

Elaboração e validação da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC): teste-piloto

Preparation and validation of a Brazilian Clinical Empathy Scale (EBEC): pilot test

Alexandre Tadeu Azevedo Generoso¹  generoso8@yahoo.com.br
Júlia Coutinho Cordeiro¹  julia.coutinho.1999@gmail.com
José Maria Peixoto¹  jmpeixoto.prof@gmail.com
Eliane Perlatto Moura¹  elianeperlatto@gmail.com

RESUMO

Introdução: A empatia, um elemento primordial do humanismo, tem sido alvo de crescente interesse no ensino médico. No contexto das profissões de saúde, a empatia no atendimento ao paciente é um atributo que envolve a compreensão das experiências, da dor, do sofrimento e das preocupações do paciente combinados com a capacidade de comunicar esse entendimento e uma intenção de ajudar. Apesar do desenvolvimento de práticas que estimulam a empatia nos estudantes de Medicina, um desafio presente na vida acadêmica é mensurar essa habilidade.

Objetivo: Este estudo teve como objetivos elaborar e validar uma escala brasileira de empatia no contexto do atendimento clínico.

Método: Trata-se de estudo-piloto de construção e validação de uma escala psicométrica, realizado em cinco etapas: 1. definição das dimensões do construto baseada em revisão da literatura; 2. itens submetidos à análise teórica com juízes especializados no tema, objetivando identificar a pertinência do item dentro do construto; 3. realização de um pré-teste com a população-alvo visando avaliar o entendimento dos itens; 4. validação da escala com aplicação a 207 estudantes de Medicina brasileiros; 5. aplicação de testes estatísticos que auxiliam na validação da escala.

Resultado: Ao final do estudo, a escala de empatia elaborada continha 21 itens, com respostas em escala de Likert, distribuídos em dois fatores: compreensão empática e ação empática, que apresentaram boa confiabilidade proposta ($> 0,842$) e boa consistência interna (H -latente $> 0,879$ e H -observado $> 0,864$) com total de variância explicada de 44,95%.

Conclusão: A aplicação da escala de empatia clínica em estudantes de Medicina resultou em um instrumento que atendeu aos critérios de adequação semântica e cultural, e revelou evidências preliminares de validade.

Palavras-chave: Ensino em Saúde; Empatia; Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Introduction: Empathy, which is a crucial element of humanism, has been the subject of increasing interest in medical education. In the context of the healthcare professions, empathy in patient care is an attribute that involves understanding the patient's experiences, pain, suffering, and concerns combined with the ability to communicate that understanding and an intention to help. Despite the development of practices that encourage empathy in medical students, a challenge in academic life is measuring this ability.

Objective: To develop and validate a Brazilian scale of empathy in the context of clinical care.

Method: Pilot study of construction and validation of a psychometric scale, carried out in five stages: (1) Definition of the dimensions of the construct based on a literature review; (2) Items submitted to theoretical analysis with judges specialized in the subject, aiming to identify the pertinence of the item within the construct; (3) carrying out a pre-test with the target population to assess the understanding of the items (4) validation of the scale with application to 207 Brazilian medical students (5) application of statistical tests that help in the validation of the scale.

Result: At the end of the study, the created Empathy Scale contained 21 items, with Likert scale responses, distributed in two factors: empathic understanding and empathic action, which presented good proposed reliability (>0.842) and good internal consistency (latent $H >0.879$ and observed $H >0.864$) with a total explained variance of 44.95%.

Conclusion: The application of the clinical empathy scale, in medical students, resulted in an instrument that met the criteria of semantic and cultural adequacy and revealed preliminary evidence of validity.

Keywords: Health education. Empathy. Medical students.

¹ Universidade Professor Edson Antônio Velano -Unifenas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.
Editor associado: Fernando Almeida.

Recebido em 01/12/22; Aceito em 08/06/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Conceitualmente, a empatia é considerada, na filosofia fenomenológica, a união ou fusão com outros seres ou objetos. Na psicologia, é considerada uma experiência indireta de uma emoção próxima à emoção vivida por outra pessoa. Essa cumplicidade com a situação do outro culmina com a potencialidade de pensar e elaborar um apoio social ou afetivo¹. Segundo Sampaio et al.², a relação entre afetividade e cognição é importante para a internalização e construção de princípios que regem o comportamento do indivíduo na sociedade. A empatia é, portanto, um construto multidimensional que envolve níveis diferentes de afetividade, cognição e comportamento³. Por meio do componente afetivo, compartilham-se os estados emocionais dos outros, enquanto os componentes cognitivos e comportamentais são responsáveis pela capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas e deliberar as ações de comunicação e ajuda⁴.

Assim, a empatia é uma habilidade que permite perceber e entender o sentimento e a perspectiva do outro, abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais⁵⁻⁷. O *componente cognitivo*, denominado tomada de perspectiva, se correlaciona com a capacidade de se colocar no lugar do outro e deduzir os sentimentos dele, sem necessariamente experimentá-los. Esse componente é considerado vital para as interações sociais por permitir entender e prever os comportamentos^{5,8}. O *componente afetivo* baseia-se na partilha e compreensão dos estados emocionais dos outros (neurônios-espelhos), em que as ações observadas nos outros são representadas internamente no cérebro do observador^{6,7,9}. O *componente comportamental* (preocupação empática) se refere à motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis^{6,8,10}.

Diversas estratégias vêm sendo testadas para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina^{7,11-17}, no entanto a mensuração dessa habilidade ainda é um desafio. Há escalas desenvolvidas para medir a empatia em diferentes cenários, como o Inventário de Empatia (IE) que avalia a empatia no contexto de situações de interação social⁶, a escala *Consultation and Relational Empathy* (CARE) que avalia a percepção do paciente em relação à empatia no contexto do atendimento clínico¹⁸ e o Índice de Reatividade Interpessoal que avalia as dimensões afetiva e cognitiva da empatia no contexto das relações sociais⁵. Porém, na educação médica a mais utilizada é a Escala de Empatia de Jefferson (*Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE*) que avalia a empatia no contexto da relação médico-paciente¹⁹, considerando predominantemente o atributo cognitivo da empatia, não abordando seu componente afetivo. Apesar de comumente empregada para aferição da empatia em ambientes da saúde, uma revisão sistemática

recente encontrou inconsistências em algumas propriedades psicométricas da JSPE, já que, apesar de demonstrar validade estrutural, consistência interna e validade convergente, as evidências são limitadas no que diz respeito às propriedades de confiabilidade, erro de medição e validade transcultural²⁰.

Assim, diante da importância da empatia no desenvolvimento acadêmico, faz-se necessária uma escala que aborde os componentes afetivo e cognitivo do construto e que se aproxime cultural e linguisticamente do cenário dos estudantes brasileiros. Este estudo se propôs a elaborar uma escala que avaliasse as atitudes dos estudantes de Medicina brasileiros em relação à empatia, em ambientes assistenciais. Isso se baseia no pressuposto de que a atitude de uma pessoa pode ser acessada por meio de sua comunicação ou demonstração, sendo a atitude, essencialmente, uma disposição mental de uma ação potencial²¹.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo-piloto de construção e validação de uma escala psicométrica, realizado em cinco etapas.

Na primeira etapa, definiram-se as dimensões do construto com base em uma revisão da literatura. Construiu-se a Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC) para medir os componentes cognitivos e afetivos da empatia no contexto do atendimento clínico. A construção dos itens foi baseada em uma extensa revisão da literatura sobre o conceito teórico do construto e dos seus componentes. Elaboraram-se 37 itens relacionados aos três pilares da empatia: tomada de perspectiva, compreensão empática e preocupação empática.

A tomada de perspectiva foi definida como a capacidade de o profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva, prestando atenção à comunicação não verbal e à linguagem corporal¹⁹. Esse domínio está relacionado com as habilidades cognitivas: processamento de informações, raciocínio, avaliação e empatia de comunicação²².

O compartilhamento emocional foi definido como a capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (neurônios-espelhos), em que as ações observadas nos outros são representadas internamente no cérebro do observador^{7,22}. O compartilhamento emocional avalia sentimentos de ansiedade, apreensão e desconforto em contextos interpessoais tensos²³.

A preocupação empática foi definida como a capacidade de experienciar sentimentos de compaixão e preocupação pelo outro²³. Refere-se à motivação para cuidar de indivíduos vulneráveis e deliberar as ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados⁷.

Para capturar as diferenças nas respostas, escolheu-se uma escala de resposta do tipo Likert com 5 pontos (1 – discordo totalmente; 2 – discordo parcialmente; 3 – não concordo e nem discordo; 4 – concordo parcialmente; 5 – concordo totalmente). Finalmente, optou-se por usar a bidirecionalidade nas respostas, com itens escritos de forma positiva e negativa, para possibilitar detectar a consistência e o viés das respostas²⁴.

Na segunda etapa, os itens foram submetidos à análise teórica com dez juízes especializados no tema, objetivando identificar a pertinência do item dentro do construto, bem como a clareza da linguagem. Os itens foram inicialmente distribuídos nos componentes da empatia de acordo com as definições descritas na literatura. Para a análise teórica dos itens do instrumento proposto, utilizou-se a técnica de validade de conteúdo no que se refere à clareza da linguagem e à pertinência prática. Calculou-se o coeficiente de validade do conteúdo (CVC) proposto por Hernandez-Nieto²⁵ para cada item do instrumento (CVC_i) e para o instrumento como um todo (CVC_t). Foi solicitado aos juízes que pontuassem cada um dos 37 itens utilizando uma escala de 1 a 5 para avaliar o nível de adequação da clareza da linguagem (1 → fácil entendimento e 5 → difícil entendimento) e o nível da pertinência prática (1 → pouco relevante e 5 → muito relevante). Para a avaliação relacionada à clareza da linguagem, houve a inversão da escala. O ponto de corte adotado para determinar níveis satisfatórios para clareza da linguagem e pertinência foi de $CVC_i \geq 0,80$ para cada um dos itens e $CVC_t \geq 0,80$ para o instrumento no geral.

Na terceira etapa, a versão final obtida após a validade de conteúdo foi submetida a um pré-teste com 30 estudantes de Medicina, representando o público-alvo do instrumento. Apresentou-se a esses alunos a escala elaborada e solicitou-se que eles opinassem sobre a clareza e o entendimento dos itens com o intuito de avaliar se cada item estava medindo o que se desejava.

A quarta etapa consistiu na validação da escala, que foi aplicada a 207 estudantes de Medicina brasileiros. Recrutaram-se os participantes foram recrutados, no período de agosto a setembro de 2021, por meio do WhatsApp ou *e-mail*, e o estudo foi conduzido por meio de preenchimento de questionário *online* via Google Forms. O instrumento continha um questionário sociodemográfico que abordava as seguintes variáveis: nome, idade, gênero, período do curso, estado civil, faculdade, renda familiar, especialidade pretendida, experiência com doença grave na família, presença de doença crônica e a versão da EBEC. Antes do preenchimento, o estudante deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordar com ele. Para o recrutamento, utilizou-se a técnica de *snowball*. Inicialmente foi enviado o convite para estudantes de Medicina dos quais os pesquisadores possuíam contato, pertencentes às

seguintes instituições: Universidade Professor Edson Antônio Velano (Unifenas), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Em seguida, solicitou-se aos estudantes que enviassem o convite para outros discentes da sua instituição e de outras instituições de ensino médico brasileiras. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, estar regularmente matriculado no curso de Medicina nos períodos com prática clínica, ter concordado em participar da pesquisa e assinado o TCLE. Eis os critérios de exclusão: não preenchimento completo do questionário e desejo declarado do participante de deixar o estudo

A quinta etapa consistiu na aplicação de testes estatísticos que auxiliariam na validação da escala. Foram utilizadas as seguintes medidas descritivas: mínimo, máximo, mediana (Q_2), quartis (Q_1 e Q_3), média, desvio padrão (DP) e intervalo de confiança da média, além das frequências absoluta (n) e relativa (%) como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

Para explorar a estrutura fatorial da versão inicial da EBEC, realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE). Na implementação da análise, utilizou-se uma matriz policórica. A decisão sobre o número de fatores a ser retido ocorreu por meio da técnica da *análise paralela* com permutação aleatória dos dados observados²⁶, e a rotação utilizada foi a *Robust Promin*²⁷ – não ortogonal.

A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Aproximation* – RMSEA (Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação), *Comparative Fit Index* – CFI (Índice de Ajuste Comparativo) e *Tucker-Lewis Index* – TLI (Índice de Tucker-Lewis)/Índice de Ajuste Não Normado (NNFI). De acordo com a literatura, os valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, com intervalo de confiança de 95%, não atingindo 0,10, e os valores de CFI e TLI devem ser superiores de 0,90 ou preferencialmente 0,95²⁸.

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H^2 . O índice H avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator, e os valores de H podem variar de 0 a 1. Valores altos de H ($> 0,80$) sugerem uma *variável latente* (fator) bem definida. Por fim, o parâmetro de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de Reckase²⁹. Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. Utilizou-se o *software* Factor.

RESULTADOS

A amostra incluiu 207 estudantes, do quarto ao sexto ano do curso de Medicina, de instituições privadas e públicas brasileiras. Nesse grupo, a distribuição de idade foi: 76,8% de

20 a 25 anos, 14,5% de 26 a 30 anos e 8,7% com mais de 30 anos. A maioria dos alunos era do sexo feminino (73,4%), solteira (94,7%), com renda familiar acima de R\$ 5.000,00 (84,1%), intenção em seguir especialidade clínica (56,5%), com doença grave na família (74,9%) e sem apresentar doença crônica (86,5%). Além disso, a maior proporção dos alunos que participaram desta pesquisa estava no quarto ano (51,7%) (Tabela 1).

Análise estatística da escala proposta

A versão da escala enviada aos estudantes continha 34 itens. A análise das respostas dos estudantes a cada um dos 34 itens da escala demonstrou que houve polarização nos extremos da escala de resposta em seis dos itens, em que mais de 85% dos alunos apontaram a resposta 1 ou 5 (itens 1, 2, 9, 21, 26, e 29). Esse resultado indica que essas questões não são discriminativas, comprometendo a avaliação da confiabilidade dos domínios, e foram, portanto, descartadas.

Realizou-se uma AFE com os 28 itens restantes que indicou a necessidade da retirada de mais seis itens que apresentaram baixa carga fatorial rotacional (método Promin). Assim, foi realizada uma segunda AFE com os 22 itens restantes que indicou a necessidade da retirada de mais um item devido à carga fatorial baixa. Realizou-se uma nova AFE, e os 21 itens restantes apresentaram cargas fatoriais satisfatórias. Realizou-se, então, uma análise paralela que sugeriu a presença de dois fatores (variáveis latentes) que foram assim denominados: 1. compreensão empática – que envolve vínculo cognitivo-afetivo – e 2. ação empática – que envolve componente cognitivo-comportamental (Tabela 2). É importante destacar que os indicadores de unidimensionalidade – *Unidimensional Congruence* (UniCo = 0,867), *Explained Common Variance* (ECV = 0,774) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL = 0,267)²⁷ – não suportaram a unidimensionalidade da escala. Os parâmetros de adequacidade desse modelo estão demonstrados na Tabela 3.

A versão final da escala proposta é composta por 21 itens distribuídos em dois domínios (Quadro 1). O domínio compreensão empática é composto pelos itens 3, 4, 8, 9, 12, 17, 20; e o domínio ação empática, pelos itens 1*, 2*, 5, 6*, 7, 10, 11*, 13*, 14*, 15, 16*, 18, 19, 21*. Para a análise da empatia, deve-se considerar o somatório da pontuação obtida em cada item. As questões marcadas com asterisco (*) tiveram o sentido da escala invertido. Não existe um valor de corte, mas quanto maior a pontuação, maior a atitude empática do estudante.

Tabela 1. Distribuição dos alunos de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse, no geral.

Variável	Frequência	
	N (207)	%
Sexo		
Masculino	55	26,6
Feminino	152	73,4
Faixa etária (anos)		
De 20 a 25 anos	159	76,8
De 26 a 30 anos	30	14,5
> 30 anos	18	8,7
Idade (anos)		
Média ± DP	24,7 ± 4,3	
IC da média (95%)	(24,1; 25,3)	
Mediana (Q ₁ – Q ₃)	23,0 (22,0 – 25,0)	
Mínimo – Máximo	20,0 – 42,0	
Estado civil		
Solteiro(a)	196	94,7
Casado(a)/união estável	9	4,3
Divorciado(a)/separado(a)	2	1,0
Período		
4º ano (7º e 8º períodos)	107	51,7
5º ano (9º e 10º períodos)	64	30,9
6º ano (11º e 12º períodos)	36	17,4
Renda familiar		
Acima de R\$ 5.000,00	174	84,1
Até R\$ 5.000,00	33	15,9
Especialidade pretendida		
Não sabe	2	1,0
Medicina de família e comunidade	3	1,4
Especialidade clínica	117	56,5
Especialidade cirúrgica	69	33,3
Área de gestão	0	0,0
Área de exames complementares	1	0,5
Outro	15	7,3
Já passou por experiência com doença grave na família?		
Sim	155	74,9
Não	52	25,1
Apresenta alguma doença crônica?		
Sim	28	13,5
Não	179	86,5

DP: desvio padrão; IC da média: intervalo de confiança de 95% da média. Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Estrutura fatorial (cargas fatoriais) dos itens que compõem a Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC).

Itens	FATOR 1	FATOR 2
Item 5	-0,044	0,343
Item 11i	0,129	0,648
Item 12	0,460	-0,022
Item 14	0,748	0,018
Item 15	0,253	0,448
Item 16i	-0,041	0,507
Item 17	0,175	0,440
Item 18	0,654	0,206
Item 19	0,951	-0,321
Item 20i	0,197	0,450
Item 22i	-0,276	0,545
Item 23	0,891	-0,233
Item 24i	0,026	0,525
Item 25i	-0,269	0,926
Item 27i	0,201	0,462
Item 28i	-0,057	0,626
Item 30	0,402	0,275
Item 31	0,136	0,423
Item 32i	-0,230	0,347
Item 33	0,714	-0,043
Item 34i	0,014	0,607
<i>Confiabilidade composta</i>	<i>0,871</i>	<i>0,843</i>
<i>H-latente</i>	<i>0,902</i>	<i>0,880</i>
<i>H-observado</i>	<i>0,891</i>	<i>0,865</i>

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3. Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final da escala de empatia clínica.

Parâmetros de adequacidade	Valores ideais	Valores observados no estudo
KMO (MSA total)	≥ 0,60	0,59
Teste de esfericidade de Bartlett (p)	< 0,05	< 0,0001
χ^2 / gl	< 3	1,5
RMSEA	≥ 0,50	0,048
Confiabilidade composta	≥ 0,50	≥ 0,843
TLI	> 0,95	0,967
UniCo	< 0,95	0,867
ECV	< 0,85	0,774
MIREAL	> 0,30	0,267
Total da variância explicada	≥ 50%	44,95%
Carga fatorial das questões	> 0,35	De 0,343 a 0,951

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. Escala Brasileira de Empatia Clínica.

INSTRUÇÕES Este questionário contém 21 afirmações relacionadas ao contexto do atendimento clínico. Por favor, indique o seu nível de concordância ou discordância para cada uma das afirmações assinalando o número apropriado em uma escala de 5 pontos, em que o número mais alto indica maior nível de concordância.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Os sentimentos do paciente sobre sua condição clínica não devem interferir na decisão terapêutica.	1	2	3	4	5
Os problemas pessoais do paciente não relacionados ao seu estado de saúde não devem ser considerados.	1	2	3	4	5
Para compreender o paciente, devo imaginar como me sentiria se estivesse na mesma situação dele.	1	2	3	4	5
Com frequência me envolvo emocionalmente com a história do paciente.	1	2	3	4	5

Continua...

Quadro 1. Continuação.

INSTRUÇÕES Este questionário contém 21 afirmações relacionadas ao contexto do atendimento clínico. Por favor, indique o seu nível de concordância ou discordância para cada uma das afirmações assinalando o número apropriado em uma escala de 5 pontos, em que o número mais alto indica maior nível de concordância.	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Refletir sobre os desejos e as necessidades do paciente, no momento da consulta, auxilia na conduta terapêutica.	①	②	③	④	⑤
O registro formal da anamnese é mais importante que o contato visual.	①	②	③	④	⑤
A história de vida do paciente é tão importante quanto sua doença.	①	②	③	④	⑤
Demonstrar preocupação com os sentimentos do paciente é um componente importante da consulta.	①	②	③	④	⑤
Frequentemente sinto angústia quando o paciente apresenta uma doença grave.	①	②	③	④	⑤
As emoções do paciente não devem interferir no registro da anamnese.	①	②	③	④	⑤
Devo indicar sempre o melhor tratamento, independentemente do seu impacto financeiro na vida do paciente.	①	②	③	④	⑤
Se o paciente apresenta uma doença grave, fico preocupado mesmo após o término da consulta.	①	②	③	④	⑤
As crenças pessoais e os julgamentos do paciente não devem interferir na conduta terapêutica.	①	②	③	④	⑤
Acredito que, na elaboração do plano terapêutico, as queixas de origem emocional não devem ser consideradas.	①	②	③	④	⑤
Devo perguntar apenas assuntos referentes ao estado de saúde do paciente na consulta.	①	②	③	④	⑤
Devo evitar conversar sobre as questões familiares do paciente no momento da consulta.	①	②	③	④	⑤
Acredito que o meu atendimento na consulta é melhor quando considero os desejos do paciente.	①	②	③	④	⑤
As necessidades dos familiares do paciente devem ser consideradas no plano de cuidados.	①	②	③	④	⑤
Devo considerar o contexto social do paciente como secundário aos seus problemas de saúde.	①	②	③	④	⑤
Refletir sobre os meus sentimentos ao conhecer a história do paciente aumenta o meu desejo de ajudá-lo.	①	②	③	④	⑤
As relações familiares do paciente não devem interferir no plano de cuidados.	①	②	③	④	⑤

Fonte: Elaborado pelos autores.

Influência das variáveis sociodemográficas na empatia medida pela EBEC

O nível de empatia dos estudantes, mensurado pela escala proposta, foi alto (acima de 4 em uma escala de 5 no máximo) nos dois fatores. Na comparação dos dados sociodemográficos com os escores da escala, identificou-

se que o sexo feminino apresentou maiores escores nos dois fatores da escala. Os estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica, que apresentam experiência de doença grave na família e que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no fator compreensão empática (cognitivo-afetivo) (Tabela 4).

Tabela 4. Influência das variáveis sociodemográficas no escore da Escala Brasileira de Empatia Clínica (EBEC).

Variável	Compreensão empática		Ação empática	
	Média (DP)	p	Média (DP)	p
Sexo				
<i>Masculino</i>	3,76 (0,72)	0,003	3,91 (0,49)	0,001
<i>Feminino</i>	4,10 (0,61)		4,18 (0,48)	
Faixa etária (anos)				
<i>De 20 a 25 anos</i>	3,99 (0,66)	0,818	4,14 (0,48)	0,068
<i>De 26 a 30 anos</i>	4,06 (0,73)		3,92 (0,54)	
<i>> 30 anos</i>	4,07 (0,55)		4,19 (0,50)	
Período				
<i>4º ano (7º e 8º períodos)</i>	4,04 (0,69)	0,760	4,17 (0,43)	0,149
<i>5º ano (9º e 10º períodos)</i>	4,00 (0,57)		4,07 (0,54)	
<i>6º ano (11º e 12º períodos)</i>	3,94 (0,72)		4,00 (0,59)	
Renda familiar				
<i>Acima de R\$ 5.000,00</i>	3,99 (0,67)	0,353	4,11 (0,51)	0,883
<i>Até R\$ 5.000,00</i>	4,10 (0,59)		4,10 (0,43)	
Especialidade pretendida				
<i>Especialidade clínica</i>	4,10 (0,62)	0,023	4,12 (0,44)	0,493
<i>Especialidade cirúrgica</i>	3,86 (0,73)		4,07 (0,59)	
Já passou por experiência com doença grave na família?				
<i>Sim</i>	4,16 (0,61)	0,002	4,13 (0,49)	0,406
<i>Não</i>	3,75 (0,73)		4,06 (0,51)	
Apresenta alguma doença crônica?				
<i>Sim</i>	4,26 (0,60)	0,024	4,23 (0,59)	0,129
<i>Não</i>	3,97 (0,66)		4,09 (0,68)	

DP: desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo revelaram que a EBEC tem um modelo composto por dois fatores que foram denominados compreensão empática (cognitivo-afetivo) e ação empática (cognitivo-comportamental). No domínio compreensão empática, os itens estão relacionados com a tomada de perspectiva conceituada como a capacidade de o profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir da sua perspectiva¹⁹, bem como de compartilhamento emocional que é a capacidade de compreender e de partilhar os estados emocionais dos outros (neurônios-espelhos).

O domínio ação empática abrange itens relacionados com a tomada de perspectiva que permite prever comportamentos e com a preocupação empática que diz respeito às ações a serem tomadas para a solução dos problemas encontrados⁷.

Na escala proposta, não foi possível evidenciar os três componentes do construto relatados na literatura e sim dois

fatores. Diante desses resultados, podemos inferir que os conceitos dos componentes da empatia estão muito ligados entre si, o que dificulta a sua discriminação. Paro et al.³⁰, ao validarem a Escala de Empatia de Jefferson, constataram a mudança de domínio de alguns itens, o que foi justificado pela hipótese de uma visão diferenciada dos estudantes brasileiros em relação ao construto.

Segundo Davis³¹, a empatia está relacionada com uma série de fatores que entrarão em jogo sempre que houver a experiência emocional de alguém, propondo, portanto, uma abordagem integrada que identifica o papel conjunto de cognição e afeto. Assim, compartilhar emoções (componente afetivo) sem a tomada de perspectiva e processos regulatórios envolvidos (componente cognitivo) toma a forma de um contágio emocional ou simpatia. Da mesma maneira, perceber de forma acurada os pensamentos e sentimentos de alguém, sem experimentar compaixão e interesse pelo bem-estar dele, não se traduz em manifestação empática³². Segundo Sampaio

et al.², a relação entre afetividade e cognição é importante para a internalização e construção de princípios que regem o comportamento do indivíduo na sociedade.

A escala elaborada neste estudo apresentou medidas de confiabilidade composta e estimativas de replicabilidade satisfatórias ($H > 0,80$), ou seja, os fatores gerados são replicáveis e adequados de acordo com as medidas das cargas fatoriais encontradas. Segundo Rogers³³, a H -observada indica o quanto o conjunto de itens representa o fator comum. Seu valor vai de zero a um, e valores acima de 0,80 sugerem uma boa definição da variável latente, que potencialmente será mais estável em estudos futuros. O índice H -latente reflete a replicabilidade estimada quando os itens são interpretados como variáveis contínuas, e o índice H -observada reflete a replicabilidade estimada quando os itens são interpretados como variáveis ordinais, tal como as medidas do tipo Likert³³.

Observou-se que o sexo feminino apresentou maiores escores nos dois fatores da escala. Segundo Batchelder et al.³⁴, a vantagem feminina é mais evidente nos componentes afetivos, incluindo a reatividade afetiva, e menos evidente nos componentes cognitivos, revelando que as mulheres se sintonizam mais naturalmente com os estados emocionais e são mais propensas a reagir e responder às emoções e aos sentimentos dos outros.

Os estudantes que pretendem seguir a especialidade clínica, que apresentam experiência de doença grave na família ou que possuem alguma doença crônica apresentaram maiores escores no componente compreensão empática da escala (vínculo cognitivo-afetivo). Bailey³⁵ mostrou que os estudantes de Medicina que pretendiam atuar em uma área clínica obtiveram escore de empatia maior que aqueles que planejavam trabalhar em áreas cirúrgicas. Estudos realizados com médicos apresentaram o mesmo padrão que o observado neste estudo realizado com estudantes de Medicina. Num estudo realizado com 704 médicos, em que se utilizou a *Jefferson Scale of Empathy (JSE)*, os envolvidos com a área clínica obtiveram escores mais elevados que aqueles das áreas cirúrgicas e de imagem³⁶. Foi observado também por Batenburg et al.³⁷ que os estagiários do último ano que preferem a prática geral como especialidade apresentaram atitudes mais empáticas que aqueles da área cirúrgica.

Outro ponto importante é a relação dos níveis de empatia com a presença de doença própria ou de familiares. A pesquisa conduzida por Esquerda et al.³⁸ com 191 acadêmicos de Medicina revelou maior empatia entre aqueles que já haviam vivenciado experiência de doença entre familiares, amigos ou pessoalmente. Esses dados vão ao encontro do nosso estudo que sugere a experiência como fator relevante para o desenvolvimento da habilidade empática.

Esses resultados revelam um ponto positivo deste estudo por demonstrar que a escala de empatia proposta foi sensível no que concerne a detectar, como citado na literatura, a influência de algumas variáveis sociodemográficas na empatia, o que poderia sugerir uma validade externa do instrumento. Ressalta-se a intenção de promover a comparação com critérios externos de validade, para testar os itens que não foram consistentes na amostra estudada, bem como o poder discriminatório da escala.

Assim, podemos inferir que a nova escala de empatia elaborada neste estudo revelou evidências preliminares de validade, tendo o diferencial de distinguir os componentes cognitivo-afetivo (compreensão empática) e cognitivo-comportamental (ação empática) do construto, permitindo a identificação dos fatores que afetam cada componente.

Vale salientar que a EBEC, assim como diversos instrumentos utilizados para avaliar a empatia clínica, é uma escala de autorrelato, que pode ter conclusões limitadas, pois depende do autoconhecimento e apresenta a possibilidade de viés de resposta, podendo o respondente tender a respostas socialmente aceitas. Alguns estudos identificaram a falta de correlação entre os níveis de empatia obtidos por instrumentos de autoavaliações e as percepções dos pacientes, e sugerem que estes devam ser incluídos no processo de avaliação da empatia³⁹.

Mais estudos devem ser realizados com a utilização da escala proposta neste estudo para evidenciar a confiabilidade, validade e estabilidade do instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo proposto para a EBEC, composto por 21 itens distribuídos em dois fatores – compreensão empática e ação empática –, atendeu aos critérios de adequação semântica e cultural, além de apresentar evidências preliminares de validade. Foi possível identificar, com a utilização desse instrumento, que o sexo feminino, a escolha pela especialidade clínica, apresentar doença crônica ou ter na família casos de doenças graves são fatores preditores para a empatia.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Alexandre Tadeu Azevedo Generoso participou ativamente do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados, da discussão dos resultados e da redação do artigo. Júlia Coutinho Cordeiro participou ativamente do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados, e da discussão dos resultados. José Maria Peixoto e Eliane Perlatto Moura, além de orientarem todo o processo, participaram ativamente do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados, da discussão dos resultados, da redação do artigo e da revisão e aprovação da versão final do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Formiga NS. Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. *Revista Eletrônica de Psicologia*. 2012;1:1-25.
- Sampaio AAS, Azevedo FHB, Cardoso LRD, Lima C, Pereira MBR, Andery MAPA. Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação Psicol*. 2008;12(1):151-164.
- Hojat M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer; 2007.
- Thompson NM, Uusberg A, Gross JJ, Chakrabarti B. Empathy and emotion regulation: an integrative account. *Prog Brain Res*. 2019;247:273-304.
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113-126.
- Falcone EMO, Ferreira MC, Luz RCM, Fernandes CS, Assis CF, D'Augustin JF, et al. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Aval Psicol*. 2008;7(3):321-34.
- Peixoto JM, Moura EP. Mapa da empatia em saúde: elaboração de um instrumento para o desenvolvimento da empatia. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(1):e030. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190151>
- Decety J, Cowell JM. The complex relation between morality and empathy. *Trends Cogn Sci*. 2014;18(7):337-9.
- Hoffman ML. Empathy, social cognition, and moral action. In: Kurtines WM, Gewirtz JL, editors. *Handbook of moral behavior and development*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1991. p. 275-301.
- Ekman P, Goleman D. *Emociones destructivas: cómo entenderlas y superarlas*. Barcelona: Kairós. 2003.
- Yazdi NA, Bigdeli S, Arabshahi SKS, Ghaffarifard S. The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: a qualitative study. *J Adv Med Educ Prof*. 2019;7(1):35-41.
- Bentwich ME, Gilbey P. More than visual literacy: art and the enhancement of tolerance for ambiguity and empathy. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1-9.
- McDonald P, Ashton K, Barratt R, Doyle S, Imeson D, Meir A, et al. Clinical realism: a new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):1-10.
- Daryazadeh S, Adibi P, Yamani N, Mollabashi R. Impact of a narrative medicine program on reflective capacity and empathy of medical students in Iran. *J Educ Eval Health Prof*. 2020;17(3):1-7.
- Dussán KB, Leidal A, Corriveau N, Montgomery D, Eagle KA, LaHood BJ. Increasing medical trainees' empathy through volunteerism and mentorship. *J Med Educ Curric Dev*. 2017;4:1-5.
- Chen AK, Kumar A, Haramati A. The effect of Mind Body Medicine course on medical student empathy: a pilot study. *Med Educ Online*. 2016;21(1):1-4.
- Chen A, Hanna JJ, Manohar A, Tobia A. Teaching empathy: the implementation of a video game into a psychiatry clerkship curriculum. *Acad Psychiatry*. 2018;42(3):362-5.
- Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The Consultation and Relational Empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004;21(6):699-705.
- Hojat M, Salvatore M, Thomas JN, Mitchell JMC, Joseph SG, James BE, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61(2):349-65.
- Williams B, Beovich B. A systematic review of psychometric assessment of the Jefferson Scale of Empathy using the COSMIN Risk of Bias checklist. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(4):1302-15.
- Mann PH. *Métodos de investigação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar; 1970.
- Paiva AH, Andrade MN, Rocha MSC, Peixoto JM. Avaliação da empatia nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. *Rev Bras Educ Med*. 2020;43:296-304.
- Limpo T, Alves RA, Castro SL. Medir a empatia: adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Evaluar*. 2010;8(2):171-84.
- Barnette J. Effects of stem and Likert response option reversals on survey internal consistency: if you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. *Educ Psychol Meas*. 2000;60(3):361-70.
- Hernandez-Nieto RA. *Instrumentos de recolección de datos em Ciencias Sociales y Ciencias Biomédicas*. Mérida: Universidad de Los Andes; 2002.
- Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods*. 2011;16(2):209-20.
- Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. *Revista Peruana de Psicología*. 2019;25(1):99-106.
- Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press; 2006.
- Reckase MD. The difficulty of test items that measure more than one ability. *Appl Psychol Meas*. 1985;9(4):401-12.
- Paro HBMS, Daud-Gallotti RM, Tibério IC, Pinto R, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):1-7.
- Davis MH. Empathy. In: JE Stets & JH Turner (Eds.). *The handbook of the sociology of emotions*. New York: Springer Press; 2006.
- Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003;36(4):171-80.
- Rogers P. Melhores práticas para sua análise fatorial exploratória: tutorial no Factor. *Revista de Administração Contemporânea*. 2022;26(6):1-17.
- Batchelder L, Brosnan M, Ashwin C. The development and validation of the Empathy Components Questionnaire (ECQ). *PLoS One*. 2017;12(1):e0169185.
- Bailey BA. *Empathy in medical students: assessment and relationship to specialty choice [dissertation]*. Virginia: University of Virginia; 2001. 2024p.
- Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-medical student version (JSE-S): proxy norm data and tentative cutoff scores. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):344-50.
- Batenburg V, Smal JA, Lodder A, Melker RD. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ*. 1999;33(7):489-92.
- Esquerda M, Yuguero O, Vinas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 2016;48(1):8-14.
- Cançado PVR, Moura EP, Peixoto JM. Effects of health empathy map on physician's empathic behavior perceived by the patient. *Saud Pesq*. 2021;14(2):261-70.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.