should contribute to improving the training of these students, to avoid this delay. **Objectives:** To compare the empathy levels of two nursing students in different graduation periods, considering gender and age. **Methods:** The study was carried out at the Albert Einstein College of Health Sciences, located in the city of São Paulo. The sample consisted of 169 students. A sociodemographic profile questionnaire and a Multidimensional Interpersonal Reactivity Scale were applied. **Results:** The total sample consisted of 169 students, 88.69% female and 89.35% single. In the assessment of empathy levels in the total sample of two nursing students, the scores of the Empathy and Consideration The perspective subscales were higher than the score of the Personal Anguish subscale. When comparing the empathy levels of two students considering gender, there was a statistically significant difference between genders only for the Empathic Consideration subscale. When comparing two levels of empathy between students from different graduation periods, there was no significant relationship with the student's graduation year. It is worth noting that in the three subscales, despite not being significant, the lowest score appears in the fourth year of graduation. In the comparison between the years of graduation, making the separation by gender in the subscale showed significant differences. Observing the separation by graduation year, a comparison between genders showed that a significant difference, in the Empathic Consideration subscale, appeared in the second year of grad. **Conclusion:** When comparing the empathy levels of nursing students in different graduation periods, in the three subscales and also in the empathy score, there was no significant relationship with the student's graduation year. It is worth mentioning that in the three subscales, although not significant, the lowest score appears in the fourth year of graduation.

Keywords: Empathy. Students, Nursing. Nursing. Education, Nursing.

Apêndice

Apêndice 1. Instrumento de coleta de dados

Questionário Sociodemográfico

Semestre da graduação: _____
Gênero: Feminino () Masculino ()
Idade: _____
Etnia () branca () negra () amarela () parda () indígena
Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () separado () amasiado () divorciado () outro _____
Tem filhos: Sim () Não () Número de filhos: _____
Religião: Ateu () Católica () Cristã () Espírita () Protestante () Luterana () Evangélica () Adventista do sétimo dia () Judaica () Candomblé () Umbandista () Mórmon () Outra religião _____
Exerce atualmente alguma atividade profissional? () Não () Sim A. Estágio extracurricular () carga horária semanal: _____ B. Monitoria () carga horária semanal: _____ C. Técnico de Enfermagem () carga horária semanal: _____ D. Outros trabalhos: () qual? _____ carga horária semanal: _____ Há quanto tempo você trabalha na área da Enfermagem ou outra área? _____