

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Tipos Psicológicos e Empatia: Contribuições da Psicologia para a Formação do (ser) Médico.

(Tese apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia)

Renata Rocha Barreto Giaxa – No 20091855

ORIENTADOR: Professor Doutor Francisco Silva Cavalcante Junior
Universidade Federal do Ceará
CO-ORIENTADORA: Professora Doutora Mónica Taveira Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa
Março de 2015

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Tipos Psicológicos e Empatia: Contribuições da Psicologia para a Formação do (ser) Médico.

(Tese apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia)

Renata Rocha Barreto Giaxa – No 20091855

ORIENTADOR: Professor Doutor Francisco Silva Cavalcante Junior
Universidade Federal do Ceará
CO-ORIENTADORA: Professora Doutora Mónica Taveira Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa
Março de 2015

À Esperança.

Vivemos todos, neste mundo, a bordo de um navio saído
de um porto que desconhecemos para um porto que ignoramos;
devemos ter uns para os outros uma amabilidade de viagem.

Fernando Pessoa (1888-1935)
Em Odes de Ricardo Reis, 2011

Agradecimentos

Minha mais profunda gratidão aos estudantes e aos pacientes, com quem diariamente aprendo a reinventar-me; ao meu filho, Luís Guilherme, por me nutrir sempre de esperança e calor; à minha família, pelas raízes firmes e profundas, e sobretudo, pelo amor; ao Professor Doutor Francisco Silva Cavalcante Junior, por contribuir com a realização de mais um projeto de vida; à Professora Doutora Mónica Taveira Pires, pelo olhar criterioso, comprometido e pela presença constante, capaz de transpor o oceano que nos separa; à Universidade de Fortaleza, e à equipe do curso de Medicina, pelo apoio amplo à minha curiosidade e meu desejo de viver pela educação; à Universidade Autónoma de Lisboa, por acolher o projeto e oferecer os recursos necessários à concretização da pesquisa; à Doutora Luisa Ferreinho, pela presteza constante; a cada um dos membros do Grupo VERAS e seus coordenadores - Professora Doutora Patrícia Zen Tempski, Professor Doutor Milton de Arruda Martins e Professor Doutor Paulo Sérgio Panse Silveira - pela grandeza do trabalho coletivo, pelo incentivo constante à pesquisa e pelo afeto, especialmente, aos amigos Helena Borges Martins da Silva Paro e Bruno Perotta, pelas colaborações constantes e de valor inestimável ao trabalho; ao Professor Doutor Paulo César de Almeida, pelas contribuições iniciais às análises quantitavivas; à amiga Terezinha Teixeira Joca, por carregarmos juntas, em nossas longas travessias, as bagagens da psicologia, da educação e, principalmente, do coração; ao amigo Henrique Luís do Carmo e Sá, pelos voos científicos, estéticos e afetivos, sobre o vasto campo da educação médica; enfim, às pessoas queridas que caminharam ao lado neste longo processo, sobretudo àquelas que praticam uma medicina sensível, cheia de alma, por serem capazes de transformar a sociedade pelo cuidado autêntico, e por se fazerem inspiração e modelos formativos de outros tantos que virão.

Resumo

O estabelecimento de vínculos terapêuticos entre os médicos e seus pacientes, pela empatia, constitui-se como habilidade clínica cada vez mais valorizada no ensino superior. O objetivo geral deste trabalho é fornecer dados e promover reflexões acerca de possíveis intervenções para o desenvolvimento da empatia na formação médica. Mediante um estudo exploratório de metodologia mista sequencial, foram investigados os tipos psicológicos (QUATI), as medidas de empatia (EMRI) e as percepções dos estudantes sobre a aprendizagem da empatia durante a graduação. No primeiro estudo – quantitativo e transversal - concluiu-se que altas pontuações nas medidas da empatia independem do tipo de personalidade do estudante. Apenas o domínio *sentimento* do QUATI contribuiu ligeiramente para a explicação do domínio *consideração empática* da EMRI. No segundo estudo – qualitativo – os dados dos grupos focais com estudantes de empatia elevada revelaram que há diferentes modos desenvolver empatia, a depender do tipo psicológico. Como entraves para o desenvolvimento da empatia, destacaram-se, dentre as categorias de análise, a *desvalorização das habilidades e atitudes* e a *negligência na avaliação* do estudante pelo professor. A *conduta do professor* – no sentido da *humildade, da ética e da empatia* na relação com o estudante e com o paciente – apareceu como principal facilitador no desenvolvimento da empatia. Concluiu-se que um modelo de intervenção para o desenvolvimento da empatia na formação médica deve estar voltado, sobretudo, para o desenvolvimento humanístico do próprio professor universitário. Fazem-se necessários e urgentes estudos aprofundados, voltados para o desenvolvimento da empatia docente no ensino superior.

Palavras-chave: Empatia, Personalidade, Educação Médica, Relação Médico-Paciente, Docência, Ensino Superior.

Abstract

The establishment of therapeutic relationship between physicians and their patients, by means of empathy, is constituted as clinical skill increasingly valued in higher education. The aim of this study is to provide data and promote reflections on possible interventions for the development of empathy in medical training. Through an exploratory study of sequential mixed methodology, psychological types (QUATI), empathy measures (EMRI) and perceptions of students about their empathy development during graduation were investigated. In the first study, quantitative and cross-sectional, it was concluded that high scores on measures of empathy are independent of student's personality type. Only the "feeling" QUATI's domain contributed somewhat to the explanation of "empathic concern" field of EMRI. In the second study, a qualitative analisys of data from focus groups with high empathy level students, revealed there are different ways to develop empathy, depending on the psychological type. As barriers to the development of empathy, stood out among the categories of analysis, the "devaluation of skills and attitudes" and the "negligent review" of the student by the professor. The "teacher behavior" - in the sense of "humility, ethics and empathy" in the relationship with the student and the patient - appeared as main facilitators in the development of empathy. It was concluded that an intervention model for the development of empathy in medical education should be focused on humanistic faculty development. In-depth studies focused on the development of professors' empathy in higher education are needed and urgent.

Keywords: Empathy, Personality, Medical Education, Physician-Patient Relationship, Teaching, Higher Education.

Índice

Dedicatória..... 04

Agradecimentos..... 06

Resumo..... 07

Abstract..... 08

Índice..... 09

Lista de Tabelas..... 12

Lista de Figuras..... 14

Lista de Siglas..... 15

Introdução 18

Parte I – Revisão da literatura..... 23

1.1 Empatia..... 25

1.1.1 Os conceitos de empatia..... 26

1.1.2 Empatia clínica..... 35

1.1.3 As medidas da empatia..... 38

1.2 Formação atitudinal do médico..... 42

1.2.1 A (des)humanização da prática medica..... 43

1.2.2 O ensino das Humanidades Médicas..... 48

1.3 Personalidade e educação..... 56

1.3.1 O estudo da personalidade..... 59

1.3.2 Tipos psicológicos junguianos 61

1.3.3 Tipos psicológicos na Educação 65

Parte II – Estudos Empíricos..... 81

2.1 Estudo 1..... 86

2.1.1 Objetivos e hipóteses..... 86

2.1.2 Participantes 87

2.1.2.1 Caracterização da amostra..... 88

2.1.3 Variáveis..... 89

2.1.3.1 Variáveis de critério..... 91

2.1.4 Materiais..... 92

2.1.4.1 Escala Multimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI..... 92

2.1.4.2 Questionário de Avaliação Tipológica – QUATI..... 93

2.1.5 Procedimentos metodológicos..... 98

2.1.5.1 Análises estatísticas..... 99

2.1.6 Resultados..... 101

2.1.6.1 Comparação entre grupos..... 104

2.1.6.2 Tipos de personalidade e empatia..... 107

2.2 Estudo 2..... 114

2.2.1 Objetivos..... 115

2.2.2 Participantes..... 116

2.2.2.1 Caracterização da amostra..... 117

2.2.3 Materiais 117

2.2.3.1 Grupos focais..... 117

2.2.4 Procedimentos metodológicos..... 118

2.2.4.1 Análise qualitativa..... 119

2.2.5 Resultados..... 120

2.2.5.1 Supremacia do saber técnico-científico na Educação Médica.....122

2.2.5.2 O contexto da vida do estudante de Medicina.....132

2.2.5.3 Os diversos modos de aprender a ser médico –

ou sobre o desenvolvimento da empatia na formação médica.....142

2.2.5.4 Síntese dos resultados qualitativos..... 156

Parte III - Discussão 159

Parte IV – Conclusão...... 189

Da *anestesia* à *estesia* na formação médica..... 194

Referências bibliográficas..... 201

Anexos..... 233

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 1)

Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética do CIP/UAL

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo 2)

Anexo 4: Escala de Reatividade Emocional de Davis – EMRI

Anexo 5: Estímulos Provocativos (para os grupos focais)

Anexo 6: Lista de Abreviaturas dos Tipos Psicológicos

Índice de Tabelas

Tabela 1. Os oito tipos psicológicos básicos de C. G. Jung.....64

Tabela 2. Os dezesseis tipos psicológicos de C. G. Jung.....67

Tabela 3. Algumas das características frequentemente associadas aos tipos *extrovertidos*.....68

Tabela 4. Algumas das características frequentemente associadas aos tipos *introvertidos*.....69

Tabela 5. Tipos psicológicos mais frequentes obtidos por meio do QUATI por gênero.....102

Tabela 6. Tipos psicológicos mais frequentes obtidos por meio do QUATI por anos do curso.....103

Tabela 7. Médias das dimensões da empatia obtidas por meio da EMRI, de acordo com o gênero.....104

Tabela 8. Médias das dimensões da empatia obtidas por meio da EMRI, por anos do curso.....105

Tabela 9. Médias das dimensões da empatia (EMRI), por anos do curso, em estudantes do gênero feminino.....106

Tabela 10. Médias das dimensões da empatia (EMRI), por anos do curso, em estudantes do gênero masculino.....107

Tabela 11. Coeficientes de correlação entre os domínios das variáveis do estudo – empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI).....108

Tabela 12. Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios das variáveis do estudo - empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI) - em estudantes do gênero feminino..... 109

Tabela 13. Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios das variáveis do estudo – empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI) - em estudantes do gênero masculino..... 110

Tabela 14. Análise de regressão linear simples entre os domínios da EMRI e os domínios do QUATI..... 111

Tabela 15. Análise de regressão múltipla hierárquica entre gênero, domínios do QUATI e o domínio Consideração Empática..... 112

Tabela 16. Análise de regressão múltipla entre Gênero, domínios do QUATI e o domínio Angústia Pessoal 113

Tabela 17. Siglas utilizadas para designar os estudantes colaboradores da pesquisa..... 121

Tabela 18. Categorias e Subcategorias de Análise que explicam os entraves para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina 156

Tabela 19. Categoria e Subcategorias de Análise que explicam como os diversos tipos psicológicos acreditam que aprenderam a ser empáticos e quais as contribuições do processo de formação médica no desenvolvimento da empatia..... 157

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama das funções psicológicas, de acordo com o modelo de C. G. Jung.....63

Figura 2. Dinâmica da personalidade, de acordo com o modelo de C. G. Jung.....66

Figura 3. Fluxograma do desenho metodológico da pesquisa..... 85

Figura 4.Diagrama dos atributos avaliados no QUATI..... 96

Figura 5. Síntese das subcategorias que se mostram como entraves no desenvolvimento da empatia..... 142

Figura 6. Síntese das subcategorias ditas facilitadoras no desenvolvimento da empatia..... 156

Figura 8. Diagrama do modelo para desenvolvimento da empatia em docentes.....193

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIS – Ações Integradas em Saúde.

CCS – Centro de Ciências da Saúde.

CES – Conselho de Ensino Superior.

CNE – Conselho Nacional de Educação.

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais.

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

EMRI – Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal.

EPI - *Eysenck Personality Inventory*

ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará.

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília.

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil.

GT – Grupo Tutorial.

IRI - *Interpersonal Reactivity Index.*

QUATI – Questionário de Avaliação Tipológica.

LH – Laboratório de Habilidades Médicas.

LMF – Laboratório Morfo-funcional.

MBTI – *Myers-Briggs Type Indicator*.

MCF - Modelo dos Cinco Fatores .

MEC – Ministério da Educação e Cultura.

NEO-FFI – *NEO Five-Factor Inventory.*

NEO-PI – *NEO Personality Inventory.*

OSCE – *Objective Strutured Clinical Examination.*

PBL – *Problem Based Learning*.

PET – Programa de Eduação Pelo Trabalho.

PPC – Projeto Pedagógico do Curso.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UEL – Universidade Estadual de Londrina.

UFRR – Universidade Federal de Roraima.

UNIFOR – Universidade de Fortaleza.

VERAS – Vida do Estudante e do Residente na Área da Saúde (Projeto de Pesquisa)

16PF - *The Sixteen Personality Factor Questionnaire*

Tipos Psicológicos e Empatia:
Contribuições da Psicologia para a Formação do (ser) Médico.

Introdução

No contexto da Psicologia, a empatia é um construto amplamente investigado, com aplicação nos mais distintos cenários – clínico, experimental, institucional, organizacioinal, educacional, dentre outros. Estudos mostram que a empatia é um elemento de relacionamento eficaz na terapia baseada em evidências (Norcross & Wampold, 2011), e que, sob diversas abordagens psicológicas, está relacionada a bons prognósticos terapêuticos (Dubnicki, 1977; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011). Sua importância nas relações humanas, em particular no âmbito da Psicologia da Saúde, atrai a atenção da comunidade científica, pois sua presença na relação médico-paciente demonstra interferências positivas na satisfação do usuário dos serviços de saúde; na adesão à terapêutica e nos processos de comunicação – das interações mais elementares à transmissão de más notícias (DiMatteo, Hays & Prince, 1986; Van Dulmen & Bensing, 2002; Clucas & Claire, 2011).

Os adoecimentos decorrentes de atividades e estilos de vida estressores, contudo, mostram-se capazes de atravessar as relações, na medida em que reduzem a capacidade empática do profissional da saúde (Halpern, 2003; Larson & Yao, 2005; Pedersen, 2010). Considerando-se o ritmo acelerado da vida cotidiana, imposto pelas necessidades exacerbadas de produção/consumo e reforçado pelos avanços tecnológicos; a soberania do conhecimento técnico-científico desvinculada da valorização dos aspectos humanos-sociais e a consequente mecanização do homem (Dejours, 1992; Novaes, 2003; Bauman, 2001), percebe-se que tais fatores, somados, levam ao adoecimento, à cisão do homem, e provocam a desumanização das relações (Duarte, 1999; Morin, 2002), afetando, assim, gravemente a qualidade da assistência em saúde (Stewart, Brown, Weston et al., 2010).

Vale ressaltar que tal processo de adocimento, muitas vezes, tem início ainda durante a formação profissional, quando já é possível começar a haver perdas sobre a capacidade empática nas relações em saúde (Pedersen, 2010; Mazurkiewicz, Korenstein, Fallar & Ripp, 2012).

Na ânsia de reconstituir o elo que une as dicotomizações potencializadas na contemporaneidade, diversas medidas, envolvendo políticas públicas de humanização, no Sistema Único de Saúde (SUS)[1] e reconfiguração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[2] para formação profissional, foram instituídas na área da saúde. As queixas da comunidade, porém, quanto à baixa qualidade do atendimento, o distanciamento entre o profissional e o paciente, bem como a ineficiência no estabelecimento de vínculos que facilitem o cuidado em saúde, persistem e clamam por atenção (Lopes, 2005; Stweart et al., 2010).

Com efeito, multiplicaram-se e auferiram visão pública os estudos em educação médica, sobretudo aqueles voltados para o ensino das humanidades e seus temas transversais – relação médico-paciente, habilidades de comunicação, profissionalismo, ética e liderança em saúde (O'Connell & Pascoel, 2004; Hirsh, 2007; Musson, 2009). Ultrapassando as orientações das diretrizes, a necessidade de reaproximar o binômio médico-paciente e de superar do modelo biomédico para pôr em prática um modelo centrado no paciente, fez com que os pesquisadores se debruçassem sobre as possibilidades de desenvolver a capacidade de

[1] Consiste no sistema público de saúde no Brasil, criado para garantir, por dever do Estado, o direito à saúde universal e gratuita para todos os cidadãos brasileiros.

[2] São orientações do Ministério da Educação (MEC), analisados pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias envolvidas com a formação dos profissionals da saúde, no intuito de nortear a elaboração e desenvolvimento dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de graduação.

empatia nos cursos de Medicina (Forrest, 2011; Hojat, 2009; Kelm, Womer, Walter & Feudtner, 2014; Platt & Keller, 1994; Rosenthal, 2011; Stepien & Baernstein, 2006).

A empatia, aqui compreendida com base na definição de Davis (1996), - como construto multidimensional que abrange a capacidade de conhecer a realidade desde a perspectiva do outro e de reagir afetivamente no sentido da relação de ajuda, sem que, com isso, sofra danos psíquicos -, é tomada como habilidade clínica e alvo de uma miscelânea de intervenções educacionais que, embora sejam relevantes, na maioria das vezes, ainda permancem inseridas de maneira contingencial e fragmentada, em currículos de formação médica (Spiro, 1992; Shapiro, 2008).

É importante enfatizar o fato de que o delineamento de tais intervenções não costuma levar em consideração a diversidade das características individuais, a heterogeneidade dos tipos de personalidade ou dos estilos cognitivos dos estudantes. Ratifica-se a idéia de que processos de ensino que não consideram tais particularidades, por sua vez, podem não surtir efeito ao nível do desenvolvimento deste tipo de competências – atitudinais ou de profissionalismo - pois não sendo inclusivos das múltiplas personalidades, inadvertidamente, excluem pessoas e potencialidades do processo de aprendizagem.

Assim, as dificuldades de integrar habilidades, atitudes e conhecimentos, aliadas à negligência na compreensão e aceitação dos diversos modos de aprender e dos universos subjetivos dos estudantes, tendem a prejudicar as relações humanas e empáticas nos ambientes educacionais. Nesse sentido, o entendimento dos tipos psicológicos, de acordo com Jung (1971), parece trazer contribuições necessárias à realidade em questão, pois pode revelar as formas preferidas de uma pessoa agir, julgar e perceber o mundo, e permitir uma associação a estilos distintos de aprendizagem (Myers-Briggs, 1976; Kolb, 1984; Zacharias, 1995; Judith & Archors, 2003). Diante disso, nascem as perguntas norteadoras desta

investigação: quais os tipos psicológicos mais associados à empatia? Como pessoas de tipos psicológicos distintos aprendem empatia? Quais as contribuições e os entraves da formação médica no desenvolvimento da empatia? Como otimizar e possibilitar o "ensino" da empatia na formação médica?

Em contato com uma escola médica do Nordeste brasileiro - cujo Projeto Pedagógico do Curso (PPC) foi elaborado no sentido de atender às demandas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com os eixos técnico-científico, profissional-humanístico e assistencial-comunitário articulados longitudinalmente em um desenho curricular de metodologias inovadoras - procurou-se explorar as características dos estudantes de Medicina tendo em consideração variáveis sociodemográficas, os tipos psicológicos, o nível de empatia e experiências de aprendizagem de empatia. A articulação entre estes construtos tem o intuito de aprofundar a compreensão do desenvolvimento de competências clínicas e aprendizagem destas, de modo que os dados encontrados possam contribuir para reflexões que promovam o desenvolvimento de modelos de aprendizagem da empatia aplicados à formação médica.

A fim de aprofundar a temática de um modo compreensivo e de aceder a múltiplas perspectivas (compreensiva, descritiva, explicativa), permitindo a recolha de dados mais rica e a respectiva análise conjunta dos dados, recorreu-se a uma metodologia mista sequencial, desenvolvida em duas fases (Creswell, 2010; 2011; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). A escolha do método misto de pesquisa foi fortemente influenciada pela complexidade do estudo e também pela necessidade de viabilizar novas evidências consistentes, em origem na triangulação dos dados, que sejam geradoras de reflexões no campo de interface da Psicologia com a Educação e a Medicina.

Na primeira fase, quantitativa, o objetivo central foi conhecer os tipos psicológicos dos estudantes de Medicina e as possíveis relações entre os grupos de diferentes tipos

psicológicos e os níveis das dimensões de empatia - *compreensão empática, tomada de perspectiva e angústia pessoal* - considerando o gênero e o tempo de curso na análise da amostra.

Para tal, 215 estudantes, selecionados por conveniência (Marroco, 2010), preencheram os instrumentos para avaliação do tipo psicológico – Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI (Zacharias, 2003), e da empatia – Escala de Reatividade Multidimensional de Davis – EMRI (Davis, 1996), ambas validadas para uso no Brasil.

Com suporte nos dados recolhidos na primeira fase, selecionaram-se 64 estudantes para a segunda fase, quando se desenvolveu o estudo qualitativo, cujo objetivo foi conhecer o processo de desenvolvimento da capacidade de empatia nos estudantes com escores mais elevados de empatia e de tipos psicológicos distintos; além de identificar os aspectos relevantes da formação em Medicina no desenvolvimento da empatia.

Na discussão dos resultados, uma vez integrados os resultados quantitativos e qualitativos (Creswell, 2005), foi possível desenvolver uma reflexão acerca de possibilidades de intervenção para o desenvolvimento da empatia nos currículos de formação médica, na qual se evidenciou, sobretudo, a importância da investigação e abordagem da empatia junto ao corpo docente.

PARTE I

Revisão da Literatura

Para o desenvolvimento deste estudo, fez-se necessária a revisão da literatura científica sob a observação crítica e interlocução teórica dos autores referenciados, sobre a qual se alicerçará a construção de uma tríade conceitual. Nos estudos teóricos, portanto, estão expostos os três pontos de confluências conceituais que embasam esta investigação. No primeiro deles, trata-se **sobre a empatia,** com origem na gênese nos campos da Filosofia e da Estética, passando pelas teorias psicanalíticas (Bollogni, 2008; Ferenczi, 1990), pelas psicologias analítica (Jung, 1971; 1985), humanista (Rogers, 2001; Rogers & Rosemberg, 2005, Moreira, 2009), cognitivo-comportamental (Falcone, 2000; 2001) e desenvolvimentista (Davis, 1980; Hoffman, 1977), chegando aos conceitos mais recentemente adotados pela educação médica (Hojat et al, 2002b; Halpern, 2003; Larson & Yao, 2005). No segundo, discute-se sobre o contexto filosófico da desumanização do homem (Bauman, 2001; Lipovetsky & Charles, 2004; Morin, 2002; Novaes, 2003) para que o debate adentre o campo da educação, mais especificamente **sobre a formação atitudinal do médico** na contemporaneidade, considerando as dimensões humanística e atitudinal (Guggenbuhl-Craig, 2008; Schiller, 2002; Shapiro, 2008; Spiro, 1992). Finalmente, no terceiro ponto, **sobre a personalidade** buscam-se as conexões e contribuições da tipologia junguiana (Jung, 1971; von Franz & Hillman, 1990), para melhor compreensão dos processos de aprendizagem - que levam ao conhecimento e de *si* e do *outro* para o desenvolvimento do ser integral (Cavalcante Jr, 2001; Duarte Jr., 1988, 2001; Freire, 2001, 2005; Matte-Blanco, 1988; Schiller, 2002).

1.1 Empatia

É indizível o que me aconteceu em forma de sentir: preciso depressa de tua empatia. Sinta comigo.

Clarisse Lispector (1998)

A empatia é considerada importante elemento nas relações terapêuticas, pelas várias abordagens psicológicas, da Psicanálise (Kohut, 2010) à Abordagem Centrada na Pessoa (Rogers & Rosemberg, 2005), passando pela cognitivo-comportamental (Thwaites, R. & Bennett-Levy, J., 2007). E este elemento é relacionado a bons prognósticos na psicoterapia (Dubnick, 1977; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011).

Na medida em que, no campo da Psicologia da Saúde, percebe-se que comportamento afetivo (Bensing, Schreurs & Rijk, 1996), o calor interpessoal e o respeito (Kenny, 1995) denotam impacto na satisfação do paciente na consulta médica, ou seja, quando o "saber *ser*" ganha espaço junto ao "saber *fazer*", a empatia passa a ser um tema cada vez mais explorado na literatura sobre formação médica.

Falar sobre empatia - que parece ser algo de compreensão quase intuitiva e espontânea para aqueles que autenticamente ocupam o lugar de psicoterapeutas (Hassenstab, Dziobeck, Rogers, Wolf & Convit, 2007), mostra-se um desafio de grandes proporções quando outros campos profissionais, que se valem das reflexões oriundas das psicologias modernas aplicadas, buscam compreendê-la como conceito. Considerada como elemento fundamental na relação médico-paciente (Costa & Azevedo, 2010), a empatia acumula definições distintas e, por vezes, confusas (von Fragstein et al, 2008; Hojat, Gonnella, Nasca, et al., 2002b;

Johnson, 1990). Entende-se, no entanto, que todas as definições levam a reflexões necessárias para recobrar e sedimentar o campo humanístico no saber médico contemporâneo.

Com efeito, extensas revisões de literatura (Simone, 2010, Sampaio, Camino & Roazzi, 2009) sobre o tema já trataram de apresentá-lo com precedência na sua construção etimológica e histórica, e posicioná-lo numa linha do tempo que se inicia na Filosofia e passa pela Estética (Howes, 1913), para adentrar o campo da Psicologia estruturalista alemã, prosseguir nas psicologias experimentais e da percepção, expandir-se para o campo da Psicanálise, das psicologias humanistas, cognitivistas, evolucionistas e do desenvolvimento, ao passo em que se torna relevante para as psicologias sociais e das psicologias da personalidade. Além disso, nas últimas décadas, as Neurociências trataram de aprofundar-se nos aspectos biológicos e processos neuronais da empatia, e trazem, para o campo científico, a promessa de grandes avanços nos estudos do tema (Iacoboni & Dapretto, 2006; Singer et al., 2004). Portanto, a breve revisão histórica na elaboração do conceito de empatia torna-se importante no entendimento de sua inserção no campo da saúde.

1.1.1 Os conceitos de empatia

No final do século XIX, o termo cunhado pela estética alemã, *Einfuhlung* - traduzido como "sentir em", e de onde brotam as raízes do conceito de empatia - era utilizado por Robert Vischer, em sua Psicologia da Estética e da percepção do objeto, para descrever o processo mediante o qual o sujeito percebia o objeto estético desde de uma projeção de si mesmo. Ou seja, ao observar o objeto estético, aquilo que era percebido pelo sujeito não pertencia ao objeto, mas provinha de si mesmo, projetado no objeto (Howes, 1913). Já no início do século XX, ainda no âmbito dos teóricos da Psicologia da Estética - dentre os quais

se destaca Theodor Lipps – procurou-se expandir a compreensão da experiência da *Einfuhlung,* utilizando-a para explicar o modo como as pessoas se apropriavam dos significados dos objetos estéticos e da consciência de outras pessoas (Montag, Galliant & Heinz, 2008). Para Lipps, que começou a organizar o conceito para a Psicologia, tal processo ocorre como atividade interna da pessoa, na qual ressoam os estímulos do objeto, que, conectados intrinsecamente com ela, dão sentido às experiências percebidas. Nessa direção, os psicólogos passaram a observá-la como faculdade por via da qual as pessoas compreendiam umas às outras, sentiam e percebiam o que acontece com os outros, como se elas mesmas estivessem vivenciando as experiências alheias. No entanto, o psicólogo estruturalista Edward Titchener quem primeiro tomou emprestada a noção ainda confusa de *Einfuhlung* proposta por Lipps para cunhar o termo *empathy*, passando pela palavra grega *empatheia* – onde *em,* traduz-se em dentro, e *pathos*, em sofrimento ou paixão – e inserindo-a definitivamente na Psicologia como *empatia* (Eisenberg & Strayer, 1990).

É importante dizer que Titchener se preocupou em diferenciar *empatia* de *simpatia*, esclarecendo que

> *[...]empathy is more likely to involve the same muscles and reactions as those in the sufferer, while sympathy responses may be similar rather than then the same. In empathy, the self is the vehicle for understanding, and it never loses its identity. Sympathy, on the other hand, is concerned with communion rather than accuracy, and self-awareness is reduced rather than enhaced. In empathy, one person reaches out for the the other person, whereas in sympathy, the sympathiser is moved by the other person* (Wipsé , 1991, p.21) .

Portanto, considerando *empatia* e *simpatia* no contexto da relação terapêutica, a primeira conserva a perspectiva cognitiva do profissional diante do paciente, enquanto na segunda, o profissional é levado sobretudo pelo contexto afetivo da relação, o que pode gerar dificuldades nas condutas terapêuticas (Hojat, Gonnella, Nasca et al., 2002).

Embora tenha sido explorada pelos teóricos da personalidade com certa importância, a empatia tornou-se ainda mais relevante nos campos das psicologias cognitiva, do desenvolvimento e, sobretudo, da psicoterapia, perpassando os discursos da relação terapêutica e estabelecendo-se mais intensamente como inteligência social ou habilidade social (Eisenberg & Strayer, 1990).

Na perspectiva da Psicanálise, ainda que não se tenha dado muita atenção à empatia em Freud, a *Einfuhlung* foi várias vezes explorada em sua obra, como fenômeno predominantemente cognitivo, e muitos dos estudos psicanalíticos abrigam seu conceito nos limites dos conceitos de transferência e contratransferência (Coelho Jr., 2004; Kohut, 1959; Kohut, 2010; Possani, 2010). Ferenczi (1990) dá sentido mais afetivo e emocional à empatia e conduz suas elaborações para a rede intersubjetiva da experiência analítica, apontando as relações empáticas como vinculos entre almas, em que há fusão de idéias, sentimentos e imagens de representações mediante o "sentir com".

Nesse sentido, Jung (1991), também observa a empatia do termo alemão *Einfuhlung*, por meio dos olhos da Filosofia[3] e da Estética[4], para compreender a relação empática como uma "animação estética", onde o sujeito empático "anima" não apenas pelo pensamento ou via sentimento, mas por todo e qualquer processo interior, o objeto empatizado. Para Jung, empatia é extroversão, porquanto exige que o sujeito empático se entregue num ato de confiança ao mundo, afirmando que

> É verdade que a empatia pressupõe uma solicitude, uma confiança do sujeito no objeto. A empatia é um movimento solícito que vai ao encontro, que transfere o conteúdo subjetivo para

[3] "Quando percebo um objeto, experimento como se dele proviesse ou se nele estivesse, enquanto percebido, um impulso para um modo determinado de comportamento interior que parece ser dado por ele, comunicado a mim por ele" (Jung,1991 citado por Lipps, 1906, p.193).

[4] Em seu texto "*O problema das atitudes típicas na estética*", Jung (1991), cita por diversas vezes Wilhelm Worringer, historiador de arte, e sua obra "*Abstraktion und Einfühlung"*.

> o objeto, provocando uma assimilação subjetiva e fazendo com que haja bom entendimento entre sujeito e objeto [...] (p. 280).

Conclui que a pessoa empática encontra-se inserida em um universo que clama por seu sentimento subjetivo e que, somente por meio deste, pode provê-lo de vida e alma (Jung, 1991). Para que haja o encontro analítico, faz-se então necessário um investimento energético do analista, no sentido do estabelecimento de uma empatia positiva com o analisado; assim, e somente assim, dar-se-á a transformação na relação terapêutica, na medida em que também mobilizará o investimento energético do analisando, ao qual estará sujeito o analista (Jung, 1985). Assim, o analista precisa estar preparado para provocar o que Jacoby (1984) chama de ressonância empática, mecanismo através do qual a reflexão do outro em si enseja reconhecimento e valorização do "indivíduo-na-ação". Jung (1985) por sua vez lembra que, nessa situação, médico e paciente se encontram igualmente em análise. Se o primeiro se fecha, o segundo também o faz, comprometendo a qualidade do processo terapêutico.

Na empatia, o analista experimenta nele mesmo a imagem vista através dos olhos do outro, sejam estes os olhos de sua imaginação, do pensamento, do sentimento ou das sensações (Jung, 1991). Há, contudo, o alerta para que, nesse processo de experienciar "de dentro" do outro, o analista não se perca de si mesmo, e conserve sua capacidade de analisar, na consciência, o outro, visto de fora, pois, como assinala Jacoby (1984), influenciada pelo pensamento de Martin Buber[5],

> *The I-Thou relation of the analyst to his analysand consists in having "one foot in and one foot out", as the saying goes. "One foot in" means the empathy, feeling oneself into the inner experience of the patient. "One foot out"means the possibility of looking at him from outside, controlling one's empathy by relating it to the overall contexto of the psychology and*

[5] Filósofo austríaco, que produziu pensamentos significativos no campo da intersubjetividade, até meados do século XX. Suas ideias acerca da das relações *eu-tu* e *eu-isso* influenciaram o debate sobre as relações e a experiência no campo da Educação.

> *developmental phase of the patient. Empathy alone, in spite of its utmost importance, can be misleading since one's own feeling-experiences may easily be confused with those of the patient* (p.53).

Nesta compreensão, há um movimento de entregar-se e abrir-se ao outro, articulado ao afastamento necessário para que se perceba este outro e não se confunda inteiramente com ele – evitando o mecanismo de identificação. Somente deste modo, ao preservar a própria perspectiva no ato de estar na experiência do outro, e articular extroversão e introversão, projeção e introjeção, é possível ao analista intervir no sentido de ajudá-lo.

Quando a empatia é observada desde a perspectiva humanista, sob a lente da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers (Rogers & Rosemberg, 2005), percebe-se uma aproximação prática dos referenciais já citados, a despeito da distinção epistemológica entre eles. As convergências evidenciam-se, muito embora o processo empático em Rogers seja o de "aperceber-se com precisão do quadro de referências internas da outra pessoa, juntamente com os componentes emocionais e os significados a ele pertencentes" (pp.72), não se tratando de projetar-se no outro, mas de viver "como se" fosse o outro. Para Rogers (Rogers & Rosemberg, 2005),

> A maneira de ser em relação a outra pessoa denominada empática tem várias facetas. Significa penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verificam nesta pessoa em relação aos significados que ela percebe, ao medo, à raiva, à ternura, à confusão ou ao que quer que ele/ela esteja vivenciando. Significa viver temporariamente sua vida, mover-se delicadamente dentro dela sem julgar, perceber os significados que ele/ela quase não percebe, tudo isto sem tentar revelar sentimentos dos quais a pessoa não tem consciência [...]. Significa avaliar com ele/ela a precisão do que sentimos e nos guiarmos pelas respostas obtidas. Passamos a ser um companheiro confiante dessa pessoa em seu mundo interior (idem, p.73).

Observa-se o "sentir com", aqui desprovido de julgamento, no terapeuta empático, o qual, ao passo em que entra o mundo perceptual do outro, pensa, sente e avalia o seu mundo vivido, sendo com ele, nele. Moreira (2009), entretanto, joga luz sobre o mundo vivido do próprio terapeuta dentro do processo empático e chama a atenção para as contribuições merleau-pontyanas à empatia humanista, afirmando ser impossível que o terapeuta se livra completamente de seu *Lebenswelt*[6], pois está claro que a redução fenomenológica nunca é completa, mesmo que haja empatia. Dito de outro modo, o mundo vivido terapeuta e o mundo vivido do cliente estarão em diálogo na relação terapêutica, ainda que o terapeuta ponha entre parênteses os seus próprios conteúdos na busca de perceber o mundo sob a perspectiva do cliente.

De tal maneira, ser empático em uma relação de ajuda demanda grande experiência do profissional que conduz o processo. É preciso que o terapeuta esteja preparado o suficiente para receber verdadeiramente os sentimentos de ira ou de amor do cliente, sem que, com isso, seja destruído ou aprisionado. Assim, toda cautela se faz imprescindível para o terapeuta poder compreender os clientes em níveis mais profundos sem temer ou se perder de si mesmo (Vincent, 2005), pois "estar com o outro desta maneira significa deixar de lado, neste momento, nossos próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do outro sem preconceitos" (Rogers & Rosemberg, 2005, pp.73), ao passo em que se é inevitavelmente atravessado pelo próprio *Lebenswelt* (Moreira, 2009); risco este também exposto na perspectiva da Psicologia Analítica, uma vez que a empatia ocorre de tal modo que, na relação, o analista é igualmente capaz de se achar na experiência interna do analisando, com

---

[6] Termo alemão, difundido pela fenomenologia de Hurssel e compreendido como "mundo vivido". Para Moreira (2009), *"o conceito de lebenswelt inclui justamente o entrelaçamento da experiência objetiva com a subjetiva. [...] O lebenswelt é o segmento da existência mundana vivida pelo indivíduo em sua unicidade. Os conteúdos podem variar de uma sociedade a outra, mas a forma de lebenswelt é única" (p.61).*

tudo o que ela possa envolver. Desse modo, as interlocuções do mundo do outro com o próprio mundo do terapeuta ocorrem separadas por uma linha tênue, que embora não deva se romper, jamais pode perder a maleabilidade e, por que não dizer, a permeabilidade.

No âmbito das psicologias cognitivas e do desenvolvimento, a empatia constitui-se como um desdobramento em resposta ao seu alvo e à situação, e ganha contornos de construto. Em Davis (1980), é considerada, então, como um processo psicológico que engloba um conjunto de mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais como resultados em reação às experiências observadas de outro. Ao possuir componentes afetivos e cognitivos, a empatia envolve a apreensão cognitiva da resposta de outra pessoa às situações – compreende a situação do outro – e também se define como resposta emocional congruente à resposta do outro, configurando-se como apreensão desse outro pela experiência emocional – sente e age no sentido da ajuda do outro (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990). A empatia é então, "a capacidade de compreender e de expressar compreensão aprofundada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem-estar desta" (Falcone, 2001, pp. 198).

Considerando os trabalhos de Batson (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley & Birch, 1981; Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987) e de outros autores (Davis, 1983; Siu & Shek, 2005), uma compreensão da empatia sob a perspectiva multidimensional é mais coerente para a análise e a compreensão da empatia do que perspectivas unidimensionais, uma vez que os estudos empíricos demonstram as relações de componentes. Isso não evita, contudo, que alguns teóricos direcionem seus focos para apenas uma das dimensões da empatia. Exemplo disso é o estudo de Hanson e Mullis (1985), que relaciona o desenvolvimento do raciocínio moral sob a influência da dimensão cognitiva da empatia.

Nesse âmbito, é importante dizer que as diferenças individuais no desenvolvimento da empatia ganham importância e são associadas a fatores biológicos e experienciais – em que se incluem as experiências vivenciadas pela criança em seu ambiente familiar, ante as situações de sofrimento; e as questões de gênero. Zahn-Waxler and Radke-Yarrow (1990) consideram o ambiente familiar o *locus* inicial para experiências de empatia das crianças, no qual a compaixão expressa por seus cuidadores e a maneira como são tratadas as emoções em situações de tensão emocionais influenciam no desenvolvimento do comportamento empático das crianças, estando elas no lugar de observadoras ou alvo da empatia parental. Sustentam, ainda que, embora os pais sejam considerados modelos importantes nesse cenário, a exposição a outros referenciais afetivos, como professores ou irmãos, pode potencializar o processo de aprendizagem sociorrelacional em que se insere a empatia.

Quanto às questões de gênero, estas auferiram um interesse crescente no âmbito da formação médica, visto que o número de mulheres crescem expressivamente na classe (Burton & Wong, 2004). Os estudos revelam, por exemplo, que pessoas do sexo feminino costumam ser mais reativas ao estresse diante do sofrimento humano (Marin, Morin-Major, Scharamek et al., 2012) e mais empáticas (Berg, Majdan, Berg, Veloski & Hojat, 2011b; Fields, Mahan, Tillman et al., 2011; Hoffman, 1977; Hojat, Glaser, Zu, Veloski & Christian, 1999) do que as do sexo masculino.

O entendimento da empatia como a capacidade de colocar-se no lugar do outro, experimentar com o outro o universo dele, a sentir, a pensar e a imaginar "como se" vivesse noutra pele, perceber o mundo através de lentes distintas, sem com isso abandonar as suas, e ser, então, capaz de movimentar-se no sentido da relação de ajuda, poderia ter sido dita por muitos dos estudiosos das diversas teorias psicológicas em discursos pronunciados de solos epistemológicos diversos, porém convergentes quando postos em termos práticos. O fato é

que, ora compreendida como traço de personalidade, ora como estado conectado à experiência vivida ou, ainda, como processo intrapessoal e interpessoal típico da relação terapêutica, a empatia é mencionada como necessária à sobrevivência da civilização (Rifkin, 2009); necessidade esta que parece urgir em tempos de crescente desumanização e de relações humanas fragilizadas pela intensa mediação tecnológica (Gonnella & Hojat, 2001) ou, como descrevem estudos sociológicos (Bauman, 2001, 2004), pela superficialização dos vínculos afetivos em detrimento ao culto do si mesmo, num contexto de mecanização das rotinas de trabalho e aceleração da produtividade intelectual e material para a aquisição de um poder de consumo ilusório e escravizador.

Percebe-se que os debates epistemológicos acerca de como é possível conhecer, perceber, sentir, comunicar-se e relacionar-se com outro são repletos de aproximações e distanciamentos que ora parecem ser complementares, ainda que opostos, ora se confundem em terminologias distintas, porém quase que espelhadas. Está cada vez mais evidente, no entanto, a ideia de que a discussão acadêmica chega à contemporaneidade com um propósito comum que transcende as fronteiras epistemológico-conceituais e transborda para a urgência de um fazer clínico ético, sensível e humano no campo da saúde.

Como visto, elaborações filosóficas, estéticas e psicológicas sobre a empatia, multiplicam-se e procuram dar conta de um fenômeno notadamente complexo e multidimensional (Simone, 2010). Por conta da diversidade de definições que confunde e torna ainda mais difícil a elaboração de um conceito tangível, é frequente que trabalhos na área da saúde a respeito da empatia (Hojat, Gonnella, Mangione et al., 2002; Mercer & Reynolds, 2002; Paro, 2013; Shapiro, 2008) iniciem seus discursos abordando tal complexidade, como se procurassem - já desacreditados de uma unidade teórica, mas

convencidos da necessidade prática - uma saída conceitual na síntese das múltiplas visões da empatia (Simone, 2010).

1.2 Empatia clínica

No campo da atuação do profissional de saúde, estudos apontam para componentes cognitivos e comportamentais da empatia, tentando abranger, no âmbito cognitivo, as habilidades de compreensão das emoções dos pacientes e a capacidade de comunicação desse entendimento e, no âmbito comportamental, as respostas que os médicos são capazes de manifestar às situações e emoções dos seus pacientes (Hojat, Gonnella, Mangione et al., 2002b; Kane, Gotto, Mangione, West & Hojat, 2007; Rahimi-Madiseh, Tavakol, Dennick, Nasiri, 2010). Nesse sentido, as abordagens mais comuns acerca do tema enaltecem o seu domínio cognitivo (Hojat, 2009; Magalhães, Costa & Costa, 2012; Simone, 2010), concentrando esforços de investigação e intervenção nas necessidades dos estudantes de Medicina em desenvolverem capacidades de compreensão e comunicação dos sentimentos e das experiências do outro, ainda que tais demandas permaneçam à margem do núcleo duro da Medicina, e os profissionais mais experientes, pouco preparados para manejar seu desenvolvimento (Pedersen, 2010).

Tal ênfase no componente cognitivo da relação médico-paciente recebeu influências dos pensamentos de William Osler, no início do século XX sobre a importância do total controle e afastamento emocional do médico em relação ao seu paciente, para uma intervenção mais precisa e segura (Halpern, 2003). A partir de tal compreensão, foi disseminada a intenção de completa neutralidade emocional do médico na relação profissional, e a empatia, definida como atributo cognitivo (em oposição a afetivo) - que

envolve compreender as experiências na perspectiva do paciente, combinado com a habilidade de comunicar essa compreensão para o paciente - é separada da simpatia - que reúne os aspectos emocionais da relação e oferece o risco da identificação com o outro. Apesar dessa separação conceitual, admite-se que os processos de empatia e simpatia não aconteçam separadamente um do outro (Hojat, Gonnella, & Nasca et al., 2002). Para Mercer e Reynolds (2002), a empatia clínica ou empatia médica envolve, então, a capacidade de compreender a situação sob a perspectiva do paciente, seus sentimentos e significados associados; a habilidade de comunicar sua compreensão e verificar sua exatidão, além da ação no sentido terapêutico do paciente.

Halpern (2003), no entanto, chama a atenção para a impossibilidade da neutralidade emocional do médico na relação com o seu paciente, e aborda claramente a relevância das emoções na empatia, suas articulações com a comunicação não-verbal e com o próprio raciocínio clínico do médico. Para a autora, as emoções internas percebidas pelo médico poderiam ser utilizadas como pistas na condução da investigação clínica do paciente, contanto que o profissional esteja de fato preparado para lidar com isso. De outra parte, o completo afastamento emocional do médico, se considerado possível, poderia dificultar sua capacidade de imaginar a condição vivenciada pelo outro e impossibilitar uma comunicação congruente com o que é sentido pelo paciente. Desta maneira, a habilidade profissional da empatia clínica seria caracterizada justamente por também utilizar os aspectos experiencial e subjetivos do médico, direcionando-os para os objetivos cognitivos de ajuda do paciente (Halpern, 2003).

Nessa direção, Larson e Yao (2005) aproximam a definição de empatia clínica da definição de empatia proposta por Davis (1983), que a considera como construto ou conceito complexo, multidimensional, com os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, que, embora intimamente correlacionados, podem ser claramente diferenciados uns dos

outros. As características do médico, do paciente e da situação onde o encontro clínico acontece podem interferir no processo empático. Este, por sua vez, envolve componentes cognitivos de complexidades diferentes que implicam processos intrapessoais – reações afetivas ou emocionais e reações não afetivas – e interpessoais – comportamentos sociais, de ajuda, e manejo de conflitos.

Como resultado do processo empático, o profissional de saúde pode vivenciar satisfação profissional e *burnout*, enquanto os pacientes tendem a manifestar maior satisfação e melhores resultados terapêuticos (Larson & Yao, 2005). Os autores levam o foco de suas discussões para a empatia como trabalho emocional a ser fortemente considerado e desenvolvido por profissionais da saúde em seus ambientes de trabalho. Caso contrário, o risco de esgotamento emocional e o adoecimento passam a inviabilizar o processo empático.

É fundamental, portanto, citar a importância da atenção às condições de vulnerabilidade psíquica dos profissionais de saúde - que podem facilitar o surgimento de psicopatologias, do *burnout* ao suicídio, passando pela depressão, a ansiedade e abuso de substâncias - identificada com frequência entre médicos em formação (Dahlin & Runeson, 2007; Guthrie, Black, Bagalkote et al., 1998; Inan, Saqib & Alam, 2003; Mori, Valente & Nascimento, 2012; Rosal, Okene, Okene, et al., 1997; Tyssen & Vaglum, 2002). Adicionalmente ao crescimento possível de vulnerabilidade do próprio estudante, ou para evitação do adoecimento, mecanismos de defesa psicológica podem se instaurar na relação entre o estudante e o seu contexto (Parekh, Majeed, Khan et al., 2010), provocando o afastamento nas relações e dificultando o estabelecimento dos vínculos humanos (De Marco, 2012). De um modo ou de outro, situações de estresse ou bem-estar podem, de fato, impactar nos padrões de comportamento (Voltmer, Rosta, Aasland & Spahn, 2010) e na capacidade empática dos médicos em formação (Thomas, Dyrbye, Huntington et al., 2007), podendo ter

implicações na relação médico-paciente (Mazurkiewicz, Korenstein, Fallar & Ripp, 2011) e na adesão ao tratamento (Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004).

Em complemetariedade ao que foi exposto, não se pode deixar de mencionar a aproximação feita, em textos médicos, da empatia à ideia de compaixão (Goetz, Kettner & Simon-Thomas, 2010), que revela ainda uma dimensão moral e espiritual (Carmel & Glick, 1996), muitas vezes negligenciada no estudo da empatia pelo caráter pouco científico, subjetivo ou místico que a caracteriza.

Para tomar como referência conceitual neste trabalho, a proposta de Davis mostra-se capaz de, mesmo com suas limitações, dar conta da complexidade do construto, considerando as emoções do próprio, ao passo que propõe a verificação e avaliação desse processo em diversas dimensões – cognitivas e afetivas - respeitando suas particularidades e integrando-as em uma definição que mais se aproxima das perspectivas múltiplas no campo da Psicologia (Davis, 1980, 1983).

1.1.3 As medidas da empatia

Em razão da ampla multiplicidade de definições a respeito da empatia, de toda a complexidade e subjetividade que o construto abrange, parece árdua e, certamente, inviável a sua quantificação precisa. Esta breve discussão, que antecede o capítulo metodológico na Parte II deste trabalho, a respeito da escala selecionada para o estudo, objetiva tão-somente chamar a atenção para a importância da seleção de um conceito de empatia capaz de denotar maior neutralidade em termos de abordagem psicológica e que, ao mesmo tempo, seja capaz, de dar conta das múltiplas dimensões do construto abordadas sob as várias perspectivas aqui

descritas, não ensejando desse modo, conflitos conceituais que inviabilizem a fundamentação teórica do trabalho.

É fundamental dizer que a intenção de medida da empatia, em termos quantitativos, não procura corresponder simplesmente à necessidade de enquadramento e objetivação do construto e sim possibilitar sua observação na correlação com fatores ambientais, relacionais, de desenvolvimento e outros determinantes contextuais. Desse modo, segundo Davis (1980), o desejo de conhecer os fatores que podem ou não impactar, positiva ou negativamente, o desenvolvimento da empatia, sustenta a intenção de discussões complexas e não limitantes da abordagem do construto, mesmo por via dos instrumentos de medida do construto.

Diversos instrumentos são utilizados com esse intuito. Paro (2013) menciona em sua tese sobre empatia, em estudantes de Medicina, uma revisão sistemática dos testes de empatia realizada por Hemmerdinger, Stoddart, & Lilford, et al. (2007), na qual são identificados oito questionários com evidências de validade e confiabilidade para medida da empatia entre médicos em formação. Dentre eles, apenas o inventário de Davis (1983), *Interpersonal Reactivity Index - IRI*, demonstrou avaliar diversificadas dimensões – afetivas e cognitivas – sem que direcionasse o foco para uma ou outra delas, por intermédio de itens divididos em duas subescalas afetivas - *personal distress* (angústia pessoal) e *empathic concern* (consideração empática) - e duas subescalas cognitivas - *role-taking* (tomada de perspectiva) e *fantasy* (fantasia).

No Brasil, entretanto, conhecida como Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal – EMRI, a escala foi validada em três dimensões das quatro originalmente desenvolvidas - duas afetivas e uma cognitiva – a saber: 1) consideração empática, que verifica os sentimentos de acolhimento, compaixão e solidariedade projetados no outro que precisa de ajuda, 2) angústia pessoal, ao avaliar sensações afetivas de desconforto

direcionadas ao *self* diante do sofrimento de outro; e 3) tomada de perspectiva, que mensura a capacidade cognitiva de se colocar no lugar do outro e tomar consciência de seus sentimentos e pensamentos. A dimensão da fantasia, que verifica a capacidade de imaginar o que sentem personagens fictícios na literatura ou no cinema, por exemplo, foi desconsiderada, por seu forte caráter cultural, que impossibilitou a adaptação ao público brasileiro, sem que houvesse viés significativo (Koller, Camino & Ribeiro, 2001).

Dados interessantes são produzidos através da utilização de instrumentos de medida como a EMRI. O gênero, por exemplo, tem sido apontado como fator influente na empatia, considerando que pessoas do sexo feminino costumam ser mais empáticas do que as do sexo masculino (Berg, Majdan, Berg, Veloski & Hojat, 2011b; Fields, Mahan, Tillman et al., 2011; Hoffman, 1977; Hojat, Glaser, Zu, Veloski & Christian, 1999). Com relação ao tempo de curso, alguns estudos transversais apontam que a empatia declina no decorrer da formação médica (Hojat, 2009: Nunes, Williams, Sa & Steverson, 2011), embora Paro (2013), afirme que os estudos expressando diminuição da empatia no decorrer do curso possuem fragilidades estatísticas no que tange ao tamanho dos efeitos, comprometendo a significância dos resultados. Um estudo longitudinal realizado por Quince, Parker, Wood e Benson (2011) com estudantes universitários do Reino Unido, exprime estabilidade da empatia durante a formação médica, semelhante ao que foi verificado por Calabrese, Bianco, Mann, Massello e Hojat (2013) em estudo transversal com estudantes norte-americanos. Tais resultados diferem dos encontrados em uma instituição portuguesa por Magalhães, Salgueira, Costa e Costa (2011), ao revelarem maiores médias de empatia em estudantes dos anos finais do curso de Medicina, quando comparadas às medidas dos estudantes ingressantes no mesmo curso.

Embora as medidas autorreferidas de empatia denotem limitações – pela dificuldade de representação de um construto tão complexo, ou pela possibilidade de manipulação pelo

sujeito para satisfação das expectativas sociais (Handford, Lemon, Grimm & Voltmer-Comma, 2013) – suas aplicações se exibem relevantes no campo da Psicologia da Saúde e da Educação Médica. Isto porque, em um momento em que a capacidade de ser empático é objeto de grandes sanções pelo contexto atribulado do mundo do trabalho na saúde, aliado aos modos de vida acelerados, superdesenvolvidos na atualidade; pesquisadores utilizam-se de instrumentos de medida da empatia (Barros, Falcone & Pinho, 2011; del Barrio, Holgado & Carrasco, 2009; Hojat, Vergare, Maxwell et al., 2009; Rosenthal, Howard, Schulussel et al., 2011) para suscitar produtivas discussões acerca da qualidade da Educação Médica e suas lacunas, com origem nas quais se ampliam as perspectivas para o contexto de desumanização da prática médica, suas possíveis causas e prováveis soluções.

1.2 Formação atitudinal do médico

Faça esforços para não sucumbir a um dos grandes males da medicina atual: a insensibilidade.

Àlvaro Leite (in Leite & Coelho Filho, 2010)

Conforme as discussões anteriores, a empatia traz fundamental importância nas relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e seus pacientes, e isso a transforma em um construto a ser investigado para o aperfeiçoamento das intervenções que buscam o seu desenvolvimento no ensino superior. Assim, a preocupação com a humanização das relações na saúde passa fortemente pelo interesse em aumentar a satisfação e a adesão do paciente perante as orientações profissionais e, consequentemente, potencializar a eficácia terapêutica dos processos de cuidado (DiMatteo, Hays & Prince, 1986; Kenny; 1995; Bensing, Schreurs & Rijk, 1996).

As tentativas de enxertar a humanização nos currículos de formação médica se multiplicaram e promoveram extensas reflexões sobre os contextos cultural, social e educacional nos quais se inserem as ações formativas voltadas para o desenvolvimento atitudinal e do profissionalismo em saúde, onde está incluído o comportamento empático (Rios, 2010). Portanto, exibe-se como interessante uma aproximação das realidades sociológica, educacional e filosófica para uma melhor compreensão do fenômeno explorado na investigação, com vistas à articulação com as evidências mais recentes a respeito do tema, como se segue neste capítulo.

1.2.1 A (des)humanização da prática médica

Médico, ajuda-te a ti mesmo; assim, ajudas também o teu doente.
Seja a melhor assistência do doente
ver com os seus próprios olhos o que se cura a si mesmo.

Frederich Nietzcshe (2011)

São comuns as queixas dos pacientes no que se refere ao distaciamento das relações no âmbito da atenção à saúde. As evidências de que a satisfação dos usuários é reduzida quando falta manejo afetivo por parte do médico (Bensing, Schereurs & Rijk, 1996) ou quando a abordagem no atendimento não é centrada no paciente (Van Dulmen & Bensing, 2002), revelam uma realidade que certamente está perpassada pelas questões sociais dos modos de vida e trabalho na contemporaneidade.

Na hipermodernidade descrita por Lipovetsky and Charles (2004), a pressão temporal cresce incessantemente, na medida em que aumentam as urgências e suas intensidades. Corre-se contra o tempo. Na cultura dos excessos, as necessidades do consumo do prazer e do poder alcançam proporções antes inimagináveis e trazem consigo a vivência superficializada do efêmero nas relações, nas afinidades, nos afetos (Bauman, 2001, 2004). Como já previa Morin (2005), dentro da teia complexa da existência humana, os espaços para "ser" são restringidos, enquanto as ações mecanizadas e esvaziadas de sentido fomentam o distanciamento do homem de seu caráter humano. No íntimo dessa realidade contemporânea, formam-se profissionais da saúde, cuja missão essencial configura-se no acolhimento, no cuidado e no alívio do sofrimento.

Ora, se está em crise a comunicação afetiva, a troca, a manutenção e a verticalização nas relações humanas (Bauman, 2004), é natural que tais necessidades cheguem aos serviços

assistenciais da saúde, ironicamente conduzidos por profissionais que podem, igualmente, carecer do mesmo conteúdo. De acordo com Rios (2010), está constituído, deste modo, um problema generalizado de insatisfação por frustração e vulnerabilidade do cuidador e daquele que busca o cuidado. A possivel vulnerabilidade do profissional poderá ter igualmente um impacto negativo nos cuidados prestados. A formação profissional, com seus currículos focados essencialmente na transmissão e aquisição de conteúdos, distribuídos em tempo integral, em estruturação rígida e fragmentada é apontada como reforçador das fragilidades sociais e pessoais do médico (Dyrbye, Thomas, Harper et al., 2009).

Para muitos dos que seguem a profissão médica, o esforço físico e cognitivo costuma se iniciar ainda na adolescência. Decidir tornar-se médico significa, não raramente, se dedicar a períodos incansáveis de estudo e adentrar o mundo de concorrência, que tem seu ponto de partida nas turmas especiais do ensino médio[7], enfrenta as provas de admissão ao ensino superior[8], perdura na sua formação profissional, passa pelas provas de residência médica[9], os concursos públicos e, muitas vezes, nunca se encerra (Shaw, Wedding, Zeldow & Diehl, 2001). Tal contexto é marcado, portanto, pela intensa competitividade entre pares (Rios, 2010; Alves, 2011). No decurso da formação profissional, é preciso lembrar que uma pessoa – em seus aspectos físicos, psicológicos, relacionais, sociais, espirituais e noéticos– também se desenvolve. Assim, as noites mal dormidas (Kloster, Perotta, Hauer Jr., Paro et al, 2010; Paro

[7] Conhecido em Portugal como ensino secundário. São os anos que antecedem o ingresso na universidade. No Brasil, são caracterizados pelos estudos em sistemas de treinamentos intensos e , com tempo livre escasso.

[8] Nessas provas, a concorrência é alta e impõe-se como condição estressora, diante dos limitados números de vagas disponíveis e alta performance cognitiva de grande parcela dos candidatos. Tal circunstância, provoca significativa necessidade de apoio psiquiátrico/psicológico aos candidatos em decorrência dos frequentes quadros de ansiedade (Rodrigues & Pelisoli, 2008).

[9] Programas de formação profissional, regulamentados pelo Ministério da Educação (MEC) voltados para o ensino da especialidade médica. No Brasil, muitas das residências médicas oferecem poucas vagas em relação ao número de profissionais interessados, o que torna o processo seletivo competitivo.

& Tempski, 2013), a sobrecarga acadêmica e a exposição contínua ao estresse elevado (Guthrie, Black, Bagalkote, et al., 1998) deixam suas marcas no corpo e na psique dos estudantes, traduzindo-se em sintomas que invadem seus modos de ser e viver (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Dyrbye, Thomas, Harper et al., 2008).

A exigência e a competitividade inerentes à formação do ser médico podem transformar o ambiente de ensino num agente estressor e potenciador de vulnerabilidade psicológica. É o caso, por exemplo, das frequentes atividades extracurriculares, como as ligas acadêmicas[10] e os grupos de estudo e pesquisa[11] que, com interesse inicial de promover a salutar inserção do estudante na extensão acadêmica[12] ou no universo da pesquisa científica, correm o risco de serem tratados fortemente como meios de obtenção de prestígio entre alguns professores ou conquista de pontos nas provas de residência médica[13], com a consequente estimulação da competitividade e das disputas de poder (Ramos-Cerqueira, Lima, Torres, Reis & Fonseca, 2005; Torres, Oliveira, Yamamoto & Lima, 2008).

---

[10] Grupos organizados e presididos por estudantes, sob a supervisão de professores, direcionados ao estudo, à pesquisa e extensão universitários de uma determinada especialidade médica. Nas ligas acadêmicas, os estudantes se envolvem em atividades de organização de aulas e eventos científicos, além de pesquisa e ações de promoção à saúde, abertas à comunidade em geral (Hamamoto Filho, 2011).

[11] Grupos organizados sob a orientação de um professor, com o objetivo de estudar, discutir e/ou pesquisar coletivamente temas de determinada especialidade médica.

[12] Atividades extracurriculares desenvolvidas por estudantes, com a supervisão de professores, que procuram oferecer à comunidade em geral ações de suporte, orientação, educação e/ou cuidado, provendo a aproximação entre a universidade e a população.

[13] Regulamentadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação (MEC), as residências médicas consistem em programas de pós-graduação, mediante os quais médicos se especializam nas diversas áreas. Os cursos são desenvolvidos em instituições de saúde, sob orientação de médicos especialistas capacitados. Para ingresso nos programas, os candidatos passam por uma seleção de grande concorrência, uma vez que a oferta de vaga costuma ser menor do que a demanda, para muitas das especialidades médicas.

Além disso, a dificuldade de dispor de tempo livre para outras atividades, sociais e culturais (Rosa, Bubniak, Nunes et al., 1993; Tempski-Fiedler, 2008), contribui com o esgotamento e os elevados sintomas depressivos (Sampaio, 2010) em estudantes de Medicina que chegam a ser maiores do que os encontrados na população em geral (Lima, Ferry, Fonseca, Silva Junior & Jadão, 2010). Sendo assim, o consumo de antidepressivos faz-se também expressivo (Cunha, Neves, Moreira et al., 2009). E, certamente, com o adoecimento, a redução da capacidade empática é percebida (Hekmat, Khajavi & Mehryar, 1975).

Baldassin (2010) reforça, em revisão da literatura brasileira, a grande prevalência de ansiedade, *burnout* e depressão na formação do médico e diz ser o curso de graduação um *locus* importante para abordagem da saúde mental do estudante. Nesse sentido, estudos sobre a qualidade de vida do escolar de Medicina revelam o contexto propenso ao desensenvolvimento de patologias no qual estão inseridos e trazem à tona discussões sobre que tipos de profissionais são formados nas escolas médicas (Paro, Morales, Silva et al., 2010; Tempski-Fiedler, 2008; Tempski, Bellodi, Paro et al., 2012). Mais recentemente, um grande projeto de pesquisa brasileiro, intitulado Vida do Estudante e do Residente na Área da Saúde (VERAS)[14] – contou com a participação de 1.350 estudantes selecionados aleatoriamente, de 22 escolas médicas brasileiras, com o intuito de avaliar, entre outras dimensões, qualidade de vida, *burnout* e empatia. Os resultados mostram que, embora não haja declínio da empatia no decorrer do curso, como também não há seu desenvolvimento, é perceptível o registro de burnout nos estudantes em todos os anos do curso da formação médica. Os estudantes dos últimos anos do curso, ou seja, que estão em contato mais aproximado e intensivo com os pacientes, expressam maiores escores de *exaustão emocional* e *despersonalização*

[14] Projeto de pesquisa multicêntrico, sediado na Universidade de São Paulo (USP), que reúne pesquisadores de todas as grandes regiões do Brasil, financiado pelo Ministério da Educação através de edital da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

($p<.05; f<0.25$). Tais resultados reforçam a necessidade de intervenção para transformação efetiva do processo de formação profissional (Paro, 2013; Paro, Silveira, Perotta et al., 2014).

A necessidade da reinvenção dos modelos de formação médica está clara, pois, quando os focos na produtividade e na competitividade se expandem pelo currículo, formam o profissional adoecido (Baldassin, 2010), fragmentado e utilitário, tipicamente reprodutor do modelo biomédico (Amoretti, 2005), dificilmente capaz de manifestar em seu fazer profissional a empatia (Larson & Yao, 2005) e o comportamento prossocial (Eisenberg & Miller, 1987). Em tal situação, todos perdem e a educação médica não cumpre seu papel maior de desenvolver reponsabilidade social e promover resultados terapêuticos satifatórios para a comunidade (Gonnella & Hojat, 2012).

É justamente esse profissional na assistência que produz a insatisfação e a frustração anteriormente mencionadas e provoca a reflexão acerca do momento de crise, de tensões políticas e sociais atualmente enfrentados pela classe médica. Em contraposição, tal inquietude cunduz diversos trabalhadores da saúde a revisitarem suas identidades profissionais na procura do que foi perdido ao longo do seu trabalho: a relação humana. Adiciona-se a este movimento reflexivo o esforço empreendido por profissionais envolvidos com a Educação Médica, no sentido da reinvenção de seus processos formativos para um desenvolvimento humanista e integral do médico (Rios, 2010).

1.2.2 O ensino das humanidades médicas

"Imperturbabilidade, presença de espírito, tolerância à frustração, paciência infinita, compostura, caridade, equanimidade", dentre outras, deveriam ser qualidades e características do médico, segundo Sir William Osler - considerado o "pai da clínica médica" e reconhecido

por sua enorme contribuição na valorização do ensino à beira do leito, em meados do século XIX (Kaplan, Sadock & Sadock, 2007). Notadamente, são orientações para um "ser" em sua relação com a prática médica e, por que não dizer, com o paciente. O estudo relação médico-paciente é tradicionalmente acolhido como parte da disciplina Psicologia Médica, disponibilizada circunstancialmente, em diversos cursos de Medicina pelo mundo. Embora expressem variações, os conteúdos de tais disciplinas costumam estar desenraizados da prática médica propriamente dita e envoltos nas teorias psicológicas e filosóficas - consideradas, erroneamente, como menos científicas ou por demais abstratas - fato este que provoca o desinteresse dos estudantes comumente atraídos pelos procedimentos duros e as Ciências Biológicas, e torna essas disciplinas limitadas quanto ao propósito de formar atitude profissional (Pedersen, 2010).

Mais recentemente, promovidos pela revolução da *humanização*[15] no Brasil despontada no início deste século, muitos são os cursos superiores da área da saúde que passaram a procurar novas metodologias capazes de seguir esta linha mais humanista na formação dos seus profissionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais[16] e as convenções

---

[15] Instituída pelo Ministério da Saúde do Governo Brasileiro em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) prevê, dentre outras ações, a "valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; [...]; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; o mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; [...]; a luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um". Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288. Acessado em 08 de abril de 2010.

[16] De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo MEC em 2001, o perfil do formando egresso/profissional em Medicina deve ser o de "médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e

internacionais[17] [18] [19] para formação médica convergem no sentido da constituição de um profissional mais *humano* ou, melhor expressando, consciente da condição humana, e apontam a *empatia* como aspecto fundamental no exercício da profissão. São dados como esses que evidenciam o crescente interesse da Educação Médica na formação atitudinal, humanista e ética.

Nesse âmbito, passaram a fazer parte das elaborações curriculares conteúdos como humanização, humanidades, comunicação, relação médico-paciente, profissionalismo, ética e outras designações aproximadas, muitas vezes articuladas com a clássica disciplina Psicologia Médica, mas também inseridas no campo da Saúde Coletiva e outras disciplinas que não existiam (Rios, 2010). Em praticamente todos esses temas, a empatia foi inserida, ainda que em termos de estudo teórico. E, na medida em que os currículos de formação médica se transformaram, foram paulatinamente modificados também os métodos e as estratégias pedagógicas utilizadas. Como menciona De Marco (2012), a Psicologia Médica, mais além do que uma disciplina de contudo programático meramente cognitivo e conceitual, deveria fomentar, ainda, o desenvolvimento do campo afetivo da aprendizagem, atuando como suporte na constituição de uma "mentalidade médica", habilitada a funcionar com integralidade, associando cognição e afeto na prática profissional.

---

compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf. Acessado em 10/04/2010.

[17] *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*, by General Medical Council, Education Committee, 2002.

[18] *The Scottish Doctor*, by the Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2011.

[19] *The Medical School Objectives Project (MSOP),* by Association of American Medical College (AAMC). Disponível em https://www.aamc.org/initiatives/msop/. Acessado em 15/03/2010.

A exemplo dos grandes centros de referência na Educação Médica, como os das universidades de McMaster, McGill e Maastritch, muitas instituições brasileiras – dentre as quais estão a Universidade Estadual de Londrina (UEL), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Universidade Federal de Roraima (UFRR), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - introduziram o *Problem Based Learning* (PBL) em seus programas de formação dos profissionais da saúde, e passaram a se utilizar de metodologias mais ativas e que aproximam a aprendizagem da experiência (Dewey, 2010) em currículos que valorizam a aprendizagem significativa do adulto (Ausubel, 1982; Schmidt, 1993) e o desenvolvimento de sua autonomia (Freire, 2001). Tal iniciativa teve a intenção estratégica de tornar mais efetiva a formação dos profissionais de saúde no País, considerando o potencial de aperfeiçoamento de suas habilidades interpessoais, de resolução de problemas reais, de raciocínio e de auto-motivação para a aprendizagem (Coelho Filho, Soares & Sá, 1998).

Atualmente, ainda que de maneira transversal e fragmentada, alguns cursos de formação médica incluem intervenções que objetivam o desenvolvimento da empatia em seus programas, por meio de metodologias que promovem a exploração cognitiva– aulas teóricas, conferências, seminários, etc. – e a experiência do tema – através de *role play*, simulação e *workshops*, por exemplo (Stepien & Baernstein, 2006; Hojat, 2009). Apesar das várias tentativas de intervenções realizadas para promover o desenvolvimento da empatia e de outros valores humanistas na Educação Médica, tal prática demonstra limitações importantes, provavelmente pelo fato de que os médicos em formação manifestam respostas emocionais complexas em face o sofrimento, fato este que, aliado ao reforço do discurso médico acerca da imposição das capacidades de proteger, controlar e reabilitar, pode dificultar ainda mais o comportamento empático (Shapiro, 2008).

Tal significa exprimir que, mesmo perante a crescente necessidadede de inclusão das questões humanas, relacionais e psicológicas neste tipo de formação em saúde, sobressaem as idéias de Morin (2009) quando ele diz que a condição humana não costuma ser ensinada nos processos formativos, pois se encontra normalmente alguns aspectos fragmentados e desintegrados do humano, faltando-lhes a consistência da integralidade.

Ao falar em desintegração do humano, vale ressaltar que, há pouco mais de duas décadas, uma corrente de resistência ao fragmentarismo cartesiano propõe um modelo médico cujo foco se desloca do *paciente* – sujeito passivo no tratamento - para a *pessoa* que busca cuidados – sujeito ativo no tratamento ou prevenção da doença (Lopes, 2005). Nesses termos, a formação humana do profissional de saúde deveria estar pautada numa compreensão diferenciada no âmbito do "poder médico", além de levar em consideração a complexidade que envolve a relação com a pessoa que procura cuidados (Stewart, Brown, Weston et al., 2010). O processo de formação seria, então, um contínuo reinventar-se, um "vir a ser", um aprender das diversas possibilidades do relacionamento humano e social (Ferreira & Bittencourt, 2008).

Ante as limitações, contudo – também impostas pela lógica da economia e da produção - do ser humano contemporâneo no que tange às suas possibilidades, o desafio de formar profissionais qualificados[20] e capazes de abordar o paciente como pessoa, aumenta exponencialmente. A tendência à racionalização dos conteúdos humanistas enseja prejuízos que se traduzem na utilização de um instrumental de cunho puramente cognitivo, quando na verdade é fundamental que sejam reconhecidas as expressões e sutilezas na comunicação com

[20] Profissionais capazes de gerar trabalho simultaneamente de excelente qualidade e socialmente responsável (Gardner, Csikszentmihalyi & Damon, 2004).

o outro que levam ao questionamento sensível em torno da situação apresentada (Stewart, Brown, Weston et al., 2010).

Nesse sentido, Guggenbuhl-Craig (2008) explica que os professores não costumam estar preparados para lidar com as experiências dos estudantes de Medicina que entram em contato com a face mais humana do adoecimento durante a formação. Na visão desse autor,

> […]é comum vê-los atravessar uma fase durante a qual acreditam sofrer de todas as doenças que estão estudando. [...] Os médicos mais velhos riem-se de seus apavorados alunos, lembram ter passado por essa fase e não dão maior importância ao fato. Mas essa assim chamada fase neurótica pode ser um ponto crítico para o estudante. É nesse momento que ele começa a compreender que todos os males existem nele próprio. É assim que ele se torna o "terapeuta ferido". Pode ocorrer, porém, que a carga se torne pesada demais e o pólo da doença venha a ser reprimido. Mas, se for capaz de experimentar a doença como uma possibilidade existencial nele próprio e de integrá-la, o estudante transforma-se-á num verdadeiro "terapeuta ferido". (p.91).

O resultado da falta de percepção das próprias feridas pelo médico pode ser a definitiva ruptura do binômio médico-paciente. O médico em formação perde a oportunidade de identificar-se com a experiência do paciente – e, com isso, entrar em contato com suas vulnerabilidades e medos - e, consequentemente, o paciente passa a ter dificuldade de se identificar com o seu médico – e imaginar-se capaz de entrar em contato com a própria capacidade de curar. (Guggenbuhl-Craig, 2008). Talvez Spiro (1992) tenha razão, quando diz que, durante a Educação Médica, primeiro é ensinada a ciência aos alunos e, em seguida, o distanciamento. Para o autor,

> *To these barriers to human understanding, they later add the armor of pride and the fortress of a desk between themselves and their patients. As I know them, college students start out with much empathy and genuine love—a real desire to help other people. In medical school, however, they learn to mask their feelings, or worse, to deny them. They learn detachment and*

equanimity. The increased emphasis on molecular biology to the exclusion of the humanities encourages students to focus not on patients, but on diseases (p.843).

Mesmo com grande número de evidências de que a empatia diminui durante a formação profissional (Hojat, Mangione, Nasca et al., 2004; Hojat, Vergare, Maxwell et al., 2009; Neumann, Edelhauser, Tauschel et al., 2011; Nunes, Williams & Stevenson., 2011) ou permanece inalterada (Quince, Parker, Wood & Benson, 2011; Calabrese, Bianco, Mann, Massello & Hojat, 2013; Paro, 2013; Paro, Silveira, Perotta et al., 2014), há também as que sugerem que melhora (Magalhães, Salgueira, Costa & Costa, 2011; Dehning, Girma, Gasperi et al., 2012). Ante os resultados contraditórios, se mostram necessários mais estudos longitudinais para aprofundar o conhocimento acerca da empatia nesta formação. E, embora a empatia esteja mais relacionada à maturidade pessoal do que à transmissão do conhecimento (Handford, Lemon, Grimm & Vollmer-Conna, 2013), acredita-se que essa dimensão possa ser abordada com sucesso no ensino superior (Mercer & Reynolds, 2002; Platt & Keller, 1994; Stepien & Baernstein, 2006).

Neste sentido, Spiro (1992, 1998, 2009) enfatiza ser importante que o professor seja capaz de facilitar a autopercepção do estudante e, além disso, promover no médico em formação o aceite da própria imperfeição e da imperfeição dos outros; ao viabilizar a aceitação e o compartilhamento da vulnerabilidade e do sofrimento emocional pelo profissional que ensina e pelo estudante de Medicina. Com isso, poderiam ser reduzidos os sentimentos de ansiedade e ameaça reforçados pelo discurso médico dominante e os formandos poderiam aprender a lidar emocionalmente com seus sofrimentos e os de seus pacientes, formando assim uma base psicológica sólida para o desenvolvimento de uma verdadeira empatia (Shapiro, 2008). Considerando-se o sentimento de ansiedade e ameaça como possíveis estressores. Shapiro, Shapiro e Schwartz (2000), assinalam que estudantes de Medicina participantes de programas de gerenciamento de estresse, expressam melhoria do

funcionamento imunológico, dentre outros benefícios, como a diminuição da depressão e da ansiedade e o desenvolvimento da espiritualidade e da empatia. Dessa maneira, o desenvolimento da capacidade de perceper em si mesmo as vulnerabilidades, identificando estratégias para lidar elas, pode ser um caminho interessante para o aprimoramento da capacidade de se relacionar também com o outro.

Não se pode esquecer, ainda, de que, da percepção de si, inserido na complexidade da humanidade, é que podem e devem nascer as perguntas fundadoras de uma identidade médica habilidada a reinventar-se em tempos desafiadores (Leite & Coelho Filho, 2010). Do ponto de vista filosófico, Morin (2009) explica que, juntamente ao movimento de autoperceção e aceitação das limitações próprias do humano no contexto em que se encontra, deve ser estimulada também a capacidade de autoquestionamento, pensamento crítico e busca de sentido, embora, na contramão do alivio completo das tensões, tal ação possa provocar a inquietação.

Em decorrência da compreensão de que o ensino das Humanidades faz-se muito mais complexo do que o compartilhamento de teorias, devendo abarcar também o pensamento crítico e a sensibilidade nas relações consigo e com o mundo, tornam-se fundamentais as investigações aprofundadas que busquem prováveis facilitadores e dificultadores no desenvolvimento da empatia, embora o contexto sociocultural, o ambiente de ensino e os modelos vigentes de assistência à saúde, como se pode observar, se apresentem de modo geral como influenciadores importantes nesse processo (Ahrweiler, Neumann, Goldblatt, Hahn, & Scheffer, 2014).

Assim, em tempos ainda caracterizados pela desintegração dos binômios médico-paciente, saúde-doença, objetividade-subjetividade, para aqueles que lidam com Educação, sobretudo os nutridos pelos ideais de uma pedagogia libertadora (Freire, 2001), voltada para

para a autonomia e transformação social, tornou-se um desafio imperativo pensar maneiras possíveis de criar condições favoráveis, sejam estas ambientais ou intervencionais, para formar seres justos, compassivos, éticos, cidadãos, enfim, humanos (Freire, 2001, 2005; Morin, 2009; Musson, 2009) sempre desejados na aprendizagem pela experiência (Dewey, 2010). Para abordar tais processos educacionais, fazem-se necessárias a compreensão dos sujeitos, suas qualidades e carecterísticas pessoais, de maneira que distintos modos de aprender e de se relacionar com o mundo sejam considerados na elaboração de possibilidades de intervenções de ensino-aprendizagem nos currículos de formação profissional.

1.3 Personalidade e educação

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas –
mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam.
Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.

Guimarães Rosa (1994)

O estudo das semelhanças e das diferenças entre as pessoas sempre foi um campo de interesse da Psicologia. Tais aspectos, que tornam os humanos indivíduos, com qualidades específicas e próprias, são compreendidos como *personalidade*. Para melhor compreensão de quais são esses aspectos humanos, Allport e Odbert (1936) investiram em um trabalho longo de categorização, mediante detalhada investigação e análise lexical do arsenal linguístico de qualidades humanas, para chegarem a um rol de padrões de comportamento, pensamento ou emoções que denominaram de *traços* – qualidades que podem manter certa estabilidade durante a vida de uma pessoa. Desse modo, o conceito de personalidade define-se pelo conjunto de traços capazes de caracterizar um sujeito por seus estilos de interação com o meio físico e social; e, em sua constituição, pode sofrer influências de fatores biológicos e ambientais. (Atkinson, Atkinson, Smith et al., 2002).

Mais tarde, outros estudiosos da personalidade, como Cattell (1966) e Eysenck (1953), interessados em desenvolver instrumentos de medidas psicométricas confiáveis, sintetizaram os traços listados por Allport e Odbert e chegaram a fatores de personalidade reduzidos. Embora tenham encontrado números distintos de fatores, ambos os modelos, de Cattell e de Eysenck, mantinham relações entre si e com o modelo Allport-Odbert, pois estavam apenas organizados em categorias mais ou menos abrangentes contendo traços semelhantes.

O modelo de 16 fatores, desenvolvido por Cattell, resultou em uma medida de personalidade amplamente conhecida como *The Sixteen Personality Factor Questionnaire* (16PF). Já o padrão sugerido por Eysenck, composto inicialmente por dois fatores e, finalmente, por três fatores – *psicoticismo*, *extroversão* e *neuroticismo* (P-E-N), fundamentou algumas escalas de empatia, dentre as quais está o *Eysenck Personality Inventory* (EPI), primeiro inventário desenvolvido para a avaliação dos três fatores. Embora tais instrumentos, juntamente com outros tantos desenvolvidos com essa finalidade, guardem importância significativa na evolução do estudo da personalidade, foi a análise fatorial dos traços encontrados em diversos instrumentos de medida da personalidade, que deu ensejo a maior repercurção no campo da pesquisa em Psicologia da Personalidade, com o surgimento do *Five-Factor Model*, conhecido como *Big Five*, ou Modelo dos Cinco Fatores (MCF) (McCrae & Costa, 2004). O MCF avalia a personalidade com suporte nos dos seguintes grandes fatores de traço: *Abertura*, *Conscienciosidade*, *Extroversão*, *Afabilidade* e *Neuroticismo*. E, dentre os instrimentos utilizados para esta medida, estão o *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) e o *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI), em suas diversas formas (McCrae & Costa, 1987).

O *Big Five* passou a ser o modelo mais utilizado para medir traços de personalidade em todo o mundo, tornando-se referência entre psicológos da personalidade. É preciso dizer , no entanto, que, vista isoladamente, a abordagem dos traços não pode ser considerada uma teoria da personalidade, pois se restringe a um arsenal de métodos para avaliar as características mais estáveis das pessoas, mas não explica, contudo, as dinâmicas que envolvem a personalidade em funcionamento (Atkinson, Atkinson, Smith et al., 2002).

Nesse sentido, as diversas teorias da personalidade propõem explicações das possíveis dinâmicas da personalidade, sob a égide das diversas perspectivas psicológicas, de bases psicanalíticas, behavioristas, humanistas. Dentre os teóricos que propuseram explicações para

o funcionamento dinâmico da estrutura psíquica, Carl G. Jung (1991) desenvolveu, no cerne de sua Psicologia Analítica, uma tipologia psicológica, que se tornou o modelo de personalidade mais utilizado mundialmente no campo da Educação e desenvolvimento profissional (Furnham, 1996), inclusive no cenário das profissões da saúde (Friedman & Slat, 1988; Stilwell, 2000).

O instrumento de avaliação da tipologia junguiana mais utilizado, em diversos continentes, é o *Myers-Briggs Types Indicator* (MBTI), desenvolvido por Myers-Briggs (1976). A larga utilização do MBTI, apesar de da oportunidade a questionamentos quanto às suas características psicométricas, provocou interesse em pesquisas que envolvessem a sua comparação com medidas de traço de personalidade, reveladoras de correlações significativas entre as suas dimensões e quatro dos cinco fatores do NEO-PI (McCrae & Costa, 1989) e entre suas dimensões e duas das três dimensões do EPI (Francis, Craig & Robbins, 2007), sugerindo que os grandes fatores da personalidade, verificados pela teoria clássica dos traços, podem ter fortes aproximações com a Teoria da Personalidade de Jung (Francis, Craig & Robbins, 2007; McCrae & Costa, 1989).

A exemplo do MBTI, o Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI), teste psicológico elaborado e validado no Brasil (Zacharias, 2003) para avaliação dos tipos junguianos, goza de ampla aceitação nos contextos educacionais e profissionais e, por isso, é aplicado nas investigações que se desenvolvem a respeito do tema (Espírito & Castro, 2012; Senra; 2009; Homsi, 2006; Joca, 2005; Zacharias, 1994; 2003).

Estando o foco primordial desta investigação voltado para a compreensão dos processos de aprendizagem e desenvolvimento das relações empáticas, no âmbito da formação profissional, entende-se que o referencial da Teoria da Personalidade de Jung e sua tipologia sejam mais apropriados para a compreensão das dinâmicas relacionais e formativas

a serem pesquisadas. Isto porque se intenta discutir mais os processos do que propriamente as estruturas da personalidade e, nesse sentido, se buscou um instrumento adequado ao contexto e aos objetivos da pesquisa, conforme se delineia nas seções à frente.

1.3.1 O estudo da personalidade

It is as important to know what kind of a man [sic] has the disease, as it is to know what kind of disease has the man.

William Osler (1932)

Para uma compreensão mais aprofundada da empatia e de seus mecanismos, tentativas de associação do construto com a personalidade são realizadas em diversos estudos, nos quais se assere que alguns traços da personalidade podem estar relacionados com a capacidade empática (Hojat, Callahan & Gonnella, 2004; Magalhães, Costa & Costa, 2012). É sabido também, por meio de pesquisas em Educação Médica, que algumas características da personalidade podem estar relacionadas com o desempenho acadêmico dos estudantes (Lievens, Coetsier, Fruyt & Maeseneer, 2002), inclusive nos anos de formação clínica (Kuncel, Ones, & Sackett, 2010; Adam, Bore, McKendree, Munro & Powis, 2012).

Na Medicina, na Psiquiatria e, no campo da Psicologia, o estudo do temperamento e da personalidade - cuja gênese é milenar e mobilizada pelo intento de conhecer o homem - produziu múltiplos sistemas de categorização, aplicados hoje na Clínica, na Educação e nos mais diversos campos profissionais. Hipócrates (400 a.C.), por exemplo, imbuído da ideia da constituição humana pelos quatro elementos – fogo, terra, água e ar - desenvolveu uma teoria sobre a influência dos fluidos corporais, dos quatro humores: – fleuma, sangue, bílis amarela e bílis negra. Mais tarde, Galeno (129 d.C.) aprofundou o sistema quaternário dos humores e

descreveu os tipos *colérico* – mais facilmente irritável*; fleumático* – cronicamente cansado e lento; *sanguíneo* – mais atléticos e vigoroso -*;* e *melancólico* – triste e melancólico (Ito & Guzzo, 2002). Depois dele, várias outras classificações do humano foram desenvolvidas na base hipocrática-galena, chegando às teorias modernas, que podem se orientar pelo princípio das estruturas físicas; pela combinação entre as estruturas física e psíquica, e aquelas organizadas segundo as estruturas da psique (Zacharias, 1995).

Os alemães Immanuel Kant, no campo da Filosofia, e Wilhelm Wundt, com procedência nos seus estudos em Medicina e Psicologia, entre o final do século XVIII e meados do século XIX, propuseram amplificações dos quatro tipos de Galeno. Kant considerou a tipologia como traços psíquicos determinados pelas características do sangue e a classificou segundo a energia vital – que vai da sonolência à exuberância - e o comportamento – que abrange emoção e ação. Wundt, a partir de seus estudos laboratoriais em Psicologia Experimental, observou os tipos no âmbito da intensidade das emoções e das velocidades das reações emocionais. Mais tarde, também sob a influência galena, o psicólogo austríaco Alfred Adler descreveu quatro tipos humanos, considerando no desenvolvimento individual, a estrutura psíquica dos tipos *governante* – enérgicos e dominante, associado ao colérico; *dependente* – cronicamente cansado e mais introspectivo, equivalente ao fleumático; o de *evitação* – mais triste e isolado, que se assemelha ao melancólico; e o *socialmente útil* – saudável e vigoroso, que se aproxima do tipo sanguíneo (Ito & Guzzo, 2002). Muitas outras tipologias foram descritas desde então, no entanto, poucas tiveram tanta repercussão e influenciaram outras abordagens contemporâneas da personalidade como a Teoria dos Tipos Psicológicos proposta pelo psiquiatra suíço Carl Jung, no século XIX (Adler, 1967; Jung, 1991).

Pode-se dizer que, entre as abordagens das teorias de traço da personalidade mais atuais, o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade é o mais utilizado em amostragens e aplicações diversas para a avaliação psicométrica da personalidade (Silva & Nakano, 2011; Furham, 1996), conforme visto anteriormente, contudo, os tipos psicológicos de Jung (1991) auxiliam na compreensão dos processos de aprendizagem e do auto-desenvolvimento em ambientes educacionais, considerando as características individuais, voltadas essencialmente para uma dinâmica das preferências humanas - perceptivas, avaliativas e de atitude (*extroversão/introversão*) - e não somente em termos de traços (Britan, Zuniga, Lafuente, Viviani & Menra, 2003; Johnson, 2009; McNulty, Espiritu, Halsey & Mendez, 2006; Senra, 2009; Zacharias, 2003).

1.3.2 Tipos psicológicos junguianos

Para compreender melhor a tipologia junguiana, é importante a observação de seus diálogos com a Filosofia Estética de Schiller (2002), que discorre sobre a tendência humana para dois impulsos: o *impulso sensível* e o *formal*. O *impulso sensível* relaciona-se ao corpo, é expressado pelos sentidos e está ligado ao tempo, ao instinto e à sensibilidade. O *impulso formal* é caracterizado por unidade e permanência, sendo por ele que há a representação da mente e dos pensamentos, e portanto, carrega a imutabilidade e a permanência da racionalidade; é atemporal. Enquanto, pois, o impulso sensível é sensibilidade, o de teor formal é dureza, racionalidade (Moreira, 2007). Da análise de tais movimentos, antagônicos, porém complementares, surge o gatilho para a gênese das duas atitudes básicas do sujeito na teoria junguiana: a *extroversão* e a *introversão*. Jung (1985, 1991) descreve a extroversão como a atitude de voltar-se para o outro, ou seja, para o mundo exterior, no sentido de

procurar referências que norteiem decisões e ações, diferentemente da introversão, definida como a atitude de voltar-se para si, contemplar seu mundo interior, na busca de orientação para as decisões e ações. Ambas as atitudes – extroversão e introversão - sempre se encontram na dinâmica psíquica, no entanto, uma ou outra parece ser preferida pelo sujeito durante a sua vida (von Franz & Hillman, 1990).

Com o aprofundamento de seus estudos, Jung (1991) determinou, além das atitudes, a existência das funções psicológicas - *pensamento*, *sentimento*, *intuição* e *sensação*. Em síntese, ele explica que

> A psique consciente é uma espécie de aparelho de adaptação ou orientação, constituído de certo número de diferentes funções psíquicas. Como funções básicas podemos elencar a *sensação*, o *pensamento*, o *sentimento* e a *intuição*. Sob o conceito de *sensação* pretendo abranger todas as percepções através dos órgãos sensoriais; o *pensamento* é a função do conhecimento intelectual e da formação lógica de conclusões; por *sentimento* entendo uma função que avalia as coisas subjetivamente e por *intuição* entendo a percepção por vias inconscientes ou a percepção de conteúdos inconscientes (p.447).

A quatro funções da psique são organizadas em pares, segundo a natureza de seus processos (Figura 1, p.63). Duas funções são racionais ou de julgamento – pensamento e sentimento – e duas irracionais ou de percepção – intuição e sensação (von Franz & Hillman, 1990, Zacharias, 2003).

As funções denominadas racionais – pensamento e sentimento – são funções ditas de julgamento, utilizadas para avaliar as situações vividas de modos distintos. A função pensamento é classificatória, responsável por organizar e concatenar conceitos e ideias em sistemas lógicos, formulando teorias acerca de determinada situação. A função sentimento, por sua vez, avalia as informações mediadas pelas reações emocionais e afetivas provocadas pela experiência, ou seja, mobiliza sentimentos por via dos quais é possível conhecer a situação (von Franz & Hillman,1990; Sharp, 1936).

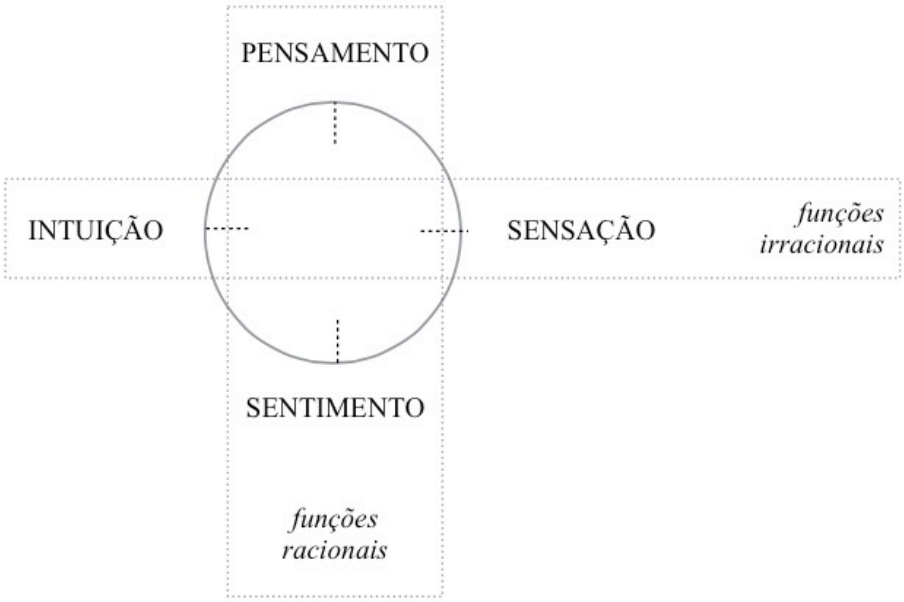


Figura 1: Diagrama das funções psicológicas de acordo com o modelo de C.G. Jung, extraído e adaptado de Von Franz & Hillman (1990).

As duas funções consideradas irracionais – intuição e sensação – constituem funções de percepção, modos possíveis de captação da realidade (von Franz & Hillman,1990). Por intermédio da função intuição determinada circunstância é percebida, de forma sintética, em suas origens e possibilidades futuras. Com a função sensação o estado é captado, de modo analítico, pelos órgãos dos sentidos – olfato, tato, paladar, audição e visão (Sharp, 1936).

As atitudes – extroversão e introversão – combinadas, então, com função predominante – pensamento, sentimento, intuição ou sensação – passaram a constituir oito tipos psicológicos (Tabela 1, p.64), dinâmicos e amplificados, que explicam possíveis modos de ser e de apreender o mundo (Zacharias, 1994).

É importante dizer que, de acordo com essa teoria, todas as pessoas lidam com maior ou menor frequência e intensidade com todas as atitudes e funções psíquicas. Embora, de acordo com Jung (1991), as funções psicológicas devessem ser desenvolvidas de maneiras semelhantes para que hovesse uma orientação plena da consciência, ele acentua que quando

uma das funções racionais é preferida, ou seja, predominantemente utilizada, a outra é atrofiada.

Tabela 1
Os oito tipos psicológicos básicos de C. G. Jung

Sentimento *Extrovertido*	**Sentimento** *Introvertido*
Pensamento *Extrovertido*	**Pensamento** *Introvertido*
Intuição *Extrovertida*	**Intuição** *Introvertida*
Sensação *Extrovertida*	**Sensação** *Introvertida*

Por outro lado, quanto mais consciente é uma função, mais inconsciente é o seu par oposto. Assim, se a função sentimento se exibe dominante, por exemplo, a função pensamento se torna a menos utilizada ou mais inconsciente (von Franz & Hillman, 1990). Não se pode afirmar, todavia, que uma pessoa sentimento, jamais se utiliza do pensamento, pois nenhuma função é inteiramente anulada na psique, "[...] não pode haver um tipo puro no sentido de haver apenas um dos mecanismos, ficando o outro completamente atrofiado. Uma atitude típica significa sempre e tão-somente a predominância relativa de um dos mecanismos" (Jung, 1991, p. 22). Assim, embora os pares de funções estejam polarizados, é possível perceber a noção de continuidade entre as funções opostas, compondo mais um jogo de luz e sombra, consciente e inconsciente, entre as funções, do que a completa inexistência de um pólo em detrimento do outro. As funções não exercitadas com frequência, permanecem mais primitivas e não chegam completamente à consciência, detendo-se parcial ou inteiramente, no inconsiente. Quando uma função é enfatizada unilateralmente, a sua função

complementar ou oposta é perturbarda, ou seja, quando a função sentimento é estimulada a função pensamento é atrofiada e vice-versa.

Assim, é possível incluir nesta análise, não apenas a função psíquica, mas também o próprio tipo psicológico. Na medida em que um tipo desenvolve suas relações para fora, as relações com seu interior são negligenciadas, assim como o contrário também é verdadeiro. Por exemplo, um tipo *sensação extrovertida* desenvolve suas relações para com o mundo exterior por intermédio da *sensação* e, por outro lado, deixa de desenvolver as relações para com o seu mundo interior por meio dessa função. Acontece que, em um dado momento, se fará importante que o movimento negligenciado seja desenvolvido, e é nesse processo que as funções se diferenciam (Jung, 1991; Sharp, 1936).

A dinâmica da personalidade na teoria junguiana pressupõe, então, que há uma função dominante ou *primária*, à qual se opõe a função menos preferida, ou *inferior*. Sobre a função inferior, diz von Franz (von Franz & Hillman, 1990, p.19), que ela [...]representa a parte desprezada da personalidade - ridícula, lenta e inadaptada - que constrói a conexão com o inconsciente e que retém, portanto, a chave secreta da totalidade inconsciente (p.19).

As outras funções são consideradas *auxiliares* - *secundária* e *terciária* – no processo de adaptação do tipo psicológico. Deve-se levar em contaque a função *primária* não pode ter como função *auxiliar* o seu par oposto, já que a predominância de um pólo negligencia o outro (Figura 2), ou seja, um tipo cuja função primária é *pensament*o não pode ter como função auxiliar o *sentimento*, do mesmo modo que a *intuição* não pode ter a *sensação* como auxiliar e assim por diante (Sharp, 1936).

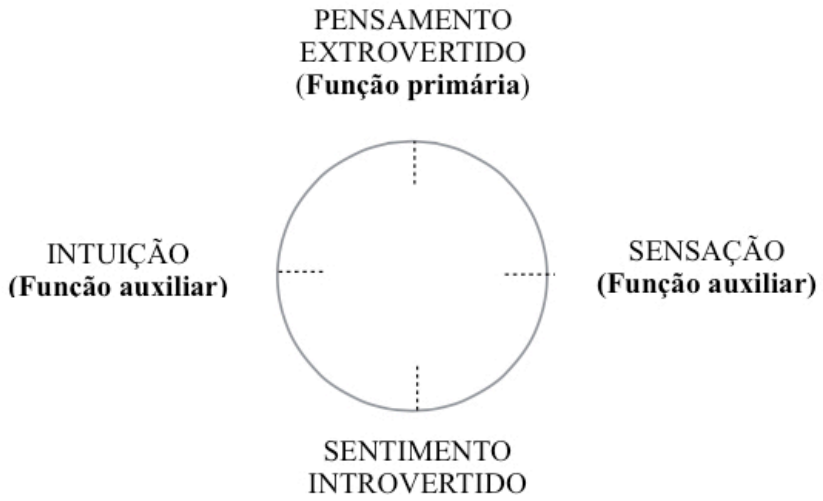


Figura 2: Dinâmica da personalidade de acordo com o modelo de C.G. Jung. Tradução livre de Sharp (1936, p.47).

No exemplo da Figura 2, caso a *intuição* seja considerada a função auxiliar mais preferida pelo sujeito, ela se torna função secundária, enquanto a *sensação* passa a ser a função terciária, e menos utilizada para apoiar a função principal, portanto, menos considerada nas análises tipológicas. Deste modo, o tipo psicológico poderia ser descrito como *Pensamento Extrovertido, com Intuição auxiliar.* O papel da função auxiliar é de equilibrar a função principal, pois, – enquanto uma é racional, a outra é irracional e vice versa. É interessante, ainda, que a função auxiliar nos tipos extrovertidos se mostra introvertida, ao passo que, nos tipos introvertidos, ela se exprime como função extrovertida – tornando-se, neste último caso, a função que é perceptível ao mundo exterior, pois sua função principal permanece voltada para dentro (Myers-Briggs, 1976). Pode-se acrescentar, na descrição do tipo, a função inferior, dada a relevância que denota na dinâmica da personalidade, por apontar as direções nas necessidades de desenvolvimento psiquíco do indivíduo (Zacharias, 1995). Ao serem consideradas as funções auxiliares na composição dos

tipos, os oito tipos básicos anteriormente delineados desdobram-se em 16 (Zacharias, 2003), como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2
Os dezesseis tipos básicos de C. G. Jung

Sentimento *Extrovertido* Intuição auxiliar	**Sentimento** *Extrovertido* Sensação auxiliar	**Sentimento** *Introvertido* Intuição auxiliar	**Sentimento** *Introvertido* Sensação auxiliar
Pensamento *Extrovertido* Intuição auxiliar	**Pensamento** *Extrovertido* Sensação auxiliar	**Pensamento** *Introvertido* Intuição auxiliar	**Pensamento** *Introvertido* Sensação auxiliar
Intuição *Extrovertida* Pensamento auxiliar	**Intuição** *Extrovertida* Sentimento auxiliar	**Intuição** *Introvertida* Pensamento auxiliar	**Intuição** *Introvertida* Sentimento aux.
Sensação *Extrovertida* Pensamento auxiliar	**Sensação** *Extrovertida* Sentimento auxiliar	**Sensação** *Introvertida* Pensamento auxiliar	**Sensação** *Introvertida* Sentimento auxiliar

Embora Jung (1991) considere os tipos psicológicos incapazes de dar conta da complexidade do homem, sua teoria traz um delineamento dos modos como esse homem percebe, julga e age no mundo com apoio em análise que deve ser reconhecida como processo, um *continuum* integrado (Matte-Blanco, 1988), e não como julgamento estático de uma personalidade dicotômica e cristalizada. Nesse sentido, a exemplo do que fez Myers-Briggs (1995) nos Estados Unidos, Zacharias (2003), psicólogo e pesquisador brasileiro, sistematizou um instrumento[21] capaz de identificar o tipo psicológico de uma pessoa, dentre os 16 tipos, e algumas características suas foram brevemente descritas nas Tabelas 3 (p.68) e 4 (p.69).

[21] O instrumento de Zacharias(2003) está mais bem explicado no Capítulo 5 desta tese.

Tabela 3

*Algumas das aracterísticas frequentemente associadas aos tipos **extrovertidos**. Conteúdo extraído e adaptado de Zacharias (1995, pp. 63-72).*

Sentimento extrovertido com sensação auxiliar	**Sentimento extrovertido com intuição auxiliar**
Afetuoso, comunicativo, consciencioso e cooperador nato. Membro ativo de grupos. Harmonioso e bondoso. Trabalha melhor com elogio e encorajamento. Interessado no que afeta a vida das pessoas.	Receptivo, responsável e preocupado com as opiniões dos outros. Considera as pessoas em seus projetos. Bom apresentador e líder em debates. Sociável, popular e solidário. Receptivo a críticas e elogios.
Pensamento extrovertido com sensação auxiliar	**Pensamento extrovertido com intuição auxiliar**
Prático, realista e simplista. Desinteressado em assuntos pouco práticos, podendo aplicar-se se necessário. Organizado e apoia atividades em funcionamento. Bom administrador quando considera os pontos de vista os outros.	Líder, cordial, franco e determinado. Bom em assuntos que requerem raciocínio e comunicação inteligente. Eficiente em oratória. Bem informado e apreciador da aquisição de conhecimento.
Intuição extrovertida pensamento auxiliar	**Intuição extrovertida com sentimento auxiliar**
Rápido e engenhoso. Companhia estimulante, alerta e franca. Resolve novos e desafiantes problemas Tende a negligenciar atributos de rotina. Tem novos interesses a cada instante. Bom argumentador lógico.	Entusiasta afetuoso, vivaz, engenhoso e imaginativo Rápido em soluções para os problemas diversos. Disposto a ajudar. Confiante na habilidade de improvisação, mais do que em preparo anterior.
Sensação extrovertida com pensamento auxiliar	**Sensação extrovertida com sentimento auxiliar**
Bom na resolução imediata de problemas objetivos. Aprecia coisas mecânicas e esportes, de preferência rodeado de amigos. Adaptável, tolerante e, geralmente, conservador quanto a atitudes. Objetivo e sintético. Lida melhor com coisas concretas.	Expansivo, complacente, receptivo e amigável. Divertido e agradável nos ambientes. Aprecia os esportes. Realizador entusiasmado. Memoriza melhor de fatos do que de teorias. Possui sólido bom senso e habilidade prática, tanto com coisas como com pessoas.

Tabela 4

*Algumas das aracterísticas frequentemente associadas aos tipos **introvertidos**. Conteúdo extraído e adaptado de Zacharias (1995, pp. 63-72).*

Sentimento introvertido com sensação auxiliar	**Sentimento introvertido com intuição auxiliar**
Retraído, quieto, amigável, gentil e modesto a respeito de suas qualidades. Evita desavenças e não impõe suas opiniões. Fiel seguidor. Despreocupado na realização de tarefas. Valoriza o momento presente.	Entusiasmado, leal e amigável. Preocupa-se com aprendizagem, idiomas, idéias e projetos próprios. Sobrecarregado de tarefas, mas com poder de realização. O foco nas tarefas torna-o menos sociável.
Pensamento introvertido com sensação auxiliar	**Pensamento introvertido com intuição auxiliar**
Espectador calmo e discreto. Curioso observador e analisador da vida. Manifesta lampejos de humor original. Interessado em causa e efeito, no funcionamento mecânico das coisas. Organiza fatos através de princípios lógicos.	Quieto e reservado. Apreciador de atividades teóricas ou científicas. Resolve problemas através de análise lógica. Interessado em idéias que possam ser úteis. Pouca energia destinada a assuntos corriqueiros ou fragmentados.
Intuição introvertida com pensamento auxiliar	**Intuição introvertida com sentimento auxiliar**
Tem idéias originais e grande motivação para concretizá-las. Possui excelente força para organizar um trabalho e levá-lo até o fim, sem ajuda. Cético, crítico, independente, determinado e algumas vezes teimoso.	Perseverante, original e empenhado no que é necessário. Voltado para seu trabalho, que é feito em silêncio. Consciencioso e preocupado com os outros. Respeitado por seus firmes princípios. Convicto de como melhor servir ao bem comum.
Sensação introvertida com pensamento auxiliar	**Sensação introvertida com sentimento auxiliar**
Sério e calado, concentrado e minucioso. Prático e disciplinado, é sempre lógico e realista em suas ações. Responsável e decidido quanto ao que deve ser feito. Trabalhador firme, despreza distratores.	Calado, responsável e amigável. Minucioso, caprichoso e preciso. Promove estabilidade em projetos ou grupos. Pouco interesse técnico. Preocupado em como as pessoas estão se sentindo.

Diante da observação de uma mera ilustração dos tipos, vale ratificar que a natureza de suas qualidades é por demais complexa para que seja abrangida por quaisquer descrições, ainda que pormenorizadas (Zacharias, 1995). As possibilidades de ser e agir do indivíduo não se esgotam, de modo algum, em uma avaliação tipológica, muito embora tais análises possam cumprir a função de mobilizar a reflexão em torno do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Transponsdo a mera classificação ou rotulação das pessoas, Jung (1991) parecia mais interessado em aprofundar-se nos padrões experienciais dos indivíduos, procurando lançar luz sobre os processos psíquicos e suas consequências, como ele escreve:

> A tipologia psicológica não tem a finalidade, em si bastante inútil, de dividir as pessoas em categorias, mas significa antes uma psicologia crítica que possibilite uma investigação e ordenação metódicas dos materiais empíricos relacionados à psique. É, antes de tudo, um instrumento crítico para o pesquisador em psicologia que precisa de certos pontos de vista e diretrizes para ordenar a profusão quase caótica das experiências individuais. Neste sentido, poderíamos comparar a tipologia com uma rede trigonométrica ou, melhor ainda, com um sistema cristalográfico de eixos (p.509).

Para que sejam meios efetivos, é indispensável que os instrumentos aplicados para investigações tipológicas mantenham-se fidedignos ao modelo teórico proposto por Jung (1985, 1991), de modo que não percam de vista a multimensionalidade e a continuidade estabelecida entre as polaridades das funções da psique. A partir da análise tipológica, muitas podem ser as contribuições no campo da educação – tanto no que concerne ao professor, que explora de maneira mais e ampla os modos de aprender e se relacionar de seus estudantes; como para o autoconhecimento e desenvolvimento de professores e estudantes (Jung, 1985; Saiani, 2000; Senra, 2009).

1.3.3 Tipos psicológicos na Educação

O encontro de duas personalidades assemelha-se ao contato de duas substâncias químicas: se alguma reação ocorre, ambos sofrem uma transformação.

Carl Gustav Jung (1988)

Na busca pela compreensão dos modos de aprendizagem e relacionamento, com o intuito de promover o desenvolvimento de estudantes e profissionais, faz-se necessário o olhar para os desafios contemporâneos que perpassam a Educação na Saúde. Observando-se a cisão entre o humano e o científico, o objetivo e o subjetivo, o curador e o doente, a saúde e a doença, cabe a valorização do papel dos educadores na formação dos médicos, e das contribuições que o estudo dos tipos psicológicos pode trazer a este campo. Não se fala aqui em educar tão-somente como o ato de capacitar um jovem que deseja se tornar médico, nas artes do diagnóstico e da prescrição – passando pelos conhecimentos técnicos e teóricos em Anatomia, Fisiologia, Patologia, Farmacologia, Semiologia etc., pois, ainda que esta não pareça uma tarefa simples, ela certamente não seria suficiente para o que se espera hoje de uma pessoa inserida na formação médica. Reporta-se aqui à formação de um profissional generalista, dedicado à integralidade do cuidado do outro, capaz de se colocar no lugar do paciente, de agir com ética e profissionalismo no sentido da relação da ajuda, do alívio do sofrimento humano (Rios, 2010). Mais do que isso, porém, se trata da formação do sujeito imbuído do desejo e da energia necessários à transformação social, em contato não apenas com as suas necessidades, mas integrado às necessidades coletivas (Freire, 2001; 2005). Portanto, nesse contexto, entende-se a Educação como processo capaz de formar para a complexidade, a sensibilidade, a autonomia, a integralidade do ser e a transformação social

(Cavalcante Jr., 2005, 2014; Duarte Jr, 2001; Freire, 2001; Mennin, 2010; Morin, 2009; Musson, 2009; Schiller, 2002).

Partindo da visão de Jung (1981), em seu livro "O desenvolvimento da personalidade", uma discussão sobre a Educação aponta o papel do professor como mediador e ponte entre o desenvolvimento pessoal e o coletivo, como aquele que tem a chance de promover e o afastamento simbólico do jovem da família de origem, para facilitar a aproximação deste jovem de si mesmo e do coletivo maior do qual faz parte. Sob o olhar psicanalítico de Matte-Blanco (1988), na confluência de dualidades, de comunhão entre o individual e o coletivo, o consciente e o inconsciente, o simétrico e o assimétrico; é possível conceitualizar "modo de ser" como algo abrangente e capaz de envolver, além da lógica e do pensar, o que não é lógico, o sentir, integrando todos os antagonismos naturalmente humanos. Se o ato de ensinar é ação de ensinar a *ser*, além de ensinar a *saber*, para promover tal integração, o professor deveria ser a própria integração como modelo (Jung, 1981).

Segundo Jung (1981), o professor ensina pelo exemplo, mediado pelo seu modo de agir diante do outro e de encontrar soluções para os problemas cotidianos – sejam eles profissionais ou não. As atitudes do docente ensejam atitudes do discente na convivência. Tal ideia é abordada na Educação Médica sob o conceito de *role modelling*, definido pelo ato de ensinar por meio do modelo – ou pela maneira de ser e agir profissionalmente de alguém que é admirado pelos aprendizes (Cruess, Cruess & Steinert, 2008).

Sob a óptica analítica, é relevante que o professor se aproxime de si mesmo, considerando o arquétipo professor-aluno, de modo que seja capaz de se reconhecer como mestre que é, mas também como aprendente, tomando consciência de sua personalidade por inteiro, conhecendo as particularidades, necessidades, limitações e potencialidades como aprendiz (Jung, 1981). Somente desta maneira, é possível que se estabeleça uma "aliança

pedagógica" entre professor e aluno, na qual o professor por meio de seu "aluno interior", mobiliza o aluno; e o aluno, através seu "professor interior", mobiliza o docente. Assim, docente e estudante, quando capazes de se conhecerem, tomando consciência de seus mundos internos e externos, podem ambos, ao mesmo tempo, ensinar e aprender, vivendo integralmente o arquétipo professor-aluno, sem cisões, promovendo desenvolvimento mútuo (Guggenbuhl-Craig, 2008).

Nesse sentido, os tipos psicológicos podem ser úteis, pois revelam características de personalidade dos estudantes, suas formas de compreender o mundo e dificuldades - ligadas à aprendizagem, às relações com as pessoas e consigo, bem assim ao desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes, além de servirem como meios de investigação e autoconhecimento para o professor (Munro, Chilimanzi & O´Neill, 2012).

Estudo realizado por Zacharias (1999), por exemplo, constatou a predominância da atitude extrovertida, associada à função principal sentimento (*n*=75; 24.11%) na amostra de estudantes universitários em Ciências Humanas (*n*=311) e explorou seus achados detalhando os modos com os quais os estudantes se relacionam com esse campo do conhecimento. Myers-Briggs e Davis (1965) identificaram certo equilíbrio entre os tipos psicológicos de 5355 estudantes de Medicina. Pesquisadores estadunienses compararam estudantes de medicina com outros estudantes da Saúde e constataram que a maioria deles apresentava o função principal pensamento, enquanto os demais estudantes da área da saúde, manifestaram o sentimento como a função mais preferida (Rezler & Buckley, 1977). Mais tarde, um estudo realizado com estudantes de Medicina em uma universidade chilena, também identificou a predominância do tipo pensamento dentre estudantes de Medicina em consonância com dados de estudos britânicos e norte-americanos (Bitran, Zuniga, Lafuente, Viviani, & Mena, 2003).

No campo dos estudos da empatia, por sua vez, a função sentimento é relacionada às suas maiores medidas (Myers-Briggs, 1976; Zacharias, 2003).

Vê-se que a compreensão dos tipos psicológicos dos estudantes de Medicina e sua associação à capacidade de empatia poderá auxiliar no desenvolvimento de programas focalizados nas suas necessidades e caracteristicas, ou seja, mais centrados no alunos, porquanto em ambientes de Educação Médica, é possível intervir na formação de alguns aspectos da personalidade (Hojat, Erdmann & Gonnella, 2013; Stilwell, Wallick, Thal & Burleson, 2000). Assim, conhecendo o próprio tipo psicológico, o professor teria a chance de rever seus modos de abordar, facilitar o desenvolvimento e intervir no ambiente mais propício, de maneira que perceba possibilidades e limitações de sua personalidade no âmbito da formação acadêmica.

As diferenças tipológicas verificadas com o modelo junguiano permitem ainda a compreensão das relações e da comunicação nos ambientes de ensino-aprendizagem e demonstram afetar a interação professor-aluno (Bell, Wales, Torbeck, et al., 2011), além de explicar como um estudante com desempenho elevado, durante os anos iniciais do curso de Medicina, pode demonstrar desempenho insuficiente no internato e, ao mesmo tempo, como um estudante brilhante no internato, pode não ter tido bom desempenho nos anos iniciais do curso. Com a identificação das dificuldades dos estudantes, é possível eleger novos meios de *ensinagem*[22], novas intervenções educacionais que dêem conta dos estilos de aprendizagem de maneira mais inclusiva.

Para isso, a compreensão da tipologia deve, de fato, extrapolar a intenção meramente classificatória ou estrutural, pois, como assinala Zacharias (1995), é de fundamental

[22] Expressão cunhada pelas educadoras Anastasiou & Alves (2003) para designar modos de ensinar diferentes, ou meios possíveis de ensino-aprendizagem na educação de adultos.

importância que a tipologia de Jung seja utilizada para a compreensão da dinâmica que envolve o modo de relacionamento que a pessoa estabelece o mundo, ou seja, por mais que haja uma tendência da manutenção das características de uma uma pessoa durante a sua vida, é preciso voltar-se, mediante uma perspectiva mais funcional e fenomenológica, para as mudanças que ocorrem na relação da pessoa com o mundo durante sua trajetória no tempo e no espaço.

É importante dizer que a tipologia de Jung se relaciona diretamente com os estilos cognitivos ou de aprendizagem, ou seja, por via deste modelo de personalidade, é possível explicar como uma pessoa aprende. Tal dado se evidencia pela aproximação da tipologia de Jung com as teorias dos estilos de aprendizagem de Kolb[23] e de Felder-Silverman[24] (Bitran, Zúñiga, Lafuente, Viviani & Mena, 2003; Senra, 2009), o que permite uma aplicação ainda mais ampla dos tipos psicológicos no campo da Educação.

Uma articulação entre os tipos de personalidade pode, por exemplo, potencializar o trabalho colaborativo e dar ensejo aos participantes do desenvolvimento de aptidões e das habilidades em relacionamentos interpessoais (Felder & Brent, 2001). Considerando-se que, na formação de médicos, o respeito às diferenças nas relações é um aspecto que merece atenção especial, em decorrência da diversidade de pessoas - sejam pacientes ou equipes de saúde nos inúmeros campos de atuação - com as quais esse profissionais devem saber lidar, desenvolver habilidades interpessoais é fundamental. Nessa direção, Zacharias (1995) diz que

---

[23] Kolb (1984) associa as funções junguianas de *sensação* e *sentimento* às vivências concretas de aprendizagem e as funções de *intuição* e *pensamento* com a conceitualização abstrata, dedicando-se à observação conceitual e empírica de suas afirmações.

[24] Felder (1993) é influenciado pela tipologia junguiana, relacionando o estilo *ativo* com o tipo *extrovertido* e o estilo *reflexivo* com o tipo *introvertido,* além de incorporar à sua Teoria dos Estilos, a dimensão *sensitiva/intuitiva*.

> Conviver com pessoas muito diferentes tipologicamente requer uma boa dose de humildade e paciência. Isso porque sempre achamos que o nosso modo de ver o mundo e as coisas ou pessoas é o mais correto, e os outros estão sempre errados. Isso ocorre porque eu só posso ver o mundo de acordo com o meu perfil tipológico; é como se cada pessoa possuísse um par de óculos de lentes coloridas, algumas da mesma cor e outras de cores diferentes (p.30).

Em consonância com o que foi escrito, estudos mostram que médicos em formação podem ser beneficiados com intervenções educacionais que consideram as diferenças entre os tipos psicológicos, denotando melhora nas habilidades de comunicação com os pacientes, pois, em treinamentos que envolvem a observação das diferenças de personalidade entre os médicos e seus pacientes, pode ser desenvolvida a flexibilidade nos padrões de consulta do profissional, de acordo com a necessidade de interação apontada pelo paciente (Clack, Allen, Cooper & O'Head, 2004).

Por outro lado, além de identificar diferenças pessoais e buscar as causas para explicar alguns fenômenos de êxito ou fracasso das intervenções educacionais, a exploração da tipologia na Educação também proporciona a conscientização de alguns processos institucionais - muitas vezes inconscientes - responsáveis pelo não cumprimento do requisito básico da formação integral. Com base, por conseguinte, na predominância ou da ausência de determinados tipos psicológicos em amostra representativa de uma instituição de ensino, por exemplo, é possível reconhecer a interferência de metodologias ou currículos implementados no desenvolvimento e na negligência de certos aspectos da personalidade. Para ilustrar o que se discorreu, Hillman (von Franz & Hillman, 1990) demonstra que nas escolas, em geral, não há interesse no desenvolvimento da função sentimento, quando diz que

> A escolarização tende a desenvolver as funções do pensamento e da sensação. [...] A educação do sentimento, no sentido de gostos, valores e relacionamentos não constitui o cerne da escolarização. A musica, a arte, os esportes, os clubes sociais, a religião, a política, o teatro e a leitura por prazer são eletivas e extracurriculares. Para que escola o coração pode ir? (p.188).

A ênfase da escola, sobretudo no ensino médio[25] e nos cursos de preparação para o ingresso no ensino superior, é voltada para o raciocínio lógico-matemático, focando menos outras áreas do saber e no desenvolvimento outras competências, ou seja, de outras possibilidades humanas relacionadas ao sentidos e aos sentimentos (Lyon, 1971; Shaw, Wedding, Zeldow & Diehl, 2001).

De acordo com von Franz (von Franz & Hillman, 1990), o ambiente no qual o sujeito está inserido pode reforçar algumas tendências ou aptidões, e atrofiar outras, de modo que pode provocar a degeneração de aspectos da personalidade não desenvolvidos. No nível das funções psicológicas, von Franz afirma que isso pode representar a potencializaçao de uma função principal - por estímulo e valorização – e de uma função inferior – por desuso e desvalorização -, de modo que a personalidade se torna intensivamente polarizada ou cindida.

A contribuição a ser dada pela reflexão em torno das funções psíquicas relacionadas ao ambiente no qual se desenvolve o processo educacional mostra a priorização do pensamento e a repressão do sentimento. Para Hillman (von Franz & Hillman, 1990), o princípio do processo educacional acontece quando o sujeito começa a confiar nos próprios sentimentos, naquilo que sente espontaneamente, antes mesmo de verificar se tais sentimentos são aceitáveis ou valorizados pelos demais. Caso as reações de sentimento sejam reprimidas, Hillman explica que a função sentimento deixa de avaliar esses conteúdos nas mais diversas situações e passa a ser inibida em seu desenvolvimento.

É nesse sentido que muitos dos ambientes educacionais da atualidade contribuem para cindir razão e emoção e impedem que o estudante se desenvolva por inteiro, o que se estende pelo ensino superior - que, segundo Mosé (2013), está "sempre a repetir as velhas noções que

[25] O ensino médio no Brasil, é equivalente ao ensino secundário em Portugal. Correspondem aos últimos anos escolares que antecedem o ingresso do estudante na universidade.

dividem o mundo em dois e ainda acreditando que são o espaço do saber e da liberdade [sem perceber] quanta alienação reproduzem, quanto fanatismo intelectual, quanta exclusão" (p. 68).

Mais tarde, esse padrão atravessa a vida profissional, pois, como consequência da desintegração homem-mundo, corpo-mente, há formação de um profissional da saúde que nega a própria saúde e se desapropria das suas múltiplas possibilidades de ser e se expressar (Cavalcante, 2014). Expresso em maneira diferente, o resultado do processo é um homem aprisionado, incapaz de ser autor de sua história (Touraine, 1999), que perde a liberdade ao recusar sua totalidade, ao negar sua natureza dúbia de racionalidade e subjetividade, e separar o corpo da mente (Schiller, 2002). Por fim, a desconexão daquilo que vive, em relação àquilo que pensa e o que experiência por meio do corpo, pelos órgãos dos sentidos e sua totalidade propicia os esvaziamento de sentido da própria existência, condutor dos processos de mecanização e desumanização (Duarte Jr, 1998, 1999, 2001).

Somente a manutenção de um processo educacional flexível e abrangente, que inclua as diversas instâncias da dinâmica psíquica, pode evitar problemas causados pela cristalização das funções da consciência, como explica Zacharias (1995) quando ensina que

> [...] devido a uma unilateralidade da consciência, privilegiando unicamente as funções principal e auxiliar, há o risco da invasão da função inferior com características do complexo da "sombra". Assim, se uma pessoa é tipo sentimento, polida e preocupada com as pessoas quase que todo o tempo, de repente pode tornar-se áspera e extremamente critica e cáustica, desestruturando relações pessoais que para ela são muito caras (p.52).

É exatamente o que diz von Franz (von Franz & Hillman, 1990) em seus escritos sobre a função sentimento, assinalando que, sob condições adversas, o sentimento extrovertido evita os pensamentos mais profundos, abstrações e questões básicas da vida, que podem emergir em forma de julgamentos rudes e grosseiros, em tom negativo e melancólico, ou seja, em um

contexto desfavorável, vem à tona a principal dificuldade do tipo sentimento, que é justamente a de entrar em contato com seu mundo interno.

Em razão do que foi posto, está evidente a necessidade de planos educacionais inclusivos, capazes de dar conta das várias formas de conhecer, ser e se expressar no mundo, onde estudantes de vários tipos psicológicos tenderão a crescer como pessoas inteiras, tendo suas potencialidades compartilhadas e aproveitadas da melhor maneira possível. Na perspectiva analítica, a Educação é o *locus* adequado para estimulação das múltiplas possibilidades humanas, contanto que possa abranger diversos prismas da realidade, pois

> [...] para que possamos atender todas as funções em educação, um conteúdo deve incluir: uma configuração lógico-teórica de possibilidades futuras (pensamento-intuição), uma configuração lógico-prática de utilidade concreta (pensamento-sensação), uma configuração criativo-pessoal de possibilidades inovadoras (intuição-sentimento) e uma configuração prático-pessoal de possibilidades concretas e sociais (Zacharias, 1995, p.60).

O cuidado com a inclusão da diversidade dos tipos psicológicos pode repercutir no acolhimento de múltiplas metodologias em desenhos curriculares criativos, passando pela valorização das diferenças e exercício da tolerância nos trabalhos em grupos heterogêneos, pela orientação individualizada na formação do estudante, chegando ao cuidado com o ambiente de ensino e com o binômio professor-estudante. Essas são apenas algumas das razões pelas quais o emprego da tipologia no ensino superior e na orientação para Educação profissional continuada[26] têm sido incentivada (Bitran, Zuniga, Lafuente, Viviani & Mena, 2006; Stilwell, Wallick, Thal & Burleson, 2000).

---

[26] "*Más de 30% de las escuelas de USA considera los tipos psicológicos de sus estudiantes como un antecedente académico importante. De hecho, la American Association of Medical Colleges (AAMC) ha incorporado el uso del Inventario de Tipos Psicológicos de Myers Briggs (MBTI) en su programa MEDcareers, destinado a asesorar a los estudiantes en la elección de especialidade"* (Bitran, Zuniga, Lafuente, Viviani & Mena, 2006, p.1076).

Desse modo, o espaço de educação deve ser, no mínimo, um campo de dinamização das polaridades no sentido do desenvolvimento integral da pessoa, proporcionando experiências projetadas para o mundo interno e externo dos aprendentes, acessadas pela *intuição,* pela *sensação,* pelo *pensamento e* pelo *sentimento,* em distintas situações. Um espaço no qual o respeito às particularidades envolve a coletividade e cria uma ambiência de abertura e confiança.

É justamente a necessidade de trazer para a formação médica o desenvolvimento de um ser humano capaz do exercício de uma razão sensível (Maffesoli, 2005), capaz de envolver-se de forma autêntica e cheia de sentido na relação com o outro que torna urgentes as investigações neste campo. Então, na interface das diversidades do ser – os tipos psicológicos - e as possibilidades de ser *no* o outro – a empatia – delineiam-se as intenções contemporâneas da formação do (ser) médico no contexto da cultura e na profundidade da singularidade.

O objetivo geral deste trabalho é, portanto, o estudo das relações entre os tipos psicológicos e a empatia, e as implicações destas variáveis no processo de formação profissional, para produzir dados capazes de fundamentar reflexões sobre possibilidades de desenvolvimento da empatia na Educação Médica.

PARTE II

Estudos Empíricos

De modo a conhecer de modo mais aprofundado a empatia nessa classe de profissionais de saúde e o seu processo e desenvolvimento, optou-se por recorrer a uma metodologia mista de caráter explanatório sequencial (Creswell, 2010; Creswell & Plano Clarck, 2011). Justifica-se a escolha do método pela abrangência do seu alcance e pela necessidade da integração das visões quantitativa e qualitativa para que as perguntas da pesquisa fossem respondidas com maior profundidade (Ivankova, 2006; Ivankova, Creswell, & Stick, 2006). Além das respostas às hipóteses do estudo inicial (quantitativo), como o desenvolvimento do segundo estudo (qualitativo), pretende-se aceder ao processo de desenvolvimento da capacidade empática na aprendizagem e, assim, superar as dicotomias naturalmente instauradas no próprio campo científico, entre a objetividade e a subjetividade, entre os números e as palavras, os contextos, conteúdos e processos com um propósito de transformação da realidade. Afinal, o objetivo deste estudo é considerar a complexidade por meio do novo paradigma das metodologias mistas (Johnson & Onwegbuzie, 2004), e, assim, dar voz aos sujeitos identificados pelo farol das análises estatísticas, para que, pela integração e complementariedade das perspectivas distintas, proponham-se novas reflexões para a comunidade científica e, sobretudo, para comunidade de ensinantes e aprendentes.

Wisdom e Creswell (2013) chamam ainda atenção para o fato de que investigações de metodologias mistas promovem a interação acadêmica, alargam a pesquisa multidisciplinar e incentivam a aproximação entre investigadores de diversas abordagens científicas. São igualmente adptáveis a diversos objetos e tipos de estudo de áreas distintas, tais como a da Educação e Saúde onde se insere o presente trabalho. Tais ganhos demonstram recompensar as limitações impostas pela complexidade do método, quais sejam, a grande demanda de tempo e de recursos – humanos, tecnológicos e financeiros - para coleta e análise dos dados, como mais bem descrito nas considerações (Bryman, 2007).

Em síntese, reside nesta investigação a intenção de fomentar o diálogo interdisciplinar, a comunicação com públicos diversos – Psicologia, Medicina e Educação - acreditando-se que a interlocução dos saberes seja capaz de proporcionar a melhoria das práticas educacionais e, em última instância, dos processos de cuidado e assistência à comunidade (Lopez-Fernandez & Molina-Azorín, 2011).

Definida a metodologia de caráter misto, optou-se por duas formas de conexão entre as fases quantitativa e qualitativa, sendo uma delas desenvolvida por meio da utilização dos dados da primeira fase (quantitativa) para seleção dos participantes da segunda fase (qualitativa), e outra realizada com a integração entre os resultados quantitativos e qualitativos nas discussões e implicações da pesquisa (Ivankova, 2006). As fases da pesquisa são descritas da maneira delineada na sequência.

Fase 1 – Estudo quantitativo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de dois instrumentos validados no Brasil - Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI) e Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) - e analisados com o SPSS *Statistics* versão 17.0.

Fase 2 - Estudo qualitativo. O método do Grupo Focal (Barbour, 2009) foi aplicado em uma amostra extraída dos resultados da fase anterior – sujeitos de tipos psicológicos e de períodos do curso distintos, com maiores pontuações na escala de empatia (EMRI) - e os dados foram categorizados (NVivo QSR versão 10) para análise posterior.

Pretende-se, com efeito, no primeiro plano, investigar a relação entre as dimensões dos tipos psicológicos (introversão, extroversão, sentimento, pensamento, intuição e sensação) e as dimensões da empatia (compreensão empática, tomada de perspectiva, angustia pessoal). No segundo plano, procura-se, também, compreender os fatores que contribuíram e dificultaram no desenvolvimento da amostra de estudantes com maior empatia, procurando-se

ainda avaliar as interferências da formação médica neste processo. Não sendo viável a realização de grupos com todos os estudantes investigados na primeira fase, a escolha dos estudantes mais empáticos, com no mínimo um ano de vivência do curso de formação médica, teve a intenção de evidenciar possíveis interferências do processo educacional no desenvolvimento da empatia, além de dar conta do problema de maneira mais abrangente.

Ao final das duas fases, para o embasamento das discussões e a elaboração da proposta do modelo de intervenção, os resultados obtidos nas fases 1 e 2 serão combinados (Tashakkori & Teddlie, 2003; Creswell, 2005). A Figura 3 ilustra o delineamento geral da investigação.

Partindo-se de uma revisão crítica da bibliografia expressa neste trabalho, definem-se a seguir os objetivos e as hipóteses teóricas, norteadores da seleção das variáveis a serem estudadas e os procedimentos metodológicos selecionados.

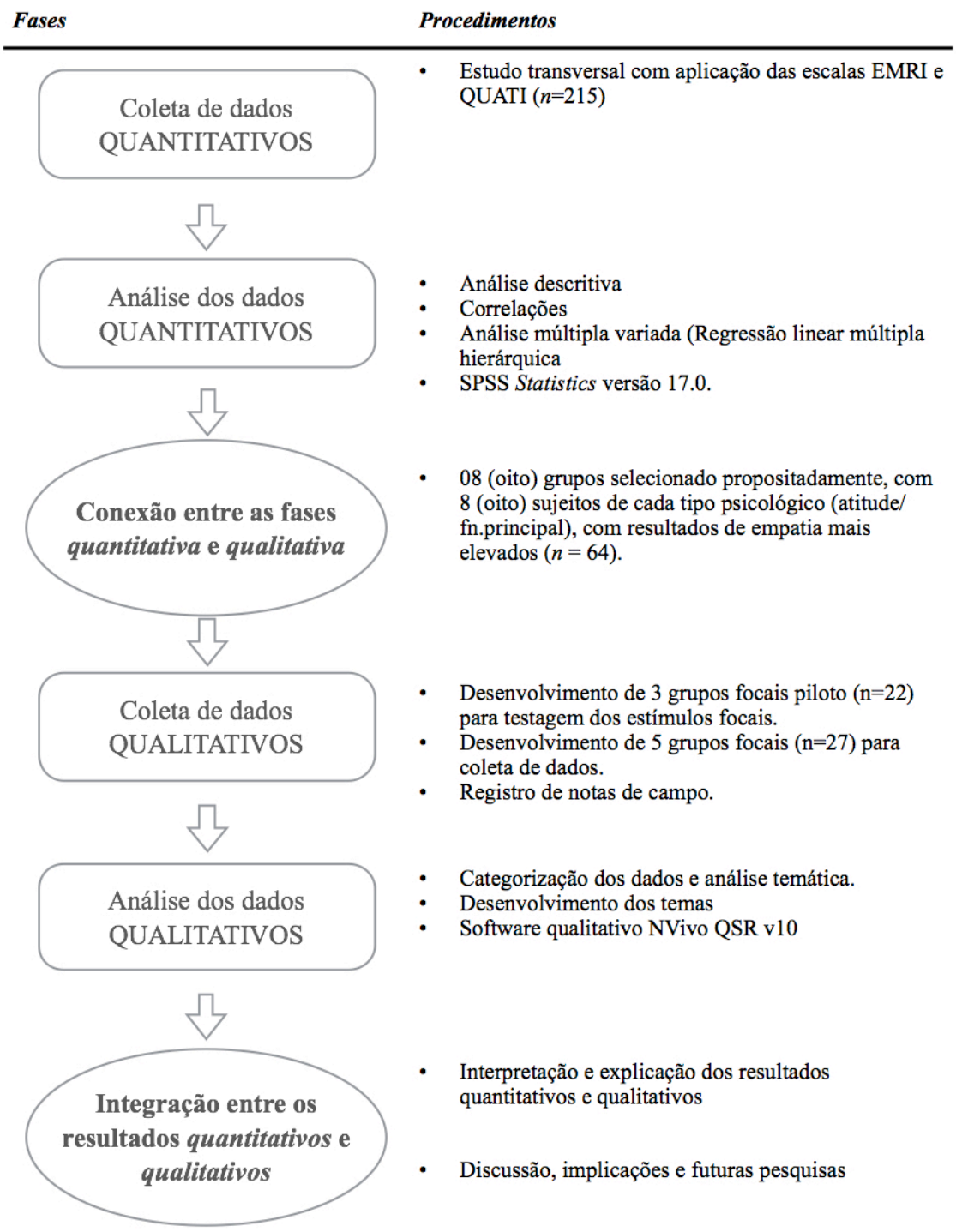


Figura 3: Fluxograma do desenho metodológico da pesquisa, conforme modelo proposto por Ivankova, 2006.

2.1 Estudo 1

Como visto, de acordo com os estudos realizados sobre o tema, os cursos de graduação voltados para as diversas áreas do conhecimento, denotam estudantes com perfis distintos, considerando os tipos psicológicos (Homsi, 2006; Clack, Allen, Cooper, & Head, 2004; Zacharias 2003). Em alguns estudos internacionais, o tipo psicológico junguiano mais encontrado entre estudantes de Medicina aparece como aquele de função principal pensamento (Bitran, Zuniga, Lafuente, Viviani & Mena, 2003; Rezler & Buckley, 1997). A literatura sugere ainda que maiores medidas de empatia estejam relacionadas à função sentimento (Myers-Briggs, 1976; Zacharias, 2003) e ao sexo feminino (Hojat, Glaser, Xu, Veloski & Christian, 1999; Hojat, Gonnella, Nasca et al., 2002; Magalhães, Portela, Oliveira, Salgueira & Costa, 2009; Kataoka, Koide, Hojat & Gonnella, 2012). O tempo do curso também parece ser fator a interferir na empatia (Calabrese, Bianco, Mann, Massello & Hojat, 2013; Hojat, 2009; Magalhães, Salgueira, Costa & Costa, 2011; Nunes, William, Sa & Stevenson, 2011; Quince, Parker, Wood & Benson, 2011).

2.1.1 Objetivos e hipóteses

Neste estudo, o objetivo central é, portanto, conhecer os tipos psicológicos dos estudantes de Medicina e as possíveis relações entre os grupos de diversos tipos psicológicos e os níveis de empatia (compreensão empática, tomada de perspectiva e angustia pessoal), considerando o gênero e o tempo de curso na análise da amostra. Deste modo, procura-se testar as hipóteses seguintes.

H1) Há um tipo psicológico predominante entre estudantes de Medicina.

H2) Há diferenças de tipos psicológicos entre estudantes de anos distintos do curso de medicina.

H3) O gênero feminino apresenta maiores escores de empatia do que o gênero masculino.

H4) Os níveis de empatia dentre estudantes de diferentes anos do curso de Medicina permanecem estáveis com a formação profissional.

H5) Tipos psicológicos com atitude extrovertida e função sentimento principal, costumam ser mais empáticos que os demais.

2.1.2 Participantes

Em uma população de 649 estudantes de Medicina de uma faculdade privada do Nordeste brasileiro, que traz intensamente no Projeto Pedagógico (PPC) a aprendizagem baseada em problemas (PBL), obteve-se uma amostra de 215 sujeitos para a primeira fase do estudo.

Os sujeitos foram recrutados mediante uma amostragem não probabilística ou não aleatória, de natureza acidental, causal ou conveniente (Maroco, 2007), que aceitaram participar da investigação voluntariamente, mediante concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sob os princípios da Resolução nº 466/2012, que se reporta aos referenciais da Bioética, dispostos pelo CNS-Brasil, para pesquisas com seres humanos. Tal amostragem, por conveniencia, embora denote desvantagens, como maior possibilidade de viés e de baixa representatividade da população, também traz a vantagem de ser um modo mais ágil e viável para o pesquisador. Por ser a pesquisa sob relatório de caráter misto e, portanto, longa, realizada em duas fases - cuja primeira amostragem deve gerar

subamostras para uma segunda fase qualitativa – tornou-se necessário e mais apropriado tal procedimento para a recolha dos dados.

2.1.2.1 Caracterização da amostra

Na amostra, 140 (65.1%) pessoas eram do sexo feminino e 75 (34.9%) do sexo masculino. Considerando-se a proporção entre os sexos na população, é importante dizer que 372 (56.4%) estudantes eram do sexo feminino, número também maior do que os 287 (43.6%) estudantes do sexo masculino.

As idades dos participantes variavam dos 17 aos 36 anos, com média de idades de 22.60 anos (*DP* = 3.00).

Dentre os sujeitos, 83 (38.6%) pertenciam ao Grupo 1 – composto pelos estudantes matriculados em um dos semestres dos dois anos iniciais do curso (1º e 2º) –, 83 (38.6%) pertenciam ao Grupo 2 – de estudantes matriculados em um dos semestres dos dois anos intermediários do curso (3º e 4º), e 49 (22.8%) faziam parte do Grupo 3 – estudantes matriculados em dos semestres dos dois anos finais do curso (5º e 6º), denominado internato médico. A diferença do percentual de estudantes entre os Grupos 1 e 2 e o Grupo 3, decorre do fato de que ainda não havia estudantes matriculados no último semestre do curso na ocasião da coleta de dados da Fase 1. Desse modo, o Grupo 1 incluía estudantes dos semestres 1, 2, 3 e 4; o Grupo 2 estudantes dos semestres 5, 6, 7 e 8; e o Grupo 3 contava com estudantes dos semestres 9, 10 e 11, permanecendo, assim, com um quantitativo menor de estudantes.

Foram considerados como critérios de inclusão: 1) ser estudante universitário, matriculado em qualquer período do curso de Medicina, 2) estar presente no momento do convite, 3) estar de acordo com a participação voluntária e informada na pesquisa.

2.1.3 Variáveis

Como variáveis a serem investigadas neste trabalho, foram designadas:

Tipo psicológico – considerado em sua globalidade e nas suas três dimensões: atitudes (extroversão e introversão), funções avaliativas (pensamento e sentimento) e funções perceptivas (intuição e sensação) – foi operacionalizada por meio do Questionário de Avaliação Tipológica – QUATI (Zacharias, 2003). Foram identificados os tipos psicológicos da amostra de estudantes, ao passo em que também foram mensurados e avaliados separadamente extroversão, introversão, pensamento, sentimento, intuição e sensação. A seguir, descrevem-se sucintamente as atitudes e as funções da consciência (Zacharias, 1995, 2003).

A *extroversão* diz respeito ao modo de colocar-se diante do mundo no qual o sujeito está predominantemente voltado para o exterior na observação da realidade. O extrovertido capta o mundo "de fora para dentro", procurando em seu entorno as constatações que deverá internalizar.

Na *introversão,* há o movimento inverso: a atenção do sujeito está voltada para dentro de si, e a observação da realidade passa a ser compreendida pela referência interna. O introvertido, deste modo, capta o mundo "de dentro para fora", buscando lidar com o seu entorno com origem na realidade interna.

O *pensamento* é uma função psíquica mediante a qual o sujeito avalia as situações por meio de leis gerais. Os critérios avaliativos são, portanto, genéricos, objetivos, e independem das particularidades subjetivas de cada situação.

Pela função *sentimento,* as avaliações se dão segundo critérios subjetivos, definidos com suporte nas particularidades situacionais. Neste caso, as leis aplicadas para avaliar cada situação não são gerais, mas particulares e adaptáveis, a depender das variáveis envolvidas.

A *intuição* é uma função psíquica que é capaz de perceber o mundo desde uma visão ampla, complexa e inespecífica. No tipo intuitivo, há refinamento perceptivo capaz de identificar padrões e, assim, deduzir possíveis causas e consequências segundo este reconhecimento.

Na *sensação*, a percepção se dá fundamentalmente pelos órgãos dos sentidos. O tipo sensação obtém-se, pelo olfato, a audição, o tato, a visão e o paladar, dados detalhados de uma situação, que lhe permitem inferir e concluir baseados em seus sentidos.

Considerou-se o *tipo psicológico* como disposição geral – ou estado da psique para agir ou reagir em determinada situação - observada nos indivíduos, caracterizando-os quanto aos seus interesses, referências e habilidades (Jung, 1991). Cabe salientar que a tipologia avaliada neste estudo possui caráter dinâmico e é composta pela associação de processos mentais preferencialmente utilizados pela pessoa para se relacionar com o mundo interno ou externo. Tais processos mentais – compreendidos pelas atitudes (*introversão* e *extroversão*) e pelas funções de avaliação (*pensamento* e *sentimento*) e percepção (*intuição* e *sensação*) da consciência – podem ser associados em 16 combinações, que compõem os tipos psicológicos (Jung, 1991; von Franz & Hillman, 1990; Zacharias, 1995).

A outra variável abordada, a *empatia*, neste estudo, define-se como um construto, ou processo mental multidimensional, que abrange as capacidades do indivíduo de responder cognitiva, comportamental e afetivamente à experiência de outro (Davis, 1996). Para medir esta variável, utilizou-se a Escala de Reatividade Multidimensional de Davis – EMRI que, na versão validada para a população brasileira, é expressa com três subescalas, do tipo Likert,

uma para cada dimensão -a *tomada de perspectiva, a consideração empática* e a *angústia pessoal*- que avaliam processos cognitivos, no caso da primeira, e afetivos relativos ao mundo externo e interno nas duas últimas (Davis, 1983). Como propõem Davis (1980, 1983) e Paro (2013), não será considerado o escore global da empatia neste estudo, pois as dimensões serão medidas e analisadas separadamente, caracterizando-se mais detalhadamente conforme descrição das dimensões a seguir (Davis, 1980; 1983; 1996, 2006).

Consideração empática é definida como a capacidade de analisar e sentir como o outro, percebendo desde os referenciais dele e mobilizando-se no sentido da relação de ajuda como resposta às necessidades e afetos reconhecidos.

A *angústia pessoal* refere-se aos sentimentos de tensão e desconforto deflagrados ante a realidade do outro, promovendo reações de afastamento e dificultando a relação de ajuda.

Por *tomada de perspectiva* entende-se a capacidade de compreender cognitivamente a situação do outro, bem como orientar ou facilitar as percepções do outro no sentido da solução dos conflitos relacionais ou sociais.

2.1.3.1 Variáveis de critério

Outras variáveis, como *sexo* e ano *do curso,* foram consideradas para análises estatísticas, compreendendo-se que em estudos anteriores, verificou-se que o gênero tem um efeito na empatia (Hojat, Glaser, Xu, Veloski & Christian, 1999; Hojat, Gonnella, Nasca et al., 2002; Magalhães, Portela, Oliveira, Salgueira & Costa, 2009; Kataoka, Koide, Hojat & Gonnella, 2012) e que o ano de frequência do curso superior também se encontra associado (Calabrese, Bianco, Mann, Massello & Hojat, 2013; Hojat, 2009; Magalhães, Salgueira, Costa & Costa, 2011; Nunes, William, Sa & Stevenson, 2011; Quince, Parker, Wood & Benson, 2011).

2.1.4 Materiais

2.1.4.1 Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis - EMRI

Com o objetivo de medir os atributos da empatia, Davis (1980) desenvolveu a *Interpersonal Reactivity Index - IRI,* com base no seu modelo multidimensional, que considera as dimensões afetiva, cognitiva e comportamental na elaboração do construto. A escala de Davis, em sua versão inicial composta por 50 itens, foi construida de modo que pudesse aferir as dimensões da empatia separadamente e não somente em um valor global, como possibilitavam os instrumentos em curso na época. Após testagem das versões prelimirares, Davis (1983) propôs uma versão final do instrumento, com um total de 28 itens - composta de quatro subescalas – *consideração empática*, *tomada de perspectiva*, *angústia pessoal* e *fantasia* - com sete itens para avaliação de cada uma delas.

No Brasil, a escala de Davis, denominada Escala de Multidimensional de Reatividade Interpessoal - EMRI, foi validada apenas com apenas três das quatro subescalas, sendo a *fantasia* excluída em razão do seu intenso componente cultural do pais de origem (Koller, Camino & Ribeiro, 2001; Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga & Menezes, 2011). Desse modo, na versão brasileira utilizada neste experimento (Anexo C), o instrumento possui 21 itens distribuidos por três subescalas (*consideração empática*, *tomada de perspectiva* e *angustia pessoal*), sete itens em cada uma, cujas respostas são obtidas, por meio de escala Likert de cinco pontos de *não me descreve bem* (1) a *descreve-me muito bem* (5) (Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga, & Menezes, 2011).

Numa investigação realizada com estudantes de Psicologia da Universidade do Texas (n=1079), dos sexos masculino e feminino, foi constatada, pela análise fatorial, a

adequabilidade do uso das quatro dimensões (Davis, 1983). A confiabilidade da consistência interna de cada subescala foi analisada nos grupos masculino e feminino, e atestada pelo coeficiente de alfa Cronbach de 0.70 e 0.78. Foram realizados, ainda, teste-reteste em subgrupo que respondeu novamente a escala após 60-75 dias da primeira aplicação, revelando coeficientes de alfa Cronbach de 0.61 a 0.81 nos grupos de ambos os sexos. Testes de intercorrelação das subescalas também foram realizados na versão final da EMRI, revelando fracas correlações entre as dimensões cognitiva e emocionais, e fortalecendo a ideia de que as dimensões devem ser avaliadas separadamente (Paro, 2013).

Justifica-se a escolha da EMRI, para o desenvolvimento deste trabalho, pelo largo uso da escala no Brasil (Formiga, Rique, Galvão et al., 2011; Paro, 2013; Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga & Menezes, 2011), com a constatação de sua robustez, confiabilidade e capacidade de detectar as múltiplas dimensões do construto da empatia (Paro, 2013), sendo seus valores das validades (Alpha de Cronbach) das escalas de consideração empática (0.67), tomada de perspectiva (0.63) e angustia pessoal (0.54) (Koller, Camino & Ribeiro, 2001).

2.1.4.2 Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI

O QUATI (Versão II), é um questionário brasileiro desenvolvido por Zacharias (1999), e selecionado para este estudo por adaptar-se perfeitamente às características culturais brasileiras, além de demonstrar estrutura de simples compreensão, aplicação, correção e custos condizentes com a pesquisa em desenvolvimento. Embora o *Myers-Briggs Type Indicator* (Myers-Briggs, 1995), padronizado em 1962, seja o instrumento mais largamente utilizado em pesquisas que abordam a tipologia junguiana em diversos países (Clack, Allen, Cooper & O'Head, 2004; Judith & Anchors, 2003; Wheeler, 2001; Furnham, 1996; Friedman & Slatt, 1988), acredita-se que o QUATI, exprima algumas vantagens importantes: 1) trata-se

de um instrumento brasileiro, portanto, mais acessível ao uso em termos de custo; 2) é amplamente utilizado no Brasil em pesquisas no campo da Psicologia, da Educação e do desenvolvimento profissional, considerando a consciência do indivíduo acerca de suas atitudes, funções de avaliação e percepção diante de múltiplos contextos da realidade (Espírito & Castro, 2012; Senra; 2009; Homsi, 2006; Joca, 2005; Zacharias, 1994; 2003; de Moraes & Primi, 2002). Como justificado na Parte I deste trabalho, reforça-se que a escolha de uma medida fundamentada em uma teoria dinâmica da personalidade e não uma medida de traços, demonstrou está mais adequada ao objetivo geral da pesquisa.

O QUATI (versão II), com 93 itens, avalia o tipo psicológico por meio de pares de respostas dicotômicas (a) ou (b), que avaliam três dimensões: *atitude* (R1)*, função perceptiva* (R2) *e função de julgamento* ou *avaliativa* (R3). Isso quer dizer que, na dimensão da *atitude* (R1), por exemplo, é avaliado o binômio *extroversão-introversão*, identificando a atitude mais preferida do sujeito, mediante o valor numérico encontrado – ou seja, se mais respostas foram dadas à extroversão, o foco de atenção do sujeito está preferencialmente voltado para o mundo externo e ele é classificado como extrovertido. Na *função perceptiva* (R2) a preferência é identificada por intermédio da avaliação do par *sensação-intuição* – que apontará a tendência do sujeito para perceber a realidade com origem nos referenciais dados pelos órgãos dos sentidos (tato, olfato, audição, visão, paladar), com foco no presente; ou por meio dos significados implícitos e abstratos dados nas situações vividas, com foco voltado para as possibilidades futuras. A *função de julgamento* (R3) é determinada entre o binômio *pensamento-sentimento* - a depender da inclinação do sujeito para avaliar as situações com apoio em critérios objetivos/gerais ou subjetivos/pessoais. Desde as intensidades das *funções perceptiva e de julgamento*, designa-se a *função principal* – mais utilizada e preferida - e a *função auxiliar*, estratégia alternativa e de suporte ao do sujeito em seu tipo psicológico,

sendo a *função principal* a mais intensa, com maior pontuação, e a *função auxiliar* a segunda mais intensa, com menor pontuação. Uma *função inferior* – a menos utilizada pelo sujeito e que apresenta maior necessidade de desenvolvimento - é ainda obtida do resultado da *função principal,* da seguinte maneira: caso a função principal, ou a mais preferida do sujeito, tenha sido identificada como *pensamento*, a sua função inferior será dada pelo outro pólo do binômio, o *sentimento,* e vice-versa. Caso a função principal, ou a mais preferida pelo sujeito seja a *sensação* então, a *intuição* figurará como a função inferior, ou menos preferida pelo sujeito, e vice-versa. Desse modo, cada tipo psicológico é expresso sob a forma de um código composto por uma *atitude*, uma *função principal*, uma *função auxiliar*, além da *função inferior* dada oposta à função principal (Zacharias, 1994; 1995; 2003).

O questionário está dividido em seis grupos distintos, onde cada agrupamento de itens diz respeito a um contexto no qual o sujeito deve se colocar para responder às questões. Os cinco primeiros grupos – "A Festa", "O Trabalho", "A Viagem", "O Estudo", "O Lazer" –, são compostos de 15 itens cada um, e o sexto grupo – "Vida Pessoal" – compreende 18 itens. Em cada item, o respondente deve escolher entre as opções (a) ou (b), aquela que o descreve com maior precisão o seu comportamento no referido contexto. A partir das respostas dos 93 pares de opções distribuídas nos contextos, são avaliadas as três dimensões compostas dos pares de atributos que, combinados, definem o construto do tipo psicológico do sujeito. Cada uma das 3 dimensões, *atitude* (R1) – extroversão-introversão, *função perceptiva* (R2) – intuição-sensação, e *função avaliativa* (R3) – pensamento-sentimento, é verificada por 31 pares de proposições (a ou b), distribuídas igualmente nos seis contextos há pouco descritos. Com os crivos de correção é possível chegar aos valores de cada um dos atributos e, em seguida, identificar nas três dimensões, a atitude ou as funções preferidas pelo respondente.

Com estes dados qualitativos e quantitativos de R1, R2, e R3, faz-se a combinação das dimensões avaliadas, que corresponderá ao tipo psicológico (Figura 4).

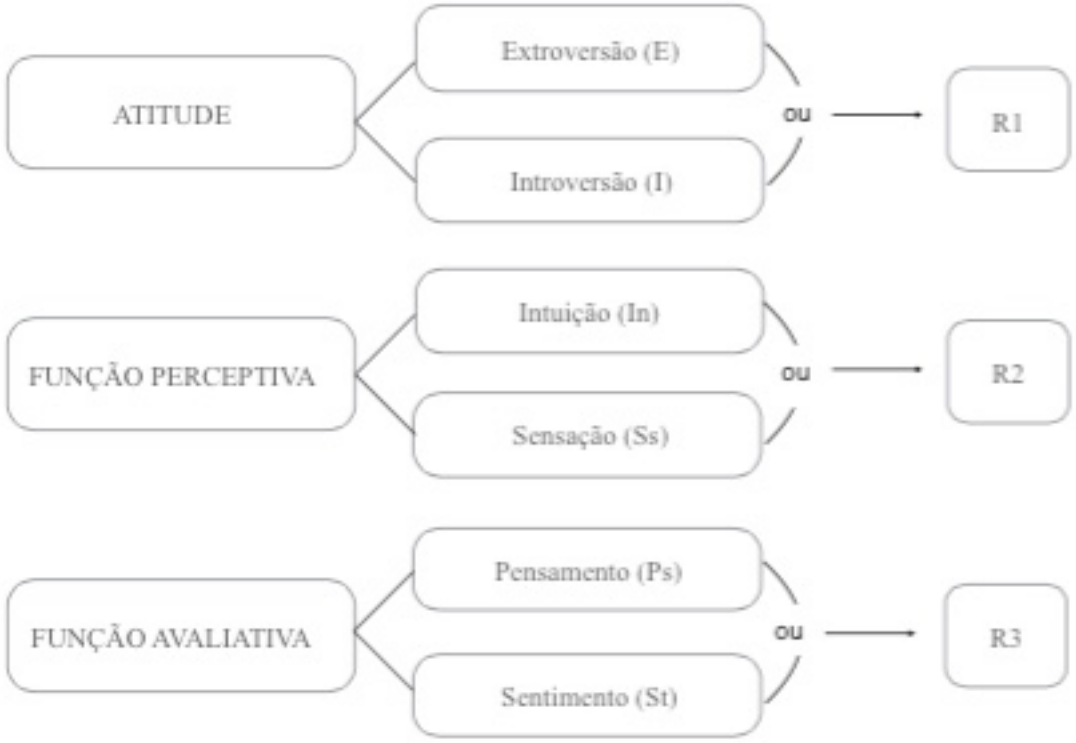


Figura 4: Diagrama dos atributos avaliados no Questionário de Avaliação Tipológica - QUATI.

A validação do QUATI foi realizada por meio da correlação com o Myers-Briggs Type Indicator – MBTI (Myers-Briggs, 1995), pois ambos os instrumentos possuem como base a tipologia junguiana e pretendem avaliar os mesmos atributos – extroversão/introversão, intuição/sensação e pensamento/sentimento – e apresentam semelhanças quanto às suas estruturas, características necessárias a um estudo de validação simultânea (Moraes & Primi, 2002). Tal estudo indicoucomo resultados índices que variaram de 0.41 a 0.64 e também investigou a fidelidade do QUATI pelo método teste-reteste, com índices de r=0.60 a r=0.86 (Zacharias, 2003) . No manual, é descrito um estudo (n=1188), no qual todos os sujeitos, após serem avaliados pelo instrumento, responderam um questionário acerca de suas identificações

com os resultados descritos, tendo o índice de concordância superior a 95% (Zacharias, 1994; 2003).

É importante dizer que o QUATI foi estruturado como escala *ipsativa*, ou seja, de escolha forçada. As escalas de escolhas forçadas são aquelas nas quais o respondente deve optar ou ordenar, de acordo com a sua preferência, afirmações opostas sobre traços relativos ao construto avaliado, de modo que as afirmações possuem equivalência em termos de desejabilidade social (Anastasi, 2003; Chan, 2003), dificultando sensivelmente a manipulação de respostas e evitando que os sujeitos atribuam a si mesmos valores mais altos para o atendimento das expectativas externas, o que torna as escalas ipsativas muito apropriadas para avaliação de construtos como a personalidade (Moraes & Primi, 2002; Welter & Capitão, 2007).

Nas medidas ipsativas, contudo, o fato de frequentemente serem negativas as relações entre os itens faz com que, quanto maior seja a pontuação de um atributo da dimensão avaliada, menor seja o valor do outro atributo associado à dimensão – ou seja, quanto maior a pontuação da função *sentimento*, menor a pontuação da função *pensamento* - e, desse modo, são atenuados os valores de consistência interna da escala encontrados (Anastasi, 2003). Ou seja, escalas ipsativas de itens são alvos de maior atenuação do valor de consistência interna, pois há maior competição entre os itens. Assim, no caso destas escalas ipsativas dicotômicas, de escolha forçada, uma vez que as que as relações entre itens são frequentemente negativas, ocorre o oposto do que acontece com escalas Likert. Nesse contexto, a avaliação da consistência interna das escalas ipsativas recebe baixos índices quando avaliada com base em fórmulas derivadas da Teoria Clássica dos Testes (Meade, 2004); por outro lado, Welter e Capitão (2007) alertam para o fato de que o coeficiente alfa (Cronbach, 2004) - associado ao teste-reteste, às correlações com escalas semelhantes e medidas de desvio padrão - seria

apenas uma das possibilidades a serem utilizadas para atestar a fidedignidade dos instrumentos utilizados no campo psicológico e da Educação, e apontam ainda que a Teoria da Resposta ao Item (TRI) parece promissora para a avaliação das escalas ipsativas.

As fontes de validade, de construto, de critério e de fidelidade por consistência interna dos itens do QUATI (versão II) confirmam a qualidade do instrumento em sua adequada operacionalização, embora tenha sido evidenciada necessidade de novos estudos correlacionais por meio de testes psicométricos (Moraes & Primi, 2002; Moraes 2001). Em ra~zo da credibilidade e da compatibilidade do instrumento com a teoria junguiana e a avaliação dos perfis dos sujeitos avaliados, Espírito e Castro (2012) ratificam a importância do instrumento e da qualidade dos seus parâmetros psicométricos.

2.1.5 Procedimentos metodológicos

Inicialmente, se obteve autorização da instituição onde seriam coletados os dados, bem como o parecer favorável do Conselho de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

Posteriormente, para operacionalização da Fase 1 da investigação, no caso de estudantes cursando os anos iniciais (1º e 2º) e intermediários (3º e 4º) a abordagem foi realizada em sala de aula, antes do início das conferências, pelo professor presente. Aqueles que concordaram em participar permaneceram na sala de aula para que a pesquisadora responsável prosseguisse com a aplicação dos instrumentos. No caso dos estudantes dos últimos anos (5º e 6º), referentes ao internato médico, a abordagem foi feita nas salas de estudos localizadas em hospital-escola e em auditório na própria Universidade, em ambos os casos informadas pelos professores ou preceptores presentes, seguida pela aplicação dos

instrumentos com a colaboração dos que aceitaram participar, e antes do início das atividades acadêmicas previstas.

Na Fase 1 da pesquisa, todas as pessoas, no momento da abordagem inicial concordaram em participar.

Conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi enviada aos *e-mails* dos estudantes uma carta informativa, contendo os resultados sintetizados do Questionário de Avaliação Tipológica – QUATI. A pesquisadora responsável permaneceu disponível para esclarecer dúvidas e acolher as impressões dos estudantes durante a pesquisa.

2.1.5.1 Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas com o software SPSS *Statistics* v17.0 *for Windows*. Inicialmente, foi aplicada a estatística descritiva para a identificação das frequências de distribuição dos sujeitos por período do curso e gênero. Verificou-se também as médias, desvios padrão e percentis (25 e 75) das respostas dos estudantes (EMRI), e as frequências os tipos psicológicos (QUATI), por gênero e período do curso. Os testes paramétricos foram utilizados quando da verificação da normalidade da distribuição dos dados e/ou pela assunção de normalidade pelo teorema do limite central. O Teste *t* de Student foi utilizado para comparação entre as médias dos escores dos domínios analisados de acordo com o sexo. Para as comparações entre os ciclos do curso, recorreu-se à análise de variância (ANOVA).

A homogeneidade das variâncias foi confirmada pelo Teste de Levene ($p \geq 0.05$) (Maroco, 2010) e utilizou-se um teste *post hoc* de Hocherg GT_2 quando grupos apresentaram dimensões diferentes (Field, 2009).

Para cálculo do tamanho do efeito, ou da magnitude das diferenças estatisticamente significativas, optou-se pelas medidas *d* de Cohen (razão entre a diferença das médias e o desvio padrão combinado para as comparações entre dois grupos independentes; razão entre a diferença das médias e o desvio padrão médio para as comparações entre dois grupos dependentes). Nas comparações entre mais de dois grupos independentes, escolheu-se a medida *f* de Cohen (coeficiente que leva em consideração a razão entre a soma dos quadrados entre grupos e a soma dos quadrados totais). De acordo com a proposição de Cohen (1988), foram considerados, para o *d* de Cohen, os valores 0.2 (pequeno), 0.5 (médio) e 0.8 (grande), e, no caso do *f* de Cohen, optou-se por 0.1 (pequeno); 0.25 (médio) ; 0.40 (grande).

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para análise das correlações entre os domínios dos questionários, interpretando-se as correlações fracas (0.1), moderadas (0.3) e fortes (0.5) (Cohen, 1988).

Realizou-se a regressão linear simples entre as variáveis estudadas, após eliminadas variáveis cujas correlações não apresentaram valores significativos (p>.05). Concluída a regressão linear simples, foram, então, selecionadas as variáveis com valor preditivo significativo para executar a regressão múltipla, para determinar o valor preditivo das variáveis estudadas para os domínios da EMRI. Foram interpretados os tamanhos dos efeitos (R^2) como pequeno (.02), médio (.13) e grande (.26) (Cohen, 1988).

Optou-se pelo o nível de significância estatística a 0.05.

2.1.6. Resultados

Na amostra não foram identificados *outliners* univariados e multivariados. Os dados ausentes não excederam 2.0%, e foram tratados por exclusão automática, pelo *software* de análise estatística *SPSS Statistics* versão 17.0.

A seguir, as hipóteses levantadas neste trabalho são observadas segundo as análises estatísticas dos dados obtidos.

H1) Há um tipo psicológico predominante entre estudantes de Medicina

A avaliação da frequência dos tipos psicológicos, por gênero, revelou que, do total de sujeitos, 49 (22.8%) são do tipo Sentimento Extrovertido com Função Auxiliar Sensação e Função Inferior Pensamento (E St Ss Ps). A frequência desse tipo também se manteve nos grupos de estudantes de ambos os sexos, manifestando-se em 32 (22.9%) do grupo feminino e 17 (22.7%) do grupo masculino. Considerando a avaliação da frequência das atitudes, do total de sujeitos, 122 (56.7%) mostraram-se do tipo extrovertido e 93 (43.2%) do tipo introvertido. Do grupo feminino, 77 (55.1%) são do tipo extrovertido e 63 (44.9%) do tipo introvertido. No grupo masculino, 45 (60.1%) revelaram-se extrovertidos e 30 (39.9%) introvertidos. Também é possível verificar que, relativamente à função principal, a mais preferida dentre todos os respondentes foi a função Sentimento, escolhida por 129 (60%) respondentes: 93 (66%) do grupo feminino e 36 (44%) do grupo masculino (Tabela 5, p.102). Fica evidenciado que a função pensamento foi, do mesmo modo, a função inferior predominante.

Tabela 5

Tipos psicológicos mais frequentes obtidos através do QUATI, por gênero

Tipos Psicológicos	Geral *n* (%)	Gênero	
		Feminino *n* (%)	Masculino *n* (%)
E Ss St In	19 (8.8)	11 (7.9)	8 (10.7)
E St In Ps	35 (16.3)	26 (18.6)	9 (12.0)
E St Ss Ps	49 (22.8)	32 (22.9)	17 (22.7)
Outros E	19 (8.8)	8 (5.7)	11 (14.7)
I Ss St In	29 (13.5)	18 (12.9)	11 (14.7)
I St In Ps	12 (5.6)	9 (6.4)	-
I St Ss Ps	33 (15.3)	26 (18.6)	7 (9.3)
Outros I	19 (8.8)	10 (7.1)	12 (16.0)

Nota. E Ss St In = **Extrovertido**, função principal **sensação**, função auxiliar **sentimento**, função menos preferida **intuição**; E St In Ps = **Extrovertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **intuição**, função menos preferida **pensamento**; E St Ss Ps = **Extrovertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **sensação**, função menos preferida **pensamento**; Outros E = soma dos tipos extrovertidos menos frequentes; I Ss St In = **Introvertido**, função principal **sensação**, função auxiliar **sentimento**, função menos preferida **intuição**; I St In Ps = **Introvertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **intuição**, função menos preferida **pensamento**; I St Ss Ps: **Introvertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **sensação**, função menos preferida **pensamento**; Outros I: soma dos tipos introvertidos menos frequentes

H2) Há diferenças nos tipos psicológicos entre estudantes de anos distintos do curso de medicina

A avaliação da frequência dos tipos, por período do curso, revelou predominância do tipo Sentimento Extrovertido, com função auxiliar sensação e função inferior pensamento (E St Ss Ps) em 20 (24.1%) estudantes dos primeiros anos (Grupo 1) e 21 (25.3%) estudantes dos anos intermediários (Grupo 2). No grupo dos estudantes dos últimos anos (Grupo 3), no entanto, o tipo *Sensação Introvertida*, com função auxiliar *Sentimento* e função inferior

Intuição (I Ss St In) mostrou-se como o mais frequente, em 10 (20.4%) dos respondentes (Tabela 6), o que não pode garantir mudanças nos tipos psicológicos dos estudantes em internato médico, por tratar-se de um estudo transversal. É possível, contudo, apontar a tendência ao predomínio da função sensação nos anos de atividade clínica mais intensa.

Tabela 6

Tipos psicológicos mais frequentes obtidos por meio do QUATI por anos do curso

Tipos psicológicos	1 (1º e 2º anos) *n* (%)	2 (3º e 4º anos) *n* (%)	3 (5º e 6º anos) *n* (%)
E Ss St In	5 (6.0)	6 (7.2)	8 (16.3)
E St In Ps	15 (18.1)	15 (18.1)	5 (10.2)
E St Ss Ps	20 (24.1)	21 (25.3)	8 (16.3)
Outros E	7 (8.4)	6 (7.2)	6 (12.2)
I Ss St In	7 (8.4)	12 (14.5)	10 (20.4)
I St In Ps	6 (7.2)	5 (6.0)	-
I St Ss Ps	17 (20.5)	10 (12.0)	6 (12.2)
Outros I	6 (7.2)	7 (8.4)	6 (12.2)

Nota. E Ss St In = **Extrovertido**, função principal **sensação**, função auxiliar **sentimento**, função menos preferida **intuição**; E St In Ps = **Extrovertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **intuição**, função menos preferida **pensamento**; E St Ss Ps = **Extrovertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **sensação**, função menos preferida **pensamento**; Outros E = soma dos tipos extrovertidos menos frequentes; I Ss St In = **Introvertido**, função principal **sensação**, função auxiliar **sentimento**, função menos preferida **intuição**; I St In Ps = **Introvertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **intuição**, função menos preferida **pensamento**; I St Ss Ps: **Introvertido**, função principal **sentimento**, função auxiliar **sensação**, função menos preferida **pensamento**; Outros I: soma dos tipos introvertidos menos frequentes

2.1.6.1 Comparação de grupos

H3) O gênero feminino apresenta maiores escores de empatia do que o gênero masculino.

Comparando-se as médias dos escores da empatia aferidas pela EMRI, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do sexo feminino e masculino. No domínio da *Consideração empática,* o grupo feminino apresentou média moderadamente maior do que o grupo masculino (p<.01; d=.40). O grupo masculino, por sua vez, indicou média ligeiramente menor do que o grupo feminino, no domínio da *Angústia pessoal* (p=.05*;* d=.29) (Tabela 7).

Tabela 7

Médias das dimensões da empatia obtidas por meio da EMRI, de acordo com o gênero.

	Geral	Feminino	Masculino			
Dimensões	*M(DP)*	*M(DP)*	*M(DP)*	*t*(200)	IC 95%	d[1]
Consideração empática	25.79 (3.63)	26.27 (3.53)	24.86 (3.66)	2.67 (p*=.008)	[0.37, 2.46]	.40
Tomada de perspectiva	24.85 (4.58)	24.56 (4.82)	25.41 (4.05)	-1.24 (p*=.216)	[-2.18, 0.50]	-
Angústia pessoal	19.83 (4.32)	20.26 (4.19)	19.00 (4.47)	1.97 (p*=.050)	[0.01, 2.51]	.29

Nota. *Teste *t*-student; IC = intervalo de confiança; [1]*d* de Cohen.

H4) Os níveis de empatia dentre estudantes de diferentes anos do curso de medicina permanecem estáveis com a formação profissional

As medidas dos três domínios da empatia – *Consideração empática, Tomada de perspectiva e Angústia pessoal* - , de todos os respondentes (grupos feminino e masculino), não apresentaram diferenças estatísticamente significativas nos diversos período do curso (anos iniciais, intermediários e finais) (Tabela 8).

Tabela 8

Médias das dimensões da empatia obtidas através da EMRI, por anos do curso

	1 (1º e 2º anos)	2 (3º e 4º anos)	3 (5º e 6º anos)			
Dimensões	*M(DP)*	*M(DP)*	*M(DP)*	*F*(199)	IC 95%	*f*[i]
Consideração empática	26.10 (3.49)	25.34 (3.51)	26.00 (4.05)	0.96(*p**=.383)	[25.28, 26.29]	-
Tomada de perspectiva	25.15 (4.74)	24.16 (4.35)	25.49 (4.62)	1.52(*p**=.221)	[24.22, 25.49]	-
Angústia pessoal	20.29 (3.93)	20.16 (4.29)	18.51 (4.79)	2.92(*p**=.056)	[19.23, 20.43]	-

Nota.*ANOVA; IC= intervalo de confiança; *f* de Cohen.

Considerando-se somente as medidas de empatia do grupo feminino, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as estudantes dos anos iniciais, intermediários e finais (Tabela 9, p. 106).

Tabela 9

Médias das dimensões da empatia (EMRI), por anos do curso, em estudantes do sexo feminino

	1 (1º e 2º anos)	2 (3º e 4º anos)	3 (5º e 6º anos)			
Dimensões	*M(DP)*	*M(DP)*	*M(DP)*	*F*(130)	IC 95%	*f*[i]
Consideração empática	26.12 (3.63)	26.48 (3.27)	26.21 (3.95)	0.14 (*p**=.866)	[25.66, 26.88]	-
Tomada de perspectiva	24.73 (4.90)	24.12 (4.70)	25.08 (4.99)	0.38 (*p**=.683)	[23.74, 25.39]	-
Angústia pessoal	20.46 (3.91)	20.88 (4.08)	18.46 (4.74)	2.91 (*p**=.058)	[19.54, 20.97]	-

Nota. *ANOVA; IC= intervalo de confiança; *f* de Cohen.

Deve-se dizer, entretanto, que, no grupo masculino, observou-se redução das medidas do domínio de *Consideração empática* nos anos intermediários do curso (p=.01; f>0.38) (Tabela 10, p.107).

Tabela 10

Médias das dimensões da empatia (EMRI), por anos do curso, em estudantes do sexo masculino

	1 (1º e 2ºanos) (*n*=83)	2 (3º e 4º anos) (*n*=83)	3 (5º e 6º anos) (*n*=49)			
	M(DP)	*M(DP)*	*M(DP)*	*F*(66)	IC 95%	*f*[i]
Consideração empática	26.05[a] (3.08)	23.22[b] (2.97)	25.78[a] (4.23)	4.95 (*p**=.010)	[23.98, 25.74]	0.387
Tomada de perspectiva	26.47 (4.03)	24.22 (3.70)	25.91 (4.26)	2.06 (*p**=.136)	[24.43, 26.38]	-
Angústia pessoal	19.79 (4.05)	18.81 (4.41)	18.57 (4.95)	0.42 (*p**=.658)	[17.93, 20.07]	-

Nota. *ANOVA; Médias seguidas da mesma letra não diferem estatisticamente entre si após o teste de *Hocherg* GT_2; [i]*f* de Cohen; IC=intervalo de confiança.

2.1.6.2 Tipos psicologicos e empatia

H5) Tipos psicológicos com atitude extrovertida e função sentimento principal, costumam ser mais empáticos que os demais.

Na população geral de respondentes, os escores dos domínios da EMRI denotaram correlações fracas com os domínios do QUATI (r< 0,30). O domínio *consideração empática* da EMRI mostrou correlação moderadamente negativa com o domínio *pensamento* do QUATI (p<0,01; r= -0,25) e correlação moderadamente positiva com o domínio sentimento do QUATI (p<0,01; r= 0,25). Percebeu-se também correlação ligeiramente negativa entre o domínio *angústia pessoal* da EMRI e o domínio pensamento do QUATI (p<0,01; r=-0,15). É importante apontar para as fortes correlações negativas entre os pares opostos dos domínios do QUATI – extroversão e introversão (p<.01; r= .90), intuição e sensação (p<.01; r= -.74), pensamento e sentimento (p<.01; r= -.77) (Tabela 11, p.108).

Tabela 11

Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios das variáveis do estudo – empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI)

	Ce	Tp	Ap	E	I	In	Ss	Ps	St
Ce	1								
Tp	0.24**	1							
Ap	0.11	-0.28**	1						
E	0.03	-0.10	-0.06	1					
I	-0.01	0.10	0.05	-0.90**	1				
In	0.15*	-0.05	-0.09	0.34**	-0.23**	1			
Ss	-0.13	0.01	0.09	-0.17*	0.30**	-0.74**	1		
Ps	-0.25**	-0.05	-0.15*	-0.02	0.14*	-0.02	0.22**	1	
St	0.25**	0.03	0.13	0.22**	-0.12	0.25**	-0.08	-0.77**	1

Nota. *p<.05; **p<.01; Ce=Consideração empática, Tp= Tomada de perspectiva, Ap= Angústia pessoal; E= Extroversão, I= Introversão; In= Intuição; Ss= Sensação; Ps= Pensamento; St= Sentimento.

Na matriz de coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios da EMRI e do QUATI, relativa ao grupo feminino da amostra, apenas o domínio *consideração empática* da EMRI mostrou correlação moderadamente positiva com o domínio *sentimento* do QUATI (p<.01; r=.23). É importante apontar para as fortes correlações negativas entre os pares opostos dos domínios do QUATI – extroversão e introversão (p<.01; r= -.90), intuição e sensação (p<.01; r= -.78), pensamento e sentimento (p<.01; r= -.78) (Tabela 12, p.109).

Tabela 12

Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios da variáveis do estudo – empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI) - em estudantes do gênero feminino

	Ce	Tp	Ap	E	I	In	Ss	Ps	St
Ce	1								
Tp	0.30**	1							
Ap	0.04	-0.27**	1						
E	0.00	-0.05	0.04	1					
I	0.03	0.04	-0.05	-0.90**	1				
In	0.14	-0.09	-0.11	0.39**	-0.28**	1			
Ss	-0.12	0.06	0.12	-0.21**	0.31**	-0.78**	1		
Ps	-0.17	-0.13	-0.13	-0.06	0.17*	-0.05	0.22**	1	
St	0.23**	0.11	0.08	0.29**	-0.19*	0.32**	-0.18*	-0.78**	1

Nota. *p<.05; **p<.01; Ce=Consideração empática, Tp= Tomada de perspectiva, Ap= Angústia pessoal; E= Extroversão, I= Introversão; In= Intuição; Ss= Sensação; Ps= Pensamento; St= Sentimento.

No grupo masculino, o domínio *consideração empática* da EMRI mostrou correlação moderadamente negativa com o domínio *pensamento* do QUATI (p<.05; r=-.28), ao passo que o domínio *tomada de perspectiva* do EMRI apontou correlação moderadamente negativa com o domínio extroversão do QUATI (p<.05; r=-.24) e correlação moderadamente positiva com o domínio introversão do QUATI (p<.05; r=-.27). Correlações negativas entre os pares opostos dos domínios do QUATI foram observadas – *extroversão* e *introversão* (p<.01; r=-.91), *intuição* e *sensação* (p<.01; r= -.64), *pensamento* e *sentimento* (p<.01; r= -.73) (Tabela 13, p.110). Isto mostra que, por exemplo, quanto maior o escore da extroversão, menor o escore da introversão e vice-versa. O mesmo vale para os demais pares opostos da escala.

Tabela 13

Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios da variáveis estudo – empatia (EMRI) e tipos psicológicos (QUATI) - em estudantes do gênero masculino

	Ce	Tp	Ap	E	I	In	Ss	Ps	St
Ce	1								
Tp	0.16	1							
Ap	0.16	-0.26*	1						
E	0.13	-0.24*	-0.22	1					
I	-0.13	0.27*	0.18	-0.91**	1				
In	0.23	0.03	-0.01	0.25*	-0.13	1			
Ss	-0.21	-0.06	0.01	-0.11	0.28*	-0.64**	1		
Ps	-0.28*	0.03	-0.12	-0.02	0.18	0.02	0.26*	1	
St	0.19	-0.08	0.14	0.17	-0.07	0.14	0.10	-0.73**	1

Nota. *p<.05; **p<.01; Ce=Consideração empática, Tp= Tomada de perspectiva, Ap= Angústia pessoal; E= Extroversão, I= Introversão; In= Intuição; Ss= Sensação; Ps= Pensamento; St= Sentimento.

Após realizadas as análises de regressão linear simples, observou-se que os domínios cujos escores se revelaram preditores dos escores da EMRI foram: *gênero, intuição, sentimento* e *pensamento* (p<.05). Com base nas correlações significativas, procedeu-se à regressão linear simples e múltipla de modo a verificar um efeito das variáveis *gênero*, *intuição, sentimento,* e *pensamento.* O domínio *tomada de perspectiva* da EMRI revelou-se preditor do domínio *consideração empática* da mesma escala (p<.001) (Tabela 14, p.111).

Tabela 14

Análise de regressão linear simples entre os domínios da EMRI e os domínios do QUATI

Variáveis	Consideração empática				
	B	*SE B*	*β*	R^2	ΔR^2
Gênero†	-1.42	0.53	-.18*	.03	.03
Intuição	0.16	0.07	.15*	.02	.02
Pensamento	-0.22	0.06	-.25**	.06	.06
Sentimento	0.21	0.06	.25**	.06	.06
Tomada de perspectiva	0.19	0.05	.24**	.06	.05
	Angústia pessoal				
	B	*SE B*	*β*	R^2	ΔR^2
Gênero†	-1.26	0.64	-.14*	.02	.01
Pensamento	-0.16	0.07	.15*	.02	.02

Nota. ANOVA; †Gênero codificado como variável *dummie*: 0 = feminino; 1 = masculino; *B*= coeficiente de regressão não estandardizado; *SE B*= erro padrão de *B*; *β*= coeficiente de regressão estandardizado; *$p \leq .05$; **$p \leq .001$; EMRI= Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis; QUATI= Questionário de Avaliação Tipológica.

Selecionaram-se os escores dos domínios com resultados significativos na regressão linear como variáveis independentes na análise de regressão múltipla e, desse modo, encontraram-se resultados significativos para os domínios *consideração empática* e *angústia pessoal* da EMRI.

Apenas o domínio *consideração empática,* no entanto, apontou resultados com explicação moderada da variância dos escores pelo modelo proposto (R^2= .16; p<.05), onde a variável com maior contribuição para a explicação do modelo foi o domínio *tomada de*

perspectiva da própria EMRI (*β*=.25; *p*<.001), seguido do *gênero* (*β*=-.18; *p*<.001), e do domínio *sentimento* do QUATI (*β*=.17; *p*<.05) (Tabela 15). Considera-se este o melhor modelo explicativo para empatia, no qual o *gênero* e o *sentimento* mostraram-se como as variáveis preditoras do domínio *consideração empática,* quando excluído o domínio *tomada de perspectiva,* da própria EMRI (Figura 6).

Tabela 15

Análise de regressão múltipla hierárquica entre gênero, domínios do QUATI e o domínio Consideração Empática.

	Consideração Empática				
Preditores	*B*	*SE B*	*β*	IC 95% (*B*)	*F*
Passo 1					
Constante	26.27	0.31		[25.66, 26.88]	7.11
Gênero†	-1.42	0.53	-.18**	[-2.46, -0.37]	
Passo 2					
Constante	22.72	1.18		[20.39, 25.05]	
Gênero †	-1.05	0.53	-.14*	[-2.1, 0.00]	8.54
Sentimento	0.19	0.06	.22**	[0.07, 0.30]	
Passo 3					
Constante	21.64	1.32		[19.03, 24.25]	
Gênero †	-1.18	0.53	-.15**	[-2.23, -0.12]	6.79
Sentimento	0.16	0.06	.19**	[0.04, 0.28]	
Intuição	0.13	0.07	.12*	[-0.01, 0.27]	
Passo 4					
Constante	16.73	1.80		[13.17, 20.29]	
Gênero †	-1.39	0.52	-.18**	[-2.41, -0.36]	
Sentimento	0.14	0.06	.17*	[0.03, 0.26]	
Intuição	0.15	0.07	.14*	[0.01, 0.29]	9.17
Tomada de Perspectiva	0.20	0.05	.25**	[0.01, 0.30]	

Nota. ANOVA. R^2 =.03 e ΔR^2=.03, para o Passo 1; R^2 =.08 e ΔR^2=.07, para o Passo 2; R^2 =.09 e ΔR^2=.08, para o Passo 3; R^2 =.16 e ΔR^2=.14, para o Passo 4; †Gênero codificado como variável *dummie*: 0 = feminino; 1 = masculino; *p≤.05; **p≤.001; *B*= coeficiente de regressão não estandardizado; *SE B*= erro padrão de *B*; *β*= coeficiente de regressão estandardizado; IC= intervalo de confiança; EMRI= Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis; QUATI= Questionário de Avaliação Tipológica.

Com a progressão das análises estatísticas, é fundamental considerar que a fraca correlação entre a consideração empática e o tipo sentimento, ao contrário do que era esperado, tende a tornar a empatia independente do tipo psicológico.

O domínio angústia pessoal indicou resultados com explicação fraca da variância dos escores pelo modelo proposto (R^2 =.02; p≤ .05), não contribuindo significativamente para a explicação do modelo, conforme pode ser visto na Tabela 16.

Tabela 16

Análise de regressão múltipla entre Gênero, domínios do QUATI, e o domínio Angústia Pessoal.

	Angústia Pessoal				
Preditores	*B*	*SE B*	*β*	IC 95% (*B*)	*F*
Passo 1					
Constante	20.26	0.37		[19.52, 20.10]	3.90
Gênero	-1.26	0.64	-.14*	[-2.51, 0.00]	
Passo 2					
Constante	21.99	0.80		[19.91, 23.07]	
Gênero	-0.97	0.65	-.11	[-2.26, 0.32]	3.49
Pensamento	-0.13	0.07	-.12	[-0.28,0.02]	

Nota. ANOVA. R^2 =.02 e ΔR^2=.01, para o Passo 1; R^2 =.03 e ΔR^2=.02, para o Passo 2; †Gênero codificado como variável *dummie*: 0 = feminino; 1 = masculino; *p≤ .05; *B*= coeficiente de regressão não estandardizado; *SE B*= erro padrão de *B*; *β*= coeficiente de regressão estandardizado; IC= intervalo de confiança; EMRI= Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis; QUATI= Questionário de Avaliação Tipológica.

2.2 Estudo 2

A literatura mostra que os tipos psicológicos se associam aos estilos de pensar e de criar - conforme teoria e instrumentos desenvolvidos por Weschler (1999, 2005) - e com os modos de aprender (Felder, Felder & Dietz, 2002; Homsi, 2006; Senra, 2009), compondo uma zona de interface conceitual entre a tipologia junguiana e os estilos de aprendizagem (Kolb, 1984; Felder & Solomon, 1991). Alguns pesquisadores tratam da utilização dessa tipologia para estruturação e desenho de intervenções educacionais no ensino universitário (Judith & Anchores, 2003; Wheeler, 2001). Embora se encontrem produções científicas que busquem compreender as correlações entre aspectos da personalidade e da empatia em estudantes de Medicina (Magalhães, Portela, Oliveira, Salgueira & Costa, 2009), ainda não são desenvolvidos estudos na área que procurem aplicar o conhecimento acerca dos traços dos estudantes na elaboração de intervenções educacionais na área, para o ensino da empatia.

Percebe-se que, no campo da Educação Médica, se multiplicaram as experiências que envolvem o uso de estratégias de ensino-aprendizagem propostas, ditas bem-sucedidas para o desenvolvimento da empatia em estudantes e profissionais médicos, embora as metodologias utilizadas e resultados encontrados possam levantar questões em termos de fidelidade dos dados (Larson & Yao, 2005; Spiro, 1992; Stepien & Baernstein, 2006). Portanto, malgrado alguns autores já assinalem a possibilidade do ensino da empatia na formação médica (Hirsch, 2007; Hojat, 2009; Platt & Keller, 1994), é evidente a necessidade de estudos que respondam as questões expostas neste trabalho e proponham avanços, a partir da interlocução com as teorias psicológicas e da Educação, na formação dos profissionais da saúde.

2.2.1 Objetivos

Portanto, o objetivo do Estudo 2 é identificar as possíveis contribuições da formação médica no processo de aprendizagem da empatia, com o intuito de propor reflexões acerca de possibilidades de intervenção para o desenvolvimento da empatia nos currículos de Medicina. Para tal, faz-se necessário investigar o desenvolvimento da empatia de acordo com a percepção dos estudantes mais empáticos e com diferentes tipos psicológicos, conforme resultados obtidos no Estudo 1.

Assim, com o segundo estudo, buscam-se os seguintes objetivos específicos.

OE1) Identificar os entraves para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina;

OE2) Compreender como os estudantes de diferentes tipos psicológicos acreditam que aprenderam a ser empáticos; e

OE3) Conhecer as contribuições do processo de formação médica no desenvolvimento da empatia.

Em decorrência da grande complexidade subjetiva dos objetivos desta fase da pesquisa, foi utlizada a abordagem qualitativa, que se torna mais adequada. A intenção de uma coleta de dados qualitativa neste trabalho também passa pela necessidade de dar voz aos estudantes de Medicina e de envolvê-los em um contexto reflexivo e autocrítico, no qual se abrange a formação atitudinal do profissional da saúde. Além de tais intenções, se objetiva sobretudo identificar novas possibilidades de transformação da sociedade pela interface da Psicologia com a Educação Médica. Portanto, o caráter social deste ensaio, impõe uma análise que questione criticamente a vida social e seus *a priori* (Bardin, 2009; Breakwell Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2011).

Com efeito, é necessário "um trabalho de campo que envolva empaticamente o investigador no uso de vários tipos de técnicas e abordagens, tornando-o um construtor de relações, de observações e de uma narrativa em perspectiva" (Minayo, 2012, p. 621). Esse trabalho põe o investigador entre campos: o da objetividade e o da subjetividade, o da ciência e o da arte, o da razão e o da sensibilidade (Bardin, 2009; Giaxa, 2006), porém tal condição não deve impedi-lo de estar plenamente presente, autêntico e aberto ao inusitado, ao que não espera (Rogers, 2001) – o contrário disso - fazê-lo presentificar com a intensidade necessária para que se permita impactar pelo contexto da pesquisa (Behar, 2001).

Entende-se, então, o investigador, não como um sujeito asséptico e dividido, mas sim como ponte entre as polaridades, pois é justamente nesse exercício de ser elo entre o dado científico e a experiência humana que ele engrandece a comunidade *pela* e *para* a qual se faz pesquisa. O desafio é o de captar as percepções, ideias e intuições, sem se distanciar do rigor imposto pela execução de um trabalho científico. Expresso de outra maneira, procura-se, neste estudo, colocar em prática a tarefa da inferência diante do dado que se revela na voz do outro, mantendo-se a honesta e constante preocupação com o rigor científico (Bardin, 2009; Minayo, 2012).

2.2.2 Participantes

Para a execução do Estudo 2, foram selecionadas dez amostras compostas por oito estudantes de diferentes tipos psicológicos, que mostaram os maiores níveis de empatia, de acordo com os resultados obtidos no Estudo 1 - primeiro ponto de conexão entre as fases quantitativa e qualitativa.

Os estudantes foram convidados individualmente, por *e-mail*. Aqueles que aceitaram participar compareceram no dia e horário previamente agendados e assinaram novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo).

2.2.2.1 Caracterização da amostra

As idades dos sujeitos que participaram dos grupos focais investigados (n=24) – excluindo os grupos-piloto e os grupos de estudantes dos anos iniciais – variaram de 19 a 29 anos, com média de 22.91 (DP=2.72). Dentre os participantes, 58.33% eram mulheres e 41.67% homens, 45.83% cursavam os anos intermediários (3º e 4º) e 54.17 % os anos finais (5º e 6º) da graduação em Medicina.

2.2.3 Materiais

2.2.3.1 Grupos focais

Os dados qualitativos para este estudo foram coletados por meio de grupos focais (Barbour, 2009). Sendo os grupos compostos de estudantes de uma mesma instituição, manteve-se o cuidado de que a mediação das discussões levasse em consideração a posterior convivência entre os participantes, enfatizando-se o princípio da confidencialidade dos dados compartilhados e promovendo uma interação cordial e produtiva no grupo. Optou-se pela composição de grupos heterogêneos no tangente aos tipos psicológicos – ou seja, não somente foram selecionados estudantes com maiores pontuações na escala de empatia, como também, os estudantes da amostra foram divididos nos grupos, considerando-se seus tipos psicológicos. Tal procedimento foi utilizado para evitar a formação de grupos homogêneos, com posicionamentos e perspectivas muito semelhantes, uma vez que estes tendem a perder o

caráter instigante e a potencialidade de produzir dados produtivos e inesperados (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2010).

Os estímulos focais (Anexo 4), desenvolvidos a partir dos objetivos da pesquisa e nas experiências narradas pelos estudantes foram validados nos grupos-piloto (Barbour, 2009; Breakwell Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2010). Foram apresentadas aos grupos-piloto falas de estudantes de Medicina diante de situações nas quais deveriam apresentar habilidades de comunição e empatia com os seus pacientes. As falas que mais mobilizaram discussões foram selecionadas como estímulos para os grupos focais posteriores. Os grupos-piloto possibilitaram melhor estruturação do roteiro, com dimensionamento dos tempos destinados a cada estímulo e padronização das instruções a serem aplicadas nos grupos focais (Barbour, 2009). Os dois grupos-piloto possuíam dez e oito participantes respectivamente .

Após as testagens iniciais, definiu-se o número máximo de oito participantes em cada grupo, acatando-se a justificativa de Barbour (2009), que pensa ser importante para o moderador manter a capacidade de explorar as ideias quando elas emergem, e de dar conta da quantidade e complexidade do máximo de dados produzidos pelos grupos. Em grupos maiores, aumentam também as dificuldades para clarificar, explorar, mediar, analisar e identificar vozes individuais em meio ao coletivo.

2.2.4 Procedimentos metodológicos

Foram realizados, ao todo, dez grupos, com duração média de duas horas, em uma sala de aula nas dependências da Universidade. Como os grupos foram realizados dentro da instituição de ensino, escolheu-se uma sala de reuniões destinada aos professores, na qual os estudantes não costumam desenvolver atividades, e onde poderia ser mantida a privacidade.

Os primeiros dois grupos foram considerados pilotos para testagem das vinhetas utilizadas nos grupos focais (*n*=18).

Dentre os oito grupos seguintes, foram analisados os dados produzidos por cinco grupos compostos pelos estudantes matriculados no curso de Medicina, do 5º ao 12º semestres (*n*=24), e os três grupos dos estudantes dos anos iniciais (*n*=15), foram excluídos das análises por ainda não terem passado por experiências de assistência ao paciente (ambulatórios e internato médico).

Os dados foram gravados e transcritos para posterior análise. Os equipamentos de registro foram posicionados de maneira que não interferissem na espontaneidade dos estudantes. Foram evidenciadas notas de campo antes, durante e depois das sessões, com o intuito de registrar impressões gerais acerca do funcionamento dos grupos, *insights* e possíveis falas e comportamentos que se destacassem nos discursos dos participantes.

Na Fase 2, 17 (21.25%) pessoas convidadas se recusaram a participar - duas das quais estavam fora da cidade, em estágio rural, cinco justificaram ter outros compromissos na ocasião, quatro não demonstraram interesse e seis não responderam ao convite. Seis (7.50%) dos estudantes não estavam matriculados no curso por ocasião da conclusão do curso, não chegando a ser convidados.

2.2.4.1 Análise qualitativa

O ponto de partida para a execução das análises foi a leitura flutuante dada pelo contato exaustivo com o material de análise (Bardin, 2009). Posteriormente, iniciou-se a exploração e, como sugere Minayo (2012), passou-se ao momento de "impregnação" ou "saturação" para ordenação e organização de todos dados. Em seguida, com os dados ordenados em códigos, as inter-relações associadas à análise interpretativa que se fez,

proporcionaram seus agrupamentos em categorias de análise, momento este em que as conexões teóricas passaram a se intensificar, produzindo um discurso de transição entre o empírico e o teórico (Flick, 2009).

Recorreu-se ao software NVivo QSR v.10, com o intuito de verificar a validade da codificação dos dados, que se realizou inicialmente. No segundo momento, as categorias de análise foram inseridas no banco de dados como *nodes* – que representam categorias ou ideias abstratas - e associadas aos dados gerados pela pesquisa quantitativa, de modo que foi possível validar as correlações fundamentais entre as fases quantitativa e qualitativa deste estudo, previamente elaboradas (Gibbs, 2002; Richards, 2000).

Outra medida tomada para garantir o rigor científico do estudo foi a triangulação (1) dos dados – obtidos da aplicação de dois instrumentos quantitativos e um qualitativo, (2) das teorias – no campo da Psicologia, da Medicina e da Educação e (3) dos métodos de análise – quantitativa e qualitativa (Bardin, 2009; Flick, 2009; Esteban, 2010; Minayo, 2012).

2.2.5 Resultados

Durante a leitura persistente do material coletado para profunda apropriação dos conteúdos, foram identificadas *unidades de registo* - palavras, frases, acontecimentos, personagens – e de seus *contextos*; com base nos quais foram elaboradas as *categorias de análise* aqui expostas: 1. *A supremacia do saber técnico-científico na educação médica*; 2. *O contexto da vida do estudante de medicina* e 3. *Os diferentes modos de aprender a ser empático*.

A categorização dos dados deu-se inicialmente pelo olhar que se dirigiu e o contato que se experimentou com os dados e contexto da pesquisa até impregnação ou saturação

(Minayo, 2012). Em seguida, as unidades de registro e de contexto identificadas foram validadas pelas frequências obtidas com o *software NVivo QSR v.10*. As subcategorias de análise foram inseridas como nós (*nodes)* no mesmo *software* e, posteriormente, agrupadas nas categorias de análise.

Os resultados qualitativos estão descritos com trechos das falas dos estudantes que participaram da pesquisa. Para preservação das identidades dos colaboradores, seus nomes foram substituídos por siglas que designam seus tipos psicológicos - atitudes e funções principais - seguidos por um número (Tabela 17).

Tabela 17

Siglas utilizadas para designar os estudantes colaboradores da pesquisa.

Sigla	Tipo
ESt	**Sentimento** *Extrovertido*
EPs	**Pensamento** *Extrovertido*
EIn	**Intuição** *Extrovertida*
ESs	**Sensação** *Extrovertida*
ISt	**Sentimento** *Introvertido*
IPs	**Pensamento** *Introvertido*
IIn	**Intuição** *Introvertida*
ISs	**Sensação** *Introvertida*

Duas amplas categorias emergiram para explicar os **entraves para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina**, atendendo ao primeiro objetivo (OE1) desta fase da pesquisa:

2.2.5.1 Supremacia do saber técnico-científico na Educação Médica.

Essa categoria envolve as percepções dos estudantes acerca da hipervalorização dos conteúdos em detrimento da subvalorização das habilidades e atitudes a serem desenvolvidas durante a formação médica, a despeito de um currículo delineado para o desenvolvimento de

competências. Para eles, os comportamentos e temas humanísticos, embora estejam na formação, permanecem como apêndices dos conteúdos ou como intervenções contingenciais ao longo do curso, sendo mais associados ao interesse pessoal do professor do que às necessidades de aprendizagem curriculares. O estudante acredita que, dentro da faculdade, a imagem do "bom aluno" está associada principalmente ao desempenho cognitivo elevado, sentindo-se estimulado a voltar seus interesses para as boas notas e, portanto, dedicando seu tempo fundamentalmente para isso.

Desse modo, nesta categoria, expõem-se narrativas dos estudantes acerca da ***desvalorização das habilidades e das atitudes***, associada ao ***foco no saber técnico-científico***, e reforçada pelo que eles perceberam como ***negligência na avaliação*** das atitudes. O ***embrutecimento no processo formativo*** apareceu como risco decorrente desses fatores, também relacionados à ***ocasionalidade das intervenções humanísticas***, durante a educação formal. Tais pontos em destaque são tratados como subcategorias de análise nesta discussão, que versa sobre os possíveis complicadores do desenvolvimento de um profissional empático, no contexto do ensino superior em Medicina.

Desvalorização das habilidades e atitudes

É clara a consciência dos estudantes quanto à necessidade de desenvolvimento integral e equânime dos conhecimentos, habilidades e atitudes na formação médica, embora, na prática, esse desafio pareça não ter sido superado pelos próprios estudantes, como explicitado na fala de IPs3, sobre como percebe a desvalorização das habilidades e das atitudes, em detrimento dos conteúdos:

- A gente acaba valorizando mais os conteúdos, pelo menos sinto que é assim comigo e com muitos dos meus colegas também, talvez por causa das notas, e aí é claro que isso torna todo o resto menos importante... né? É uma pena.

Ainda que as atividades curriculares reforcem constantemente a necessidade de dedicação dos estudantes ao desenvolvimento das habilidades e atitudes em virtude da longitudinalidade das estratégias pedagógicas voltadas para isso, há o reconhecimento de que, comumente, tais estratégias não são priorizadas pelos estudantes. O interno IPs4 lamenta o fato de não conseguir investir, apesar do interesse, energia suficiente nesse processo, como diz a seguir:

- Passei o curso inteiro dizendo pra mim mesmo que no próximo semestre me dedicaria mais às habilidades[27]*, por exemplo, mas nunca me organizei muito pra isso e agora já estou me formando e me sinto meio que culpado... Mas a rotina engole a gente.*

Nesse contexto, a valorização das notas atribuídas às avaliações de desempenho em grupos tutoriais (GTs), laboratório morfofuncional (LMF) e em testes cognitivos (TCs) em geral parecem ter relevância na priorização dos conteúdos, como explica ISs2:

- Não dá pra comparar todo o investimento que a gente faz no estudo das matérias pros GTs, pros TCs, provas do morfo[28] *com o que é dedicado pra treino de habilidades, principalmente essas de consulta, de relação com o paciente. A gente sabe que é tudo importante, mas tem as notas que podem prejudicar muito...*

Persiste a ideia de que o bom estudante é aquele com as melhores notas – obtidas sobretudo em avaliações cognitivas - e que somente este pode ser considerado bem-sucedido,

---

[27] Referência ás práticas desenvolvidas no Laboratório de Habilidades Médicas, que envolvem habilidades procedurais, de comunicação e relação com o paciente.

[28] Laboratório Morfofuncional ou LMF.

ao passo em que alguns professores, segundo ESt1, parecem não valorizar tanto as atitudes durante as práticas:

- Seria bom se a gente pudesse sempre ouvir feedback dos professores sobre isso. Assim, sobre como a gente está se saindo sendo médico, entre aspas. Mas o diagnóstico diferencial e as teorias que eles dão, perece que são mais importantes, na maioria das vezes.

- É... A gente acaba ficando mais preocupado mesmo em mostrar que sabe o conteúdo, professora, porque no fundo também a gente acha que o próprio professor tá olhando mais pra isso mesmo. Se bem que nem sempre é assim... Mas é bem comum. (EPs1)

A busca pela aprovação no olhar do docente também parece orientar a motivação do estudante, na medida em que ele prioriza aquilo que entende ser valorizado pelo professor no processo de ensino-aprendizagem. A necessidade de legitimar seus conhecimentos perante o sujeito que "sabe" é natural e, portanto, se conecta ao imediato desejo de ser reconhecido como o "bom aluno" pelo mestre.

Foco no saber técnico-científico

Tal movimento mostra que, mesmo em um processo de formação desenvolvido a partir de currículo e métodos inovadores, os resquícios de uma postura tradicionalista – centrada nos saberes técnicos e científicos – podem permanecer. As falas dos estudantes do internato revelam como incorporam essa postura que põe em evidência os conteúdos, durante a formação profissional:

- [...]numa hora a gente estuda pra fechar bem o GT, na outra, a gente quer saber passar bem as histórias dos pacientes e formular as hipóteses certas. E aí, acertar o diagnóstico e a prescrição, é claro. É muito conteúdo e o foco da gente acaba sendo esse, mesmo a gente sabendo que não deveria ser só isso. (IPs4)

- É... Sem dúvida que o que nós mais aprendemos aqui são os conhecimentos teóricos [...] As outras coisas é claro que foram importantes, mas, no final das contas, as outras coisas que fazem parte acabaram sendo um complemento. Porque também a gente estuda pra faculdade, aí faz os cursos paralelos, tem as ligas. (ISt3)

- Não tinha nem pensado nisso, ISt3. É mesmo. (IPs4)

- É muita coisa pra estudar, é pesado demais, professora. Raramente a gente pára pra priorizar outra coisa. Acho que a gente vai aprendendo, mas o centro de tudo é memorizar os conteúdos todos, entender tudo direitinho, né? (ISt3)

Por outro lado, as falas mostram também que o olhar reflexivo e a conduta do professor, de fato, podem trazer a integração do viés humanístico ao contexto de ensino-aprendizagem, ampliando a compreensão desse domínio para além de um saber complementar ou acessório:

- Sempre que algum professor mostra pra gente os detalhes da relação dele com o paciente, orienta a gente como falar, assim, como abordar o paciente, a gente vê que o foco daquele médico, não fica só na doença, na semiologia. (ESt1)

- É... Dependendo do ambulatório, você vê bem isso mesmo. Quando é mais humanizado, os pacientes tem aquele carinho com a gente, não fica só naquilo que é técnico. (ISt2)

- É bom quando o foco não é só no conhecimento teórico mesmo. Porque isso já é o que mais aprendemos na faculdade, disparado. (ESs1)

Observou-se que os estudantes com função principal sentimento se relacionaram mais à valorização do interesse do professor pelas questões humanísticas, da interação com o paciente, enquanto os estudantes com função principal sensação apontaram mais para a vantagem da amplificação dos focos de atenção nas práticas, podendo envolver a perspectiva

humanística. Os estudantes de função principal pensamento revelaram que o foco nos estudos teóricos, ou seja, o desenvolvimento do aspecto cognitivo, contribuem mais intensamente com a preparação que recebem para atividades assistenciais presentes e futuras.

- Eu gosto mesmo de me preparar para as consultas através do estudo. Leio, faço resumos, essas coisas. Até pra sentir mais segurança com o paciente. Gosto, assim, de estudar para o GT e sempre gostei, sabe? No final das contas, acho que é importante mesmo isso. Como é que a gente ajuda, sem saber, né? Não fico sofrendo com volume de conteúdo, como muita gente... (EPs1)

- Realmente, na faculdade o meu foco acabou sendo o conteúdo mesmo. Isso, certeza que me ajudou muito na hora de atender o paciente e de ser empático com ele. (IPs3)

Vê-se que, em algumas falas, o "saber" está relacionado diretamente ao "saber científico", não envolvendo outras "sabedorias" necessárias a boa prática médica. É importante dizer, contudo, que esta não foi uma percepção predominante nos grupos. Há, desse modo, o entendimento de que outras aprendizagens - que envolvem aspectos afetivos, emocionais e humanísticos experienciais - são relevantes, ainda que menos exploradas ou valorizadas do que os aspectos cognitivos.

Negligência na avaliação

O estudantes assinalaram que as notas recebidas de seus professores pelo desempenho atitudinal, conhecida como *avaliação do instrutor,* por vezes, não é criteriosa como os testes cognitivos, tornando-as "menos importantes" no sentido de que seus resultados não costumam ser tão influentes em seus desempenhos finais. Eis algumas percepções acerca das avaliações:

- É aquela história, professora, o que é que vale mais ponto?[...] Tá certo que a gente quer ser bom em tudo, mas, por exemplo, a gente se dedica um pouco mais ao que pode

reprovar. Ninguém que ir pra AF[29] *ou perder o FIES*[30]*. Acho bem difícil isso acontecer por causa da avaliação do instrutor, sabe?* (ISt1)

- É... Mesmo porque, se você tirou uma nota boa na prova, a nota do instrutor não costuma baixar tanto... (ESs1)

Como o valor de maior referência e de relevância é atribuído às avaliações cognitivas, a preponderância dos aspectos objetivos, em detrimento dos aspectos subjetivos, fica evidenciada nas falas dos estudantes. Como dizem aos estudantes a seguir:

- Ah... Normalmente, as notas mais subjetivas são meio que altas pra todo mundo. A variação maior é nos TCs mesmo, nas provas do LMF. Alguns se dão mal às vezes... (ISs1)

- [...] pode ser que, em alguns momentos, eu não tenha sido bem avaliado, porque isso depende muito de quem tá avaliando... Tem uns que ficam em cima, outros nem tanto e aí a pessoa acaba não sendo realmente avaliada, assim na atitude. (EPs1)

- Pra gente mudar atitude, aprender empatia, acho que tem que ouvir muito dos professores e preceptores. Mas, assim, eu tenho minhas dúvidas se alguns saberiam é... abordar essa ansiedade dos alunos. Acho que se todos fossem tão bons em dar devolutivas pra gente, seria melhor ainda... seria excelente. (IPs4)

Isto mostra que a importância atribuída pelos estudantes às notas é proporcional à atenção que dirigem ao professor como avaliador. Nas falas dos internos, evidencia-se ainda mais essa observação:

---

[29] Avaliação Final.

[30] "O Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) é um programa do Ministério da Educação destinado a financiar prioritariamente estudantes de cursos de graduação" (Recuperado em 5 de outubro, 2014 em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=198:apresentacao&catid=141:fies-financiamento-estudantil&Itemid=303).

- O que é ruim é quando o responsável por um serviço é desinteressado na gente, às vezes até porque tem trabalho demais pra fazer ali, ou muita gente pra olhar, então não pode lhe acompanhar bem de perto, desse jeito, não dá pra lhe avaliar da melhor maneira, né? Ainda bem que até agora foram poucos assim... (IPs3)

- Como eu falei, tento fazer o meu melhor, baseada no que aprendi na faculdade. A questão é: meu melhor tá correto? Do mesmo jeito que eu vejo, por exemplo, um "staff" avaliar mal e passar uma outra colega que erra feio, ele pode não me avaliar tão bem. (EIn3)

O problema maior se instaura quando, ante uma negligência na avaliação, atitudes inadequadas passam desapercebidas, causando nos demais estudantes uma sensação de injustiça pelo profissional que avalia. A constatação de que os comportamentos éticos, as boas posturas profissionais e as habilidades relacionais podem não ser diferenciados dos comportamentos inapropriados ao profissional da saúde, pode ensejar um afrouxamento da preocupação – entre professores e estudantes - em manter a retidão constante no desenvolvimento do profissionalismo.

- Sou muito grato a tudo que aprendi aqui na faculdade, mas olha, às vezes, depois de tudo que a gente aprendeu tão bem, a gente vê nos serviços alunos que agem mal e que não são nem advertidos, quanto mais punidos. Isso é justo? (ISt3)

- Mesmo que você seja preocupado em ser correto e tudo, assim, se tiver muito espaço, você vê que o pessoal começa fazendo umas coisas meio que não deveriam fazer, a dar um jeitinho aqui outro acolá, tipo, nada demais, mas tem gente que acaba achando normal aí uma hora perde o bom senso. (ESs2)

Quando avaliados em atuação, os estudantes percebem que pode haver negligência ou superficialidade na observação da prática pelos preceptores, e que tal falha pode comprometer não somente o desenvolvimento da empatia, como também de todo o profissionalismo dos

que estão em formação. Além disso, passam a desvalorizar e perder a credibilidade relativa à avaliação considerada "subjetiva" – ou seja, feita segundo a subjetividade do avaliador - por verificar que seus critérios não identificam os erros de conduta profissional.

Embrutecimento no processo formativo

Por conseguinte, com a desvalorização das avaliações atitudinais ou de profissionalismo, e o com o fazer técnico mais voltado para a cognição, crescem as possibilidades de um embrutecimento no processo formativo, observadas, sobretudo, pelos estudantes dos últimos anos do curso. É interessante perceber que muitos dos alunos investigados revelaram o receio de perda da sensibilidade. Segundo ISt3:

- [...] Eu tenho medo de banalizar o sofrimento de tanto olhar pra ele. Medo de não me comover mais, sabe? Lembro que uma vez ouvi a professora dizer isso, que acha bonito quando vê a gente se comover. Não quero nunca perder a sensibilidade.

O medo do embrutecimento pode estar ligado a diversos fatores, dentre os quais se encontra o desenvolvimento de mecanismos de defesa ocasionado pela exposição repetida ao sofrimento humano, como é o caso do interno EIn2:

- Vejo muita gente "esfriando" com o passar do tempo na faculdade e na vida profissional. Acho que não é preconceito, mas já vi médicos mais jovens serem mais sensíveis e preocupados e os mais vividos serem mais duros, frios. Alguns amigos também, dentro do internato, vão ficando mais assim. Como se de tanto ver os outros sofrendo, você fosse se fechando, ficando mais frio.

Alguns estudantes imaginam que, após a saída da faculdade, no contexto de atuação do profissional, as reatividades aos percalços em uma rotina difícil e a dificuldade de lidar

com o próprio poder também possam contribuir para o embrutecimento do médico, como explicitado nas falas a seguir:

- Já vi numa UBS, o médico tratar o paciente com ignorância, infelizmente. Aí algumas pessoas começam a achar isso normal. Tá certo que às vezes a pessoa está estressada, num lugar complicado, mas daí descontar no paciente?É triste... Mas acho que tem gente que, sei lá, se não tiver muita personalidade, piora como pessoa. (EPs1)

- É mesmo, viu?... Tem gente que acha que só porque é médico pode tudo e esquece até o que tá fazendo ali! Tem gente na faculdade mesmo que começa a agir com arrogância, sabe? Imagina depois do CRM na mão! A melhor coisa é quando vem alguém e discute isso com a gente. No AIS acontece demais. (IIn1)

Comportamentos considerados de arrogância e ignorância foram indicados como consequência do embrutecimento desenvolvido dentro da faculdade, cenário onde também deveriam acontecer as intervenções de cunho humanísco, necessárias para isso.

Ocasionalidade das intervenções humanísticas

Assim, os estudantes apontam para a necessidade de continuidade quando se trata do ensino das Humanidades, em oposição ao ensino fragmentado ou pontual dos aspectos humanísticos, como referem os internos:

- Olha, com relação à parte humanística, eu acho que poderíamos ser ainda mais estimulados durante todo o curso, ou cobrados a pensar, não sei... Estou imaginando aqui se todos, todos mesmo, os que passassem com a gente dentro e fora do internato, batessem na mesma tecla, uma hora, discutir sobre isso, seria inerente ao fato de ser médico. (IPs3)

- [...] ensinamentos de atitudes são dados por vários professores, mas não é sempre, entende? Não é aquele reforço mais contínuo... Mesmo assim, isso ajuda, é claro. (ESs2)

O feedback individual, que envolve um olhar atento às habilidades de comunicação, por exemplo, surge como possibilidade de tornar mais perenal a abordagem humanística no curso de formação, como propõe IPs2:

- No LH deveria ter mais feedback individual. Existe o feedback, sim, mas por exemplo, com relação à sua empatia, suas atitudes, esse lado humanístico, não é todo professores que observa. Depende mais do semestre, do professor, aí fica quebrado... Tinha que ser sempre, é o que eu acho. (IPs2)

Além do movimento de "olhar para fora" exercitado pelo professor no feedback, o ato de "olhar para dentro" e compartilhar suas experiências com estudantes, além de facilitar a escuta das experiências da turma, ao passo que ilustra e reforça princípios, teorias e reflexões humanísticas em torno de sua identidade médica, pode colaborar com o desenvolvimento atitudinal dos estudantes, como aponta ESt2:

- Tirei muitas lições pra mim das histórias dos meus professores, das experiências dos meus colegas porque gosto de refletir muito... Mas assim... e quem não gosta? Será que aprende? Eu acho que com mais momentos que integram as histórias com as teorias sobre essa parte humana mesmo, trocando experiências com os professores mais vezes no curso, talvez todos aprendam mais. (ESt2)

Os estudantes mencionam que é necessário ainda o cuidado com a congruência - ao menos dentro do cenário da educação formal, dos primeiros aos últimos anos da graduação, - nas posturas empáticas e sensíveis dos docentes e preceptores, que se ilustra com as falas a seguir:

- [...] temos professores muito sensíveis, empáticos, no começo do curso e depois, logo quando rodamos em alguns serviços nos ambulatórios, vamos percebendo as diferenças,

aí, principalmente, no internato vamos tendo contato com alguns profissionais mais duros, menos humanizados. Aí dá um nó. (ISt3)

- Uma coisa era o que a gente via no começo... Tudo ideal, mundo dos sonhos, a gente tinha que fazer do jeitinho certo com o paciente... Aí depois a realidade chega mais pesada, não dá pra fazer como era antes, sabe? Tem que encontrar outro jeito de desenrolar as coisas. (ISs4)

Quando há ruptura entre os modelos dos anos iniciais e os modelos dos anos finais, uma confusão quanto à identidade e, sobretudo, uma desesperança no fazer médico humano e transformador, é instaurada. Separa-se o curso (ideal) do internato (real), como se fossem cursos diferentes, e corre-se o risco de inviabilizar o fortalecimento da esperança na transformação (possível).

- Sei não viu, professora, a realidade tá aí. Às vezes sinto um pouco de pena do pessoal que chega lá fora, acha que vai mudar situação da saúde, fazer os atendimentos direito, assim a assistência do jeito que aprendeu na faculdade. (Risos) Dá vontade é de rir. A pessoa faz é sofrer. É frustração demais. (ESs3)

2.2.5.2 O contexto da vida do estudante de Medicina

Trata das perspectivas dos estudantes acerca da competitividade na Medicina – antes, durante e depois da graduação –aliada aos conflitos que emergem dessa situação e às grandes responsabilidades – cognitivas e emocionais – que precisam assumir, muitas vezes, com medo e insegurança. Nesse âmbito, referem que se acham sob estresse constante, encontrando dificuldades para manejar o tempo, cuidar das relações afetivas, condição que os leva ao consequente afastamento do outro e de si mesmo – seus desejos, necessidades pessoais e sociais. Suas falas apontam para a necessidade de autoconhecimento.

Nesta categoria, portanto, pretende-se abordar as ***dificuldades com o tempo*** e a ***competitividade*** exacerbada entre estudantes, como potencializadoras de um ***distanciamento nas relações*** interpessoais, que deveriam justamente estar se constituindo como duráveis, afetivas e autênticas. A detecção da fragilidade das relações, num momento em que, com frequência, é exigida do estudante ***autonomia sem maturidade*** ante as grandes responsabilidades inerentes ao campo profissional, associada à ***inibição da autopercepção*** na sedimentação da identidade adulta, compõe um panorama complexo e difícil para o desenvolvimento da empatia. Cada um dos pontos destacados será mostrado como subcategoria de análise.

Dificuldades com o tempo

Diz a estudante do décimo período do curso de Medicina:

- *Simplesmente, não dá tempo!* (ESs3)

Nesse contexto, em razão da impossibilidade de uma dedicação integral às várias dimensões da vida, mesmo porque o próprio curso se mostra intangível em sua completude, muitos dos estudantes selecionam suas experiências segundo um crivo restrito em termos de tempos e espaços. Ainda assim, permanece a sensação de impotência por não conseguir administrar o tempo segundo os próprios desejos, como expressado nas falas:

- *O GT e o morfo ocupam muito tempo de estudo, por isso senti dificuldade de encontrar tempo para me dedicar a outras coisas, como o LH, o AIS... Lamento demais por isso. Todo semestre eu achava que ia conseguir me organizar, mas nada.* (ISt3)

- *[...] a gente vai deixando pra depois porque tem outra coisa mais urgente na hora e esse depois nunca chega.* (ESs2)

- Fica uma sensação de culpa, assim, muito ruim porque eu sei que tinha que fazer outras coisas e não consigo por causa de tudo que vai se acumulando. É muito ruim. (IIn3)

- É porque é muito corrido, praticamente não tem tempo livre, então a gente se vira como pode. Acaba tendo que sacrificar algumas coisas... é como se fosse normal. (IPs2)

A ausência, praticamente completa, de tempo livre na matriz do curso mostra-se como um problema grave para os estudantes, que sentem suas tarefas serem negligenciadas e têm as suas frustrações potencializadas. Deve-se considerar as inúmeras atividades extracurriculares autoimpostas, capazes de banalizar metas de estudo e trabalho superdimensionadas.

Para os estudantes, é preciso fazer o curso com eficiência, tirar notas boas, estar em uma liga acadêmica, apresentar trabalhos em eventos científicos, participar do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), passar por mais de uma monitoria, frequentar cursos externos, estágios, tudo ao mesmo tempo, ou quase ao mesmo tempo. E, pior do que isso, muitas vezes, aquele que opta por não tomar como suas todas as escolhas impostas pelo meio é classificado como relaxado ou irresponsável.

- Eu gostaria de ter me dedicado mais, tipo, passado pelo PET, mas o tempo é complicado e as exigências das notas... A gente tem que se virar pra não ficar pra trás, pra não se sentir irresponsável, tem que correr mesmo. Ainda mais quando vai chegando o internato. (ESs2)

- O problema maior mesmo é conseguir fazer tudo bem com tão pouco tempo. Como tem a prova da residência, a gente tem que correr atrás das monitorias, ligas, estágios, coisas que vão te ajudar. Ainda tem o Medcurso[31]*... A concorrência não brinca, é muita gente fazendo tudo, aí você tem que fazer também, né?* (ISs3)

---

[31] Cursinho preparatório para as provas de Residência Médica.

O contexto torna-se favorável ao desenvolvimento de hábitos de vida inadequados com as consequentes patologias físicas e mentais importantes e favorecendo o desencadeamento de psicopatologias reconhecidamente capazes de impactar as formas com as quais os profissionais de saúde se relacionam com seus pacientes. Segundo os estudantes:

- *É eu acho que às vezes a gente fica tão cheio que não consegue fazer nada direito. Não estuda porque não relaxa direito, não relaxa porque nunca terminou de fazer tudo... E assim vai. Aí é claro que a gente deve acabar errando mais, explodindo mais, assim, fazendo as coisas de um jeito que não devia fazer. Fico péssima com isso, com certeza.* (ESt2)

- *O tempo vira de cabeça pra baixo (risos). Tem gente que acaba tendo que tomar remédio pra dormir e pra acordar. Ainda bem que essa fase passa.*(IIn1)

- *Eu aprendo melhor quando não fico sob tanta pressão, porque a ansiedade acaba comigo... Queria ter mais tempo pro lazer, pra encontrar o pessoal do colégio [...] é claro que, às vezes essas, coisas deixam a gente triste, mas é por algo maior.* (EIn3)

Assim, no discurso dos estudantes, as dificuldades de manejo do tempo provocam, além de um aumento significativo dos níveis de estresse e ansiedade, o afastamento interpessoal nas relações afetivas, que recebem menor prioridade nas vidas de muitos deles.

Competitividade

A compor o cenário que delineia as temporalidades dos estudantes, está a concorrência acirrada, conhecida entre os estudantes desde os exames vestibulares. A concorrência, por sua vez, contribui com a fragilização das relações, identificada anteriormente. Os estudantes falam a respeito:

- *O pessoal acaba comparando as notas e quem quer ficar por baixo, né?* (EIn1)

- Ah compara demais! No começo o pessoal comparava até a classificação do vestibular! (Risos). (ISs1)

- Verdade mesmo. Não basta você saber se foi bem, ainda tem que ter sido melhor que os outros também. (EIn1)

Da competitividade, então, os conflitos emergem naturalmente, sobretudo em ambientes de relação mais estreita entre os estudantes, como é o caso dos grupos tutoriais, onde apenas dez alunos compõem a turma, sob a tutoria de um professor, segundo as falas dos estudantes:

- [...] tem os problemas de relacionamento que acabam acontecendo pelo convívio direto com os colegas nesse ambiente. Exposição meio forçada e as panelinhas... Essas coisas desagradáveis. Sem falar na competição. (IIn1)

- Hum... E eu acho muito ruins os conflitos que aparecem no GT, tem vaidade, gente que querendo mostrar que é o melhor o tempo todo. Isso fazia que eu estudasse mais pra me livrar do problema e não passar vergonha ou me prejudicar. Mas por outro lado, a gente acaba competindo mais e criando menos laços, menos amizades do que o que poderia ser. (ISs3)

Mais uma vez, o contexto evidencia a valorização do processo somativo, em detrimento do processo formativo; ou seja, as avaliações são mais instrumentos para *ranking* dos estudantes do que possibilidades de aprendizagem pela conscientização daquilo que pode ser aperfeiçoado. Perde-se a oportunidade de que o estudante aprenda, com a observação do outro e a auto-observação, a aprimorar seu desempenho.

- A gente teria que se desligar mais da nota e pensar mais na formação, mas isso é praticamente impossível de fazer, não sei como... (IPs4)

- A nota tá ali. Ou é ou não é e pronto. Não dá pra gente fingir que não existe, e a realidade é que muitos querem é o resultado mesmo. (IPs1)

Com tudo isso, há o risco de que, no seio da formação profissional, o estímulo impensado à competitividade, proporcione a distorção dos propósitos maiores das atividades curriculares e, sobretudo, extracurriculares. O risco de haver incongruência entre o desejo de ser alguém capaz de aliviar sofrimentos humanos e a necessidade constante de se sobrepor ao outro, é percibido, como explicitado no díalogo entre os estudantes:

- Agora assim, eu penso que empatia seja uma coisa que tem que estar presente no jeito de ser da pessoa, independente de onde ela esteja, entendeu? Por exemplo, do que adianta você agir como bonzinho na frente do paciente e depois detonar com seu colega porque está com inveja ou com raiva dele? (EIn1)

- Ah é! Isso a gente vê muito, né? (ISs1)

- Sim, porque as pessoas querem se destacar para os professores, querem aparecer mais e às vezes ficam humilhando os outros pra mostrar que tem poder e tudo. Não vê como acontece em alguns grupos? Nas ligas? (ESt1)

- Então! Aí, nessa hora onde é que fica a empatia? Desapareceu? É bom quando algum professor percebe isso e já vai em cima. Já baixa a bola da pessoa. (ISs2)

- [...] você acaba vendo pessoas super arrogantes que dizem que com os pacientes são maravilhosos e tal e fingem muito. É aquela coisa da incongruência, sabe?(IIn2)

Distanciamento nas relações

O natural distanciamento das relações nos contextos competitivos provoca, além da ansiedade solitária tão comum na atualidade, a restrição dos espaços para uma interlocução pautada na confiança, na fraternidade e na autenticidade, como expõem o interno ISt3 e o estudante ESs1:

- [...] queria, sim, que a gente tivesse chance de falar mais sobre o que a gente sente quando atende um paciente mais delicado ou uma família difícil. Eu queria ter mais coragem de fala... Às vezes me sinto muito só com os meus sentimentos, meus medos, minha ansiedade... (ISt3)

- Poderia ter mais espaço pra conversar sobre essas ansiedades que a gente sente nos atendimentos. Tem serviços onde o professor é bem preparado pra isso... Alguns não podem se aproximar muito, tem que manter aquela distância. Se a gente trocasse mais experiências seria mais fácil, acho. (ESs1)

Para sustentar a objetividade, o docente também pode se utilizar de mecanismos de afastamento do estudante, de modo que evite erros ou injustiças causados pela interferência de suas opiniões pessoais ou emoções.

- Alguns professores e preceptores acham que ser bom é ser durão, aí se afastam de mais você. Embora alguns alunos admirem isso, porque no fundo acham bonito uma certa arrogância, eu acho até perigoso. Com certeza isso afasta o aluno do professor. Desse jeito, você pode começar a ser arrogante achando que está se tornando importante... (IIn3)

Ora, se as relações podem, com frequência, ser objeto de desgastes ou distanciamentos relacionais durante o curso, com a tendência ao isolamento afetivo, há também maiores dificuldades para no enfrentamento dos desfafios que surgem com a necessidade de autonomina diante das responsabilidades impostas nesse processo de formação.

Autonomia sem maturidade

Ao iniciar a graduação, os estudantes são convidados a carregar grandes responsabilidades, não somente no campo das objetividades – com seus conteúdos e técnicas, mas também no âmbito das subjetividades. Relata ISs4:

- Lembro da ansiedade do começo... Porque ia ter muita coisa pra estudar, tinha que levar a vida a sério, abrir mão de muita coisa. Mas depois, quando cheguei na frente de um paciente e era EU mesma que tinha que dizer alguma coisa, que fazer alguma coisa, que ser empático, como a gente viu já no primeiro semestre, aí que veio peso grande da responsabilidade.

Vários estudantes referiram dificuldades no momento em que lhes foi solicitado lidar diretamente com o sofrimento humano :

- Tão complicado... Eu não me sinto tão preparada emocionalmente e aí tento falar o mínimo possível. Eu fico na minha e prefiro que outra pessoa conduza a situação. Talvez tenha que fazer terapia pra ficar mais à vontade... não sei. (IIn1)

- Eu vejo alguém mal, sofrendo, chorando, eu me sinto mal. Não a ponto de ficar paralisada, mas eu tenho a impressão de que não consigo ajudar, acho bom ter alguém do lado nessa hora pra dar um apoio, sabe?Não sei se faria direitinho se ficasse completamente sozinha, por exemplo. (ISs4)

É importante sublinhar a ideia de que a insegurança para lidar com o paciente em situação de sofrimento surgiu nas falas de estudantes com altas médias de empatia. A angústia em ter que atuar "sozinho" quando é necessária a utilização de habilidades relacionais ou da empatia, revela, portanto, a imaturidade emocional, percebida, por vezes, pelos próprios participantes dos grupos. Tais habilidades podem estar sendo pouco trabalhadas durante o período de formação profissional, visto que os estudantes costumam manter seus focos voltados para outras demandas e que, certamente, não são devidamente estimulados a perceber seus mundos e processos internos.

Inibição da autopercepção

Na investigação, mesmo os estudantes introvertidos, exprimiram suas inseguranças no exercício de olhar para dentro, conquanto mostram que estão conscientes de que isto, em algum momento, será necessário para eles:

- A gente nem se conhece direito, professora. Muitos não sabem onde precisam melhorar. Como é que aprende a ser melhor assim? (ISt3)

- É... O medo de errar que me atrapalha. Eu me esforço muito pra ajudar. Acho que não tinha dificuldade em expressar os meus sentimentos, não. Mas eu confesso que fico confuso, inseguro, nem sei dizer direito o que é. (ESt2)

- Acho que tenho que me preparar melhor porque não sei se consigo lidar com as minhas emoções ou porque não sinto muito, ou porque não penso muito nelas. (EPs1)

- Fico, assim, perguntando pros professores no ambulatório e para os meus amigos se fui bem na conduta. Eu fico precisando saber se realmente estou com a impressão correta de mim, entende? (ISs2)

Percebe-se que os estudantes sentem, de fato, insegurança relativa à autopercepção. O medo de errar, ante a responsabilidade imposta pela presença do paciente, pode causar angústias com as quais os estudantes tem dificuldade de lidar. Portanto, sem o espaço adequado para a abordagem desses sofrimentos, veem-se a omissão e a fuga do ato de olhar para eles. Em algumas falas, surgiu a percepção de que pessoas que se conhecem melhor, lidam melhor com o sofrimento do outro, como diz ESs2:

- Eu gostaria de saber abordar melhor, mas também não acho que seja tão difícil, embora veja muitos amigos passando por problemas por causa disso. Acho que quem se conhece mais lida melhor com o sofrimento humano. Mas não temos muito espaço pra refletir sobre essas coisas...

Em razão da insegurança na autopercepção, as notas das atividades práticas, são as principais referências que os estudantes carregam sobre suas evoluções pessoais na abordagem do paciente, como exposto na fala a seguir:

- Tenho um bom rendimento normalmente, as minhas notas são boas e eu acho que estou bem, mas de vez em quando tenho dúvidas se fui bem mesmo, tipo num atendimento, fico achando que não fui bem... aí vem a nota boa e vejo que talvez só uma insegurança minha. (EPs1)

Em síntese, mostra-se um mapa das subcategorias associadas aos tipos psicológicos identificados nos grupos focais (Figura 5, p. 142), com o intuito de compreensão dos dificultadores ou entraves para o desenvolvimento da empatia no processo de formação médica.

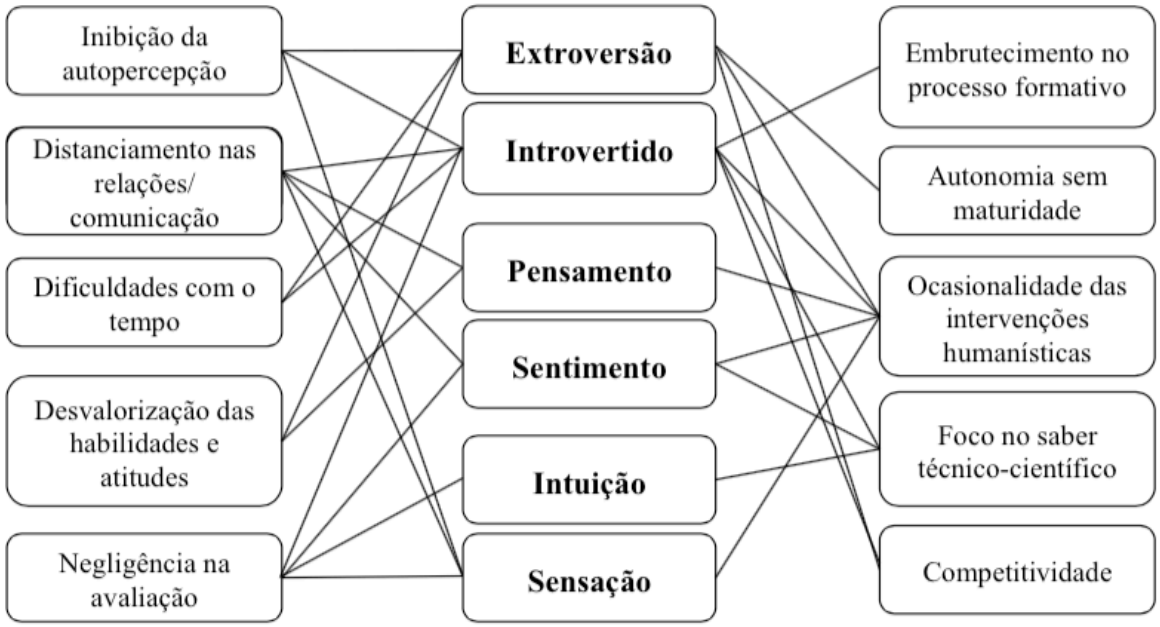


Figura 5: Síntese das subcategorias que se apresentam como entraves no desenvolvimento da empatia

2.2.5.3 Os diversos modos de aprender a ser médico – ou sobre o desenvolvimento da empatia na formação médica

Essa catogoria procura dar conta dos dois objetivos conseguintes da pesquisa, buscando explicar **como diversos tipos psicológicos acreditam que aprenderam a ser empáticos** (OE2) e identificar **contribuições do processo de formação médica no desenvolvimento da empatia** (OE3).

Esse ponto abrange as experiências curriculares por meio da vivência de metodologias e intervenções educacionais durante o curso, mediante as quais acreditam aprender sobre a profissão. Impressões acerca do trabalho em grupo e das atividades práticas foram abordadas pelos estudantes, que chamaram atenção para os processos de aprendizagem pela convivência com os colegas, professores, profissionais dos serviços, amigos e membros familiares. Embora a crença de que a empatia, a capacidade de se relacionar/comunicar e a ética venham "de casa", acreditam fortemente no professor como alguém capaz de influenciar – positivamente ou negativamente, a partir de seu modelo – o desenvolvimento da empatia e do profissionalismo. Consideram indispensável para a mudança no âmbito atitudinal o olhar atento do professor, capaz de avaliar – com ética, seriedade e humildade - orientar e pontuar com rigor e seriedade as atuações dos estudantes dentro da sala de aula e nos campos de prática.

As ***conferências e discussões***, a possibilidade de ***treinamento das habilidades***, a ***integração entre a teoria e a prática*** e a chance de ***conviver com pessoas diferentes*** foram citadas como facilitadoras da aprendizagem da empatia dentro do curso de Medicina, muito embora os estudantes também vejam a empatia como algo que se aprende em casa ou que se traz com a própria personalidade. Nesse sentido, uma ***predisposição aos relacionamentos interpessoais*** – como traço de personalidade - e o ***suporte de um ambiente familiar***, no qual é

possível viver a empatia por meio das atitudes parentais, seriam fundamentais no desenvolvimento de uma pessoa empática. A fala mais recorrente entre os estudantes, porém, foi em torno da aprendizagem da empatia pela ***convivência com pessoas diferentes*** e com ***professores éticos, empáticos* e *humildes***, capazes de realizar ***feedback/avaliação de qualidade***, no âmbito da formação das atitudes.

Conferências e discussões

Para os tipos pensamento, as aulas tradicionais, assim como as discussões em torno da resolução de problemas, parecem ter enorme importância na aprendizagem da empatia. As falas a seguir ilustram o que foi dito:

- Eu , honestamente, fiquei apavorada da primeira vez que vi um paciente sofrendo no ambulatório de infecto. Mas é impressionante como para mim as conferências sobre relação médico-paciente, aquela da má notícia, vieram na hora pra minha mente. Não posso ficar desesperada, nem me emocionar com o paciente. Tenho que ajudar e pronto. Estou estudando pra isso. (EPs1)

- As discussões com o professor na hora da conferência, né? Até quando vai ter uma síntese dos conhecimentos... É, pra mim, uma coisa que fixa muito, ajuda mesmo depois a pessoa quando ele precisa agir depois. (IPs3)

- Principalmente no GT, por exemplo, assim, quando você discute com o pessoa do grupo e o tutor, você realmente vai lembrar daquilo muitas vezes depois. Quando você fica de olho nas aulas que tem semiologia, consulta, por exemplo, também é muito bom. Na hora que você vai falar com o paciente, sabe o que dizer até porque já teve aula daquele tipo de atentimento. (IPs2)

Também foi observado o fato de que a abordagem da teoria precisa ser integrada, multidisciplinar e, com isso, ter maior abrangência dos problemas estudados; ou seja, aulas tradicionais e discussões teóricas em Medicina não devem ser fragmentadas em seus campos científicos ou especialidades, mas articuladas com as Ciências Aplicadas e, assim, podem ser desenvolvidas reflexões mais humanísticas.

- Acho que nas conferências e até nos GTs também, a gente precisa ter uma visão assim, mais global da teoria médica porque senão o foco acaba se direcionando pra algumas patologias e só pra isso mesmo, entende? [...] Aí fica a carência de uma visão mais ampla delas, considerando assim os aspectos sociais, culturais e emocionais dos problemas que a gente tá vendo. Quando é desse jeito, a gente tem muito mais chances de pensar mais humanamente quando vai atender. (IIn2)

Treinamento de habilidades

Nas falas dos tipos introvertidos, com função principal perceptiva – intuição ou sensação - o treinamento das habilidades apareceu como sendo uma das melhores formas de aprendizagem da empatia e da relação médico-paciente, além das práticas de Semiologia Médica.

- Talvez as habilidades de comunicação tenha sido o que mais aprendi. A relação médico-paciente, a entrevista, essas coisas, durante os treinamentos do LH. Achava que não conseguiria aprender. (IIn2)

- Fiquei paralisada quando tive que dar uma má notícia assim que entrei no internato. Foi horrível. Lamentei não ter me dedicado mais na época que a gente viu isso no LH. Mal

tive tempo de treinar, mas ainda foi o que me deu algum chão, sabe? Agora já estou enfrentando situações assim com mais naturalidade. (ISs3)

As simulações de atendimento ao paciente com o recurso dos pacientes simulados – pessoas treinadas para desempenhar o papel de pacientes reais – assim como as práticas de *role play* – nas quais estudantes assumem os papéis de pacientes e médicos – segundo roteiros previamente estabelecidos, foram citadas como metodologias importantes no desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia.

- *O treinamento no ambiente simulado com os pacientes é com certeza muito efetivo pra gente porque a gente se coloca na situação que um dia vai chegar e mesmo que não seja igual, é como se a gente já tivesse algumas opções para abordar o paciente*. (IIn3)

- *Os treinos com os pacientes simulados, e com os próprios colegas nos consultórios foram super importantes pra dar um pouco mais de segurança na hora das situações mais delicadas. Assim, a gente viu como se comunicar melhor com os pacientes e as famílias*. (ISs3)

- *Vou agindo mais por instinto, eu acho. Sei que a gente já treinou antes, claro que situações diferentes da realidade, mas vejo que isso me ajudou muito mesmo, eu acho até que me ajudou a ter mais empatia.* (ISs2)

Integração teoria e prática

Também nesse sentido, foi comum, entre ambos os tipos - extrovertidos e introvertidos - a percepção de que atividades que integram teoria e prática, com a possibilidade clara da aplicabilidade dos conteúdos, foram de grande importância para o desenvolvimento das habilidades relacionais.

- Ah... Uma das estratégias que mais me ajudou nisso até agora foi o AIS. Lá é mais fácil aprender porque a gente integra o conhecimento com a prática, assim, vendo como a gente usa isso com a comunidade. (EIn1)

- Eu tenho dificuldade com os conteúdos que não são vistos junto com a prática. Se a gente vai estudar comunicação, é bom poder ver na comunidade os efeitos dessas teorias, assim, por exemplo. É bom quando os módulos não trabalham só teoria e a gente pode conectar a teoria com a prática. (EIn2)

Segundo as falas dos estudantes, as atividades nas diversas estratégias metodológicas do curso, têm suas eficácias potencializadas e contribuindo com o desenvolvimento de relações empáticas, quando integram teoria e prática, mas também quando as estratégias são integradas entre si, como mostram os trechos a seguir:

- Quando discutimos nos grupos tutoriais e temos a chance e de ver o conteúdo integrado em outros módulos, é perfeito porque já faz sentido procurar a solução de um problema real. Imagina se a gente testa tudo na prática... (ESs2)

- Pois é, a gente aprende mesmo. E eu acho que tem o instinto, mas nos treinamentos, as nossas práticas, quando a gente consegue ver junto com a teoria, ajudam demais, principalmente se for um bom professor, que é um exemplo, tipo um modelo pra você. No LH, tem os casos com os pacientes simulados, que os professores trazem das experiências de vida deles e não só dos livros... Eles discutem, ensinam a gente a fazer as perguntas, a investigar e a gente faz isso colaborando uns com os outros... Ah... isso é muito bom pra aprender. (ESt2)

- Eu credito que muitos temas tenham sido bem abordados na faculdade. Claro que é melhor quando a gente tem vivência prática daquilo que a gente aprende, assim, no momento em que a gente aprende. As simulações são necessárias e muito importantes, mas assim com

as oportunidades na vida real, na mesma época. Falta a gente aplicar mais o conteúdo que tá aprendendo, sabe?(IIn1)

- A gente podia ter aulas práticas sobre essas habilidades procedimentais bem na época que elas vão sendo relacionadas com o conteúdo téorico dos módulos. Sei que não é muito fácil ser sempre, mas quando isso acontece, é perfeito! (ESs1)

- Achei mais fácil quando cheguei nos ambultórios, porque sentia que era mais real e aí me sentia mais motivado pra estar lá. Quando a gente pega módulos mais integrados é perfeito. Você ta estudando e vivendo aquilo. (ISt3)

- O curso trabalha bem as habilidades de comunicação nos GT's, nos ambulatórios, visitas domiciliares do AIS, lá nos ambientes simulados do LH, tanto que eu tive uma boa evolução neste aspecto, principalmente quando a moiria das coisas estava mais integrada. (IPs4)

Predisposição às relações interpessoais

Para alguns estudantes, sobretudo os extrovertidos, a empatia está relacionada com uma predisposição às relações interpessoais, que já seria típica da pessoa, como um traço de personalidade.

- Algumas pessoas já tem mais facilidade de se relacionar desde pequenas e isso deve ajudar muito para você ser empático porque já está aberto para todo tipo de gente, não se fecha quando conhece alguém diferente. (ESt3)

- Tudo ajuda um pouco, mas as práticas, as devolutivas dos professores, o contato com os pacientes, isso pode ajudar a você fazer melhor, ser um médico humano e empático, mas assim, principalmente se você não é muito fechado e tem facilidade pra se relacionar... Tem gente que já meio assim, entende? Aí vai se desenvolvendo. (EIn2)

- Mas lá no fundo, com relação às atitudes, eu acho que a gente aprende mais em casa ou às vezes já é assim desde pequeninho, não sei. Já vem aberto ou fechado pra isso. Se não for a pessoa mesmo refletindo, não sei se a faculdade muda alguma coisa... Talvez seja uma coisa de dentro pra fora. (ESs3)

Nesse caso, pessoas predispostas teriam maiores chances de aperfeiçoar habilidades relacionais dentro da faculdade; contudo, seria necessário trazer algo consigo, que independe dos processos institucionalizados de ensino-aprendizagem, como é o caso daqueles que acreditam que empatia venha do convívio com a família, sua cultura e seus ensinamentos, cujas falas são explicitadas na subcategoria que se segue.

Suporte do ambiente familiar

Foi comum na fala, principalmente dos tipos introvertidos, a contribuição do contexto familiar, principalmente dos pais, no desenvolvimento da empatia, embora as influências do curso de Medicina no processo não tenham sido descartadas. Como exemplo:

- Sei que na minha casa, com a minha família, eu fui aprendendo a conviver com os outros. Ouvindo meus pais, pensando em quem eu queria ser mesmo. Assim, depois, acho que alguns pacientes também ensinam isso. Mas principalmente os professores. Só que não são todos. (ISt1)

- Aí o professor pode ser como uma mãe ou um pai que estimula ou trava isso na pessoa. Se você já aprendeu isso em casa, é tranquilo, se não, eu não sei se muda assim. (IIn1)

- Eu vejo muita gente que é naturalmente jeitosa, habilidosa assim com o paciente. Não sei se foi aprendido aqui, a família, a educação que vem de casa é ISt2 muito importante também.(ISs3)

- Eu acho que muita coisa do estilo da pessoa, ela traz de casa... Mas convivendo com os amigos aqui, com os professores a gente aprende jeitos diferentes de interagir, de orientar. (ESs1)

- É claro que a gente vem com a educação que nossos pais deram pra gente, mas também aprendemos com os professores. Será que dentro da faculdade a gente aprende a ser melhor, a ter empatia?... É...Eu acho que aprende, sim, se você realmente quiser. (ISs3)

Desse modo, embora as falas dos introvertidos tenham apontado fortemente no sentido da influência parental, os estudantes, de um modo geral, consideraram a aprendizagem pela convinência, dentro e fora do curso de Medicina, como uma forte possibilidade de desenvolvimento da empatia.

Convivência com pessoas diferentes

Assim, nesta subcategoria, se concentram as percepções dos estudantes a respeito das convivências com várias pessoas durante a formação médica, e suas interferências no processo de aprendizagem das habilidades relacionais.

- Sempre fui tímida, então foi muito difícil, mas eu acho que melhorei muito as relações durante faculdade, por causa dos amigos diferentes, dos professores. (ISs1)

- Olha, o que mais aprendi na faculdade... Foram as atitudes. Aprendi demais sobre ética, sobre profissionalismo vendo mesmo como os professores, os preceptores e como os próprios colegas da faculdade agem com os pacientes. Cada um tem seu jeito, tem uma saída diferente. É bom ver isso. Esse trabalho em grupos ajuda a você ser mais capaz de se relacionar, ser um pouco mais empático. (EIn3)

- Você conhecer diferentes pontos de vista dentro e fora da faculdade e as historias de vida das pessoas, dos professores, me ajudam a desenvolver empatia. (EIn1)

- Então, acho que o contato com colegas e com professores diferentes, que tem diferentes pontos de vista sobre a sua conduta e os casos é muito bom. Se você está em um meio propício ao crescimento, então você cresce. (ESt3)

- Eu, que sempre fui mais na minha, descobri na faculdade mesmo que era capaz de me relacionar bem com as pessoas, né? Você conhece muita gente, tem os grupos que vão se formando. Isso é importante pra a pessoa se abrir mais, saber se relacionar. (ISs3)

- Sei que tenho me expor, mas vou tentando do meu jeito e vendo como os outros fazem, mesmo que isso, assim, não seja nada fácil. Isso me ajuda, com certeza. Eu me ralaciono melhor hoje do que no começo, eu acho. (ISs3)

Feedback/avaliações de qualidade

Ao passo que a convivência se fez importante no discurso dos estudantes, a valorização do feedback e de um olhar avaliador criterioso, com qualidade, também se manifestou consideravelmente nos grupos focais. Tanto tipos introvertidos quanto extrovertidos, abordaram tais critérios como essenciais para o crescimento no âmbito das relações:

- É claro que tenho medo de errar, por isso tenho que estar preparada. Mas pego todos os conhecimentos que tenho e procuro usar a favor do paciente nessa situação. (...) Eu espero que eu não me torne insensível!... Bem que eu queria que os professor me dissessem, tipo me alertassem se isso acontecesse. (EPs1)

- Acho que, sim, que podemos aprender boas atitudes, que podemos desenvolver empatia, mas também acho que pessoas complicadas podem passar batido na formação médica. Por isso que a avaliação no internato é tão importante. (IIn2)

- Quando o professor lhe chama a atenção, mesmo que seja para fazer uma critica, você acaba jeitos diferentes de fazer as coisas. (ESs2)

O professor que sabe reforçar as boas condutas relacionais e, ao mesmo tempo, é capaz de punir e inibir condutas inadequadas apareceu como o modelo esperado de avaliador.

- Certeza que nós aprendemos a agir quando nós recebemos um incentivo com relação às boas condutas e também quando as advertências, no caso das condutas ruins, são feitas também pelo professor, né? Isso é fundamental. (IIn3)

- Acho que tinha que reprovar o aluno que não tratasse bem um paciente, sabe? Que cometesse erros de conduta... No Lar[32] *isso acontece mesmo, mas nem sempre é assim*. (ISt3)

- Bons professores assim, que discutem sobre a relação da teoria com a prática, que lhe mostram onde você precisa melhorar e que reconhecem suas qualidades... (ESt3)

A complementar a descrição do professor como bom avaliador, surge a necessidade da ausência da arrogância e do preconceito, além de uma postura de honestidade; consoante está posto a seguir:

*- Os professores que não lhe julgam, que lhe entendem, mas cobram de você o seu melhor acabam sendo seus mestres de verdade, para a vida... A gente não deve confundir nunca rigor e honestidade na avaliação com grosseria e arrogância, sabe?(*ESs3)

- Acho que a aprendizagem não só da empatia, mas de todo profissionalismo acontece de verdade quando o aluno percebe que errou. Quando um aluno, quase médico, comete erros graves de comportamento e não é punido, isso é ruim pra ele e ruim para os que se esforçam para acertar. Acho que tem que haver muito rigor na avaliação da prática, com

[32] Como é chamado o Lar Torres de Melo, instituição de longa permanência para atenção ao idoso.

bastante clareza dos critérios, é claro, e principalmente, tem que ter o preparo do professor para avaliar bem, tipo sem preconceitos e com honestidade. (ISs4)

Outros referenciais de avaliação, como a avaliação pelo paciente simulado, pelo monitor, além da autoavaliação, foram mencionados como interessantes nesse processo.

- Por que os pacientes simulados não dão feedback pra gente também no OSCE? Eu acho que seria interessante, professora. É tão bom quando os monitores fazem isso... (IPs2)

- Precisamos com certeza trabalhar mais a auto-avaliação. A gente tem que aprender a ser mais crítico com a gente mesmo, a não fazer sem pensar, sem perceber o que está fazendo. Outra coisa que deveria ter mais ainda era feedback, o professor deveria estar preparado para avaliar a gente, assim pra dizer o que a gente tá fazendo errado, sempre. (EIn3)

Professores empáticos, éticos e humildes

A observação dos professores pelos estudantes parece ser contínua e crítica. Em muitas das falas, foi possível identificar o modo como as posturas profissionais do corpo docente impacta na aprendizagem do "ser" médico, ou seja, formação de padrões atitudinais, dentre os quais se insere o comportameto empático. Destacou-se a importância que os estudantes atribuem aos professores que parecem ser empáticos – seja no ensino, ou na assistência aos pacientes e familiares, conforme se vê na reprodução das falas:

- Alguns professores ensinam como fazer, viram os nossos modelos e outros ensinam justamente como não fazer. O importante é você ter esse senso crítico, que a gente bate muito nisso no começo da faculdade, e saber, assim, diferenciar o profissional ético com empatia, daquele com menos compromisso e tudo. (ESt1)

- Eu gosto da metodologia aqui que a gente está sempre em grupos, buscando o conhecimento, mas a postura do professor é muito importante pra que a gente veja como desenrolar certas situações. Eu já tive tutor que deu show nesse sentido, de saber aproximar a gente, de saber como a gente se sente, e até conseguir resolver os problemas de relacionamento no grupo, parecia até psicólogo (risos). A gente tem vontade de ser assim também. (ESs1)

- Ás vezes tenho uma insegurança pra abordar os pacientes... Mas é impressionante quando você tem bons professores por perto, você fica mais confiante. Acho bonito quando os professores mostram seus sentimentos também. É mais humano, sabe? Isso aproxima mais a gente. (ESt3)

- Já chegou a dar vontade de voltar pra casa no meio do serviço de tanta insegurança. O que me manteve lá foi a sensação de que o preceptor [...] não ia me julgar, ele ia me entender, tipo se colocar no meu lugar mesmo e dar apoio... E foi o que aconteceu. Acho que tenho mais confiança por isso. (IPs4)

- Não é sempre no internato que o preceptor demonstra interesse pelos sentimentos do paciente. Mas quando isso acontece é quando você aprende sobre isso. Uma vez no Lar, eu tava com um paciente fragilizado e uma professora meio que acolheu as emoções dele na nossa frente, com uma jeito... Uma delicadeza muito grande. Foi uma aula e tanto! Um exemplo de empatia pra mim. Agora assim, ela exige que todos tratem o paciente bem. Não é só ela, entendeu? (EIn3)

A conduta ética do professor também merece ser ressaltada nesta subcategoria, como necessária ao bom desenvolvimento atitudinal e empático. Tal ética diz respeito não somente à própria prática do docente, mas também à maneira com a qual ele avalia as práticas dos alunos. É o que se pode observar:

- Aí no internato, as avaliações tinham que ser mais criteriosas com todos os preceptores. Alguns são bem exigentes, porque são muito éticos, sabe? Cobram mesmo, querem que você faça o melhor pelo paciente. Esses fazem a gente aprender! Talvez assim mais pessoas aprendessem sobre atitudes profissionais, sobre empatia...(IPs2)

- Acho que pra gente aprender, por exemplo, atitudes e até a empatia como alguém aqui já falou, tem que ser convivendo com as pessoas que fazem certo, que tem uma ética muito forte, né? Vendo e ouvindo pessoas que a gente admira. (EIn2)

- Tem que saber quem admirar também... A maioria de nós percebe quando o professor é muito ético, preocupado se você aprendeu ou não. (ESt2)

Ainda nesse sentido, uma postura humilde diante das experiências educacionais e assistenciais, capaz de tornar as relações menos assimétricas e de aproximar mais o médico de seu estudante e de seu paciente, foi relatada como relevante entre os estudantes.

- Eu já tive professores muito bons, que mostraram que você não precisa saber de tudo, assim, com humildade, você vê que é possível ser bom e continuar humilde, aprendendo. (ISt2)

- Ah... Um professor que diz que ele tá aprendendo com a gente também e com o paciente, que não estudou isso na faculdade dele, isso é muito importante. Acho uma humildade isso, que faz a gente perceber que a gente pode aprender com ele. (IIn3)

- É muito bom quando o professor é humilde, delicado com o aluno, mesmo sendo sempre justo e sem precisar a mão na cabeça quando você erra. (ESs3)

- Eu vi um paciente sofrendo por causa de um diagnóstico de HIV positivo e foi triste, mas o professor conversou muito bem com o paciente, com um jeito humilde, mas assim, passando segurança. Acho que aprendi muito naquele dia porque a gente aprende melhor

quando vive a situação. *Pelo menos para mim é assim*... *Lembrei das nossas práticas de comunicação da má notícia até*. (ISt1)

Deve-se enfatizar a noção de que esta última subcategoria merece atenção por ter sido aquela com maior frequência nas falas dos estudantes de todos os tipos psicológicos, tratando-se, portanto, de um tema de enorme relevância na discussão dos resultados.

A seguir, apresenta-se um mapa-síntese das subcategorias associadas aos tipos psicológicos dos estudantes (Figura 6, p.156), para tornar mais clara a compreensão dos aspectos facilitadores para o desenvolvimento da empatia na formação médica.

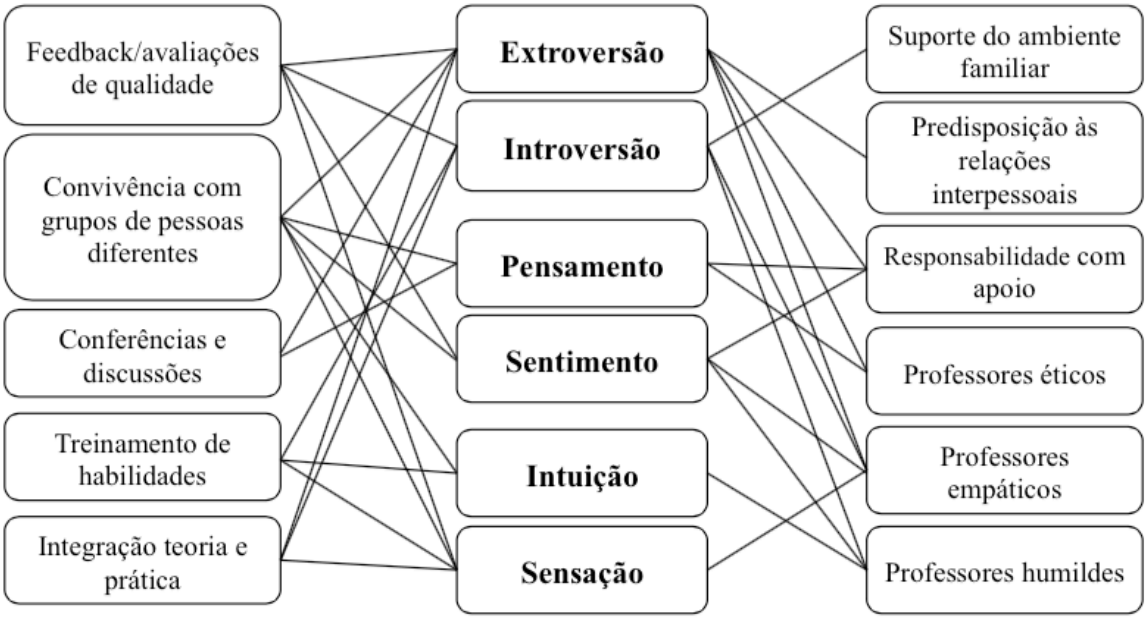


Figura 6: Síntese das subcategorias ditas facilitadoras no desenvolvimento da empatia.

2.2.5.4 Síntese dos resultados qualitativos

Após a apresentação dos resultados qualitativos, mostra-se neste ponto do trabalho, a síntese das categorias e subcategorias de análise reveladoras de entraves para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina (Tabela 18), seguida da síntese da categoria e das subcategorias de análise que procuram explicar, na percepção dos estudantes, as maneiras de aprendizagem da empatia e as possíveis contribuições do curso de Medicina nesse processo (Tabela 19, p.157).

Tabela 18

Categorias e Subcategorias de Análise que explicam os ***entraves para o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina***

Categorias	Subcategorias
1.Supremacia do saber técnico-científico na educação médica	Desvalorização das habilidades e atitudes
	Foco no saber técnico-científico
	Negligência na avaliação
	Embrutecimento no processo formativo
	Ocasionalidade das intervenções humanísticas
2.O contexto da vida do estudante de Medicina	Dificuldades com o tempo
	Competitividade
	Distanciamento nas relações
	Autonomia sem maturidade
	Inibição da autopercepção

Tabela 19
Categoria e Subcategorias de Análise que explicam como os ***como tipos psicológicos acreditam que aprenderam a ser empáticos*** *e quais as* ***contribuições do processo de formação médica no desenvolvimento da empatia.***

Categoria	Subcategorias
3. Os modos de aprender a ser empático – e do desenvolvimento da empatia na formação médica	Conferências e discussões
	Treinamento de habilidades
	Integração entre teoria e prática
	Predisposição às relações interpessoais
	Suporte do ambiente familiar
	Convivência com pessoas difererentes
	Feedback/avaliações de qualidade
	Professores empáticos, éticos e humildes

Na discussão que se segue, os resultados quantitativos e qualitativos são integrados e articulados com os marcos teóricos do estudo, com vistas a promover uma reflexão crítica, orientada para as intenções futuras de intervenção e investigação.

PARTE III

Discussão

Neste capítulo, são discutidos os resultados quantitativos e qualitativos do estudo, articulados com a literatura revisada. Trata-se, portanto, do segundo ponto de conexão entre as fases da pesquisa, conforme sugerido, quando são utilizadas metodologias mistas (Creswell, 2010).

Os resultados foram discutidos na mesma ordem da apresentação dos dados por categorias de análise, ao passo que as hipóteses testadas quantitativamente foram abordadas durante o processo, para colaborar com o entendimento ou suscitar pontos acerca dos fenômenos observados.

Desse modo, inicia-se a discussão com as duas grandes categorias que procuram esclarecer os possíveis entraves no desenvolvimento da empatia – a **supremacia do saber técnico-científico** e **o contexto da vida do estudante de Medicina** - e concluí-se com uma reflexão acerca da última categoria que versa sobre **os modos de aprender a ser médico** e reúne os aspectos facilitadores na formação do profissional empático.

Supremacia do saber técnico-científico na Educação Médica

Certamente, por estarem inseridos em um curso cujo currículo é baseado em competências, com intensa ênfase na atenção integral e generalista ao paciente, os estudantes manifestaram consciência da necessidade do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Embora a competência integral seja o alvo da formação, a fragmentação entre as suas dimensões, em certa medida, foi deflagrada pelas falas de **desvalorização das habilidades e atitudes** ante o **foco no saber técnico-científico**.

É interessante perceber que, na qualidade de estudantes com atitude introvertida referiram a própria negligência e a dificuldade de equilibrar os seus investimentos nas

dimensões da competência. Os extrovertidos apontaram para o fato de que vislumbram – ou, talvez, projetam - em seus professores a demonstração de menor valorização das habilidades relacionais e das atitudes frente o grande interesse que possuem no desempenho técnico e cognitivo dos seus alunos. Na avaliação da frequência das atitudes, do total de sujeitos, 93 (43.2%) mostraram-se introvertidos e 122 (56.7%) extrovertidos, revelando certo equilíbrio entre as atitudes na amostra, embora a extroversão predomine nas amostras dos anos inciais e intermediários do curso. É importante mencionar ainda que, pela prevalência do sentimento (*n*=129, 60%) como função principal dentre todos os respondentes, a maioria dos estudantes tende a utilizar valores pessoais para avaliar o contexto e, também por isso, é natural que percebam, com certa clareza, os interesses e valores de seus professores, e que os tomem como referência.

A desintegração no ensino das competências também foi relacionada à ideia de que, sendo o estudo dos conteúdos técnico-científicos mais "pesado" e o estudo dos temas humanísticos – que envolvem Habilidades de Comunicação e Ciências Sociais Aplicadas - mais "leve", este último seja, portanto, mais fácil e, consequentemente, menos carente de dedicação. Pode-se dizer que, de um modo geral, as tecnologias ditas "leves" em saúde correm o risco de não receber, no âmbito da educação formal, a atenção e o aprofundamento necessários a uma prática em saúde humanizada (Rios, 2010).

Em complemento, deve-se dizer que a percepção do estudante sobre o foco do professor nos conteúdos técnicos-científicos esteve frequentemente vinculada à ideia de que as avaliações das atitudes não costumam ser as mais criteriosas e exigentes. Quando a avaliação das atitudes é negligenciada, e a avaliação cognitiva é densa e congrega em torno de si mais elaboração e investimento do docente, o estudante entende que uma possui menos "valor" do que a outra. Vale dizer que uma provável insegurança por parte dos docentes na

avaliação das atitudes - onde se inclui o exercício da empatia – pode resultar nas baixas sensibilidade e capacidade discriminatória do processo avaliativo, nivelando todos os estudantes em único e satisfatório patamar atitudinal. Além disso, o próprio peso inferior das avaliações atitudinais nas médias das notas, parece disseminar a mensagem oculta de que são menos importantes quando comparadas às demais avaliações.

Observou-se que, se por um lado, foi identificada a subvalorização das habilidades e atitudes na formação, por outro, na gangorra que divide as dimensões biológicas e humanas, o conhecer e o ser, a objetividade e a subjetividade, pesou a persistente supervalorização do saber técnico-científico, em consonância com o que sugere a literatura acerca da mecanização e desumanização do homem (Morin, 2005).

Segundo Lyon (1971), a educação voltada unica ou predominantemente para o desenvolvimento cognitivo intrinca a formação de uma pessoa inteira, capaz de integrar o pensar e o sentir em suas atuações. O autor acentua que a negligência na formação das dimensões afetivas e emocionais dos estudantes – que normalmente costuma ficar restrita à família ou, ainda mais, legada ao mero acaso – produz um homem cindido, formado pela metade, com apenas as funções intelectuais desenvolvidas; ou seja, ainda que contingentes, quaisquer atitudes de indiferença dos profissionais responsáveis pelos serviços diante de erros de conduta ou profissionalismo podem marcar as experiências dos estudantes e interferir negativamente no desenvolvimento da empatia. Inseridos num âmbito mais amplo de mecanização das relações e reducionismo técnico-científico, é compreensível que profissionais em formação passem progressivamente a banalizar ou minimizar erros de conduta, como um dia presenciaram em seus períodos de formação (Lipovetsky & Charles, 2004; Morin, 2009).

Desse modo, a premência da superação de um modelo educacional focado na dimensão técnico-científica aponta para a reflexão humanística como saída. Ensinou Freire (2000), que a sociedade precisa de uma formação técnico-científica capaz de transpor meros treinamentos ou adestramentos no manejo de tecnologias, para alcançar o desenvolvimento do pensamento crítico acerca da própria tecnologia; isto é, precisa que a formação técnico-científica seja perpassada pela reflexão crítica e ética, de modo que, na avaliação, o *objetivo* não sobreponha o *subjetivo.*

Halpern (2003) alerta ainda para o fato de que o afastamento entre o subjetivo e o objetivo, em vez de ajudar na clareza e na conduta dos diagnósticos, pode impedir a coleta de uma boa história e o estabelecimento dos vínculos de confiança, dificultando a efetividade da abordagem clínica e da qualidade da assistência. Portanto, o reconhecimento do uso concomitante da razão e da emoção, das teorias, técnicas e atitudes, é imprescindível para uma formação integral do médico.

Foi interessante perceber que os estudantes revelaram em suas falas o risco do **embrutecimento no processo formativo**. O medo de um dia tornar-se exatamente aquilo que sempre criticou, foi recorrente em muitos dos discursos nos grupos focais. De acordo com os estudantes, é possível identificar pessoas que, no ínicio da formação, pareciam mais sensíveis e, com a exposição contínua ao meio, se tornaram mais duras e menos empáticas. Alguns fatores devem ser levados em consideração nesse ponto da análise: a predisposição do tipo psicológico identificado na amostra em estar sensível às questões humanas; a possibilidade de mudança do tipo psicológico durante o curso, e, mais especificamente, o risco da deterioração da empatia no decorrer do processo formativo.

Na avaliação da frequência dos tipos psicológicos, verificou-se que do total de sujeitos, 49 (22.8%) foram idenficados como do tipo Sentimento Extrovertido com Função

Auxiliar Sensação e Função Inferior Pensamento (E St Ss Ps). Tais dados contrariam os achados que versam sobre a predominância do tipo pensamento entre estudantes de Medicina (Rezler & Buckley, 1977; Bitran, Zuniga, Lafuente Viviani & Mena, 2003; Clack, Allen, Cooper & O'Head, 2004), e também se opõem aos indicadores que apontam para uma divisão equilibrada dos tipos psicológicos entre estudantes de Medicina (Myers-Briggs & Davis, 1965). É interessante dizer que, em pesquisa nos Estados Unidos (Rezler & Buckley,1977), foi constatado que a função Pensamento estava associada aos estudantes de Medicina, enquanto a função Sentimento estava mais ligada aos demais estudantes da saúde. Já em estudantes universitários brasileiros, a função Sentimento com atitude Extrovertida estámais vinculada aos cursos das ciências humanas (Zacharias, 1999).

A divergência entre os resultados pode estar associada à influência dos fatores culturais e contexto histórico, às diversasmetodologias utilizadas nos cursos de Medicina e aos próprios tipos dos docentes com os quais convivem. Nesta investigação, os estudantes colaboradores estavam postos no âmbito do PBL, submetidos a situações constantes de aprendizagem ativa em pequenos grupos desde os primeiros dias do curso, o que pode, em conjunção com as contribuições de suas histórias de vida, ter alguma relação com a prevalência do tipo Sentimento Extrovertido. Sabe-se que pessoas do tipo predominante neste estudo (E St Ss Ps) tendem a se interessar mais intensamente pelo que afeta diretamente a vida das pessoas, são normalmente harmônicas e possuem senso social-humanitário bastante ativo (Zacharias, 2003) e que tais aspectos da descrição correspondem à parte das expectativas humanísticas requeridas ao profissional da saúde descrito nas DCNs.

Observa-se, contudo, nos últimos anos do curso, o tipo Sensação Introvertida, com Sentimento auxiliar e função inferior Intuição (I Ss St In), como o preferido pelos internos –

tipo este mais comum aos que escolhem a Medicina como profissão (Zacharias, 2003), diferentemente do que foi observado nos anos inciais e intermediários do curso.

A despeito de que não seja possível afirmar a mudança de tipos durante a formação médica, dada a necessidade de estudos longitudinais, é possível apontar a tendência ao predomínio da função Sensação nos anos de atividade clínica mais intensa que, de acordo com a literatura, corrobora a ideia de que o ambiente pode interferir na constituição da personalidade (Atkinson, Atkinson, Smith et al., 2003) e fortalecer a noção de que, em ambientes de educação médica, é possível intervir na formação de alguns aspectos da personalidade (Hojat, Erdmann & Gonnella, 2013; Stilwell, Wallick, Thal & Burleson, 2000). Pode-se ainda levantar a hipótese de que, durante o internato médico, o mundo exterior e seus desafios passam a ser mais ameaçadores, intensificando as condições para a atitude introvertida. Outra possibilidade diz respeito aos modelos dos preceptores e profissionais com os quais os estudantes têm contato nesse período, que podem mostrar constantes estímulos ao uso da função Sensação na identificação de sinais e sintomas para diagnósticos e prescrições, no contexto de aprendizagem à beira do leito. Deste modo, o Sentimento deixa de ser função principal e passa a ser auxiliar, fato que pode ocasionar o receio da "perda da sensibilidade ao sofrimento do outro". Pode-se considerar, contudo, o fato de que o próprio temor do estudante com relação à perda da sensibilidade já demonstra, por si, uma percepção crítica e sensível, provavelmente, fator protetor contra o embrutecimento.

Observando-se, mais especificamente, o desenvolvimento empático, apesar da preocupação dos estudantes, os resultados do estudo quantitativo sugeriram que não há significativa variação dos níveis de empatia no desenvolvimento do curso, em consonância com um estudo realizado com estudantes universitários brasileiros (Paro, 2013) do Reino Unido (Quince, Parker, Wood & Benson, 2011) e estudantes dos Estados Unidos (Calabrese,

Bianco, Mann, Massello & Hojat, 2013). Ao contrário de outros experimentos, que apontam declínio da empatia no decorrer do curso (Hojat, 2009; Nunes, Williams, Sa & Steverson, 2011) ou que revelam maiores médias de empatia nos anos finais do curso de Medicina, se comparadas às médias obtidas com estudantes dos anos iniciais, em amostra da população portuguesa (Magalhães, Salgueira, Costa & Costa, 2011).

Vê-se, portanto, que as intervenções empreedidas durante a formação médica podem não contribuir com o desenvolvimento da empatia, cujas medidas permanecem inalteradas, apesar dos programas educacionais.

Os estudantes apontam a **ocasionalidade das intervenções humanísticas** como entrave ao sucesso do desenvolvimento da empatia nesse contexto. Apesar da evolução dos desenhos curriculares e dos esforços para o desenvolvimento de eixos longitudinais de intervenções humanísticas nos cursos de Medicina, a necessidade de uma abordagem contínua da dimensão que envolve os aspectos humanos, sociais e relacionais ainda permanece, como percebido pelos estudantes. A carência de uma interlocução sobre as relações humanas e as emoções dos estudantes durante o internato, por exemplo, é referida pelos participantes como ponto nevrálgico, que pode prejudicar a formação integral do médico, inclusive, deformando os seus modos de sentir e interagir afetivamente com o paciente. Esse se caracteriza justamente como importante desafio, durante todo o curso de Medicina (Rios, 2010; Shapiro, 2008; Spiro,1992).

Os estudantes alertam para a ideia de que a abordagem das ansiedades e dificuldades relacionais depende de uma habilidade específica do professor que os acompanha, e que nem todos a possuem. De outro modo, dizem que, se nem todos os professores estão preparados para lidar com as questões humanas, lacunas no currículo podem persistir em virtude das limitações docentes. É fundamental, pois, que, além de atividades programadas, que

envolvam o estímulo da percepção sensível e as múltiplas expressões, como é o caso do emprego de recursos artísticos e culturais – música, cinema, pintura, teatro, literatura etc. – de meios como psicodrama, ou escrita criativa, os professores estejam preparados para abordar demandas nessa área, quando surgirem, na interação com os pacientes ou os colegas de trabalho.

Em reforço, acentra-se que o reconhecimento da inconstância de uma criticidade ético-humanística, e da negligência ocasional das reflexões acerca das subjetividades, enseja uma impressão fragmentada do eixo humanístico no processo de formação (Spiro, 1992; Shapiro, 2008), mesmo que na estrutura do desenho curricular pareça estar aderido a todos os demais eixos. Restou evidente, portanto, que algumas intervenções educacionais, com teor humanístico mais explícito, marcam as trajetórias dos estudantes em pontos específicos da formação - ligados aos temas dos módulos vinculados a professores notadamente mais dedicados ao assunto – no lugar de se fazerem constantes nas falas e avaliações de um corpo docente uníssono, independentemente do módulo que leciona ou da especialidade que aborda.

Assim, para evitar a fragmentação ou a intervenção apenas ocasional no âmbito humanístico, o corpo docente deve estar devidamente preparado, não apenas para ensinar técnicas de comunicação e relação efetivas com o paciente, mas também para abordar um corpo discente submetido a um estilo de vida, muitas vezes, inadequado para a manutenção da saúde física, mental e, certamente, profissional. Portanto, esforços com vistas à elaboração de programas de avaliação e desenvolvimento do profissionalismo docente tem importância crescente no campo da Educação Médica (Steinert, 2010).

O contexto da vida do estudante de Medicina

Não se pode pensar a realidade de formação, de construção das identidades profissionais, sem que se tenha conhecimento do contexto mais amplo no qual ele se insere: a vida do estudante. Ao mesmo tempo, percebe-se que a vida do estudante de Medicina se confunde, em larga escala, com a própria vida acadêmica, portanto, as discussões nesse âmbito perpassam também o ambiente de ensino.

Inseridas nesse contexto, foram identificadas as dificuldades com manejo do tempo e com as relações afetivas durante curso de Medicina, relacionadas com a pressão pela competitividade intensa que antecede e atravessa a faculdade, e pela necessidade de autonomia em razão das grandes responsabilidades cognitivas e emocionais inerentes à formação médica. Além disso, o discurso de insegurança e imaturidade perante os desafios profissionais – como, por exemplo, na abordagem de pacientes em situação de sofrimento emocional, parece associado ao baixo investimento em autoconhecimento e ao afastamento de "si mesmo", durante o curso. Nesse ambiente de estresse e pressão constantes, ao qual estão submetidos os estudantes, surgem, junto às dificuldades nas tomadas de decisão e do cuidado das relações afetivas, as condições para o distanciamento dos desejos e necessidades pessoais e sociais.

Muitos participantes referiram queixa persistente sobre a **dificuldade de manejo do tempo** e as frustrações implicadas nesse processo. Este, que costuma ser o mote de todos os que vivenciam os tempos líquidos (Bauman, 2007) atuais, atravessa os estudantes de Medicina, suas escolhas e a exploração das possibilidades do fazer médico.

Dentre os pontos abordados fundamentais da análise, observa-se que os estudantes de Medicina estão inseridos numa graduação de tempo integral, cujo currículo é denso e

complexo, com excesso de conteúdos curriculares (Dyrbye, Thomas & Harper, 2009) e poucas janelas de tempo livre (Rosa, Bubniak, Nunes et al., 1993; Tempski-Fiedler, 2008). A carga horária elevada, somada à oferta de inúmeras atividades extracurriculares fizeram claras as frustrações dos estudantes no âmbito da gestão do tempo. A constatação de que não há tempo suficiente para fazer tudo o que pretendem, e da maneira como gostariam de fazer, parece óbvia, contudo revela, nas entrelinhas, sentimentos de impotência e culpa que podem dificultar a aprendizagem. Deve-se acrescentar a noção de que tais angústias podem ainda ser potencializadas pela vivência acelerada do tempo na contemporaneidade (Bauman, 2001). Desse modo, a pressão temporal é uma realidade contemporânea (Lipovetsky & Charles, 2004) que afere ainda mais robustez na formação do médico, não apenas durante a graduação, mas na educação continuada. Essa observação reflete a realidade de estudantes de Medicina, relatada em outros estudos (Shaw, Wedding, Zeldow & Diehl, 2001).

Soma-se a esta reflexão o fato de que, com a gestão do tempo por urgências, as escolhas já não são realizadas pelos próprios estudantes, pois eles abrem mão de refletir, de entrar em contato com os próprios desejos e princípios para assumirem uma corrida profissional altamente competitiva. Como disse Bauman (2001), inserem-se num tempo de prática de hedonismo disfarçado de livre-escolha.

O problema, entretanto, não é tão simples, se considerada a habilidade dos próprios mestres em lidar com os seus tempos, seus desejos e escolhas durante a vida profissional, uma vez que estão engolfados nas mesmas complexidades contemporâneas de seus estudantes e, muitas vezes, foram, do mesmo modo, assolados pelas pressões temporais e competitivas que fazem parte da realidade da classe profissional.

Sem a orientação apropriada, os estudantes convivem com pendências que se acumulam, e sentem culpa pelo que ainda não fizeram ou pelo que estão deixando de fazer.

Na tentativa de abrandar as lacunas que deixam pelo caminho, podem assumir mais e mais compromissos, apropriando-se de metas inatingíveis de tarefas e conteúdos a serem estudados. A autocobrança, por vezes, é igual ou ainda maior do que a cobrança externa e os níveis de pressão tendem a extrapolar o aceitável. Nesse sentido, a vontade de participar de muitas atividades ao mesmo tempo, que leva o estudante a se habituar com agendamento de dois ou mais compromissos no mesmo horário, passa a ser estimulado, assim como se faz hábito o engajamento superficial e desatento nas múltiplas tarefas assumidas, podendo ocasionar, inclusive, distorções do profissionalismo e da ética. Tal padrão de comportamento, associado à sensação de incompetência e de ansiedade pode agravar a frustração e atingir a autoestima de muitos dos estudantes, e, desse modo, as psicopatologias encontram um terreno propício para se instaurarem (Baldassin, 2010). O *burnout*, os transtornos de ansiedade e a depressão acontecem, assim como a automedicação e a negligência com os cuidados à saúde física (Dahlin & Runeson, 2007; Guthrie, Black, Bagalkote et al., 1998; Mori, Valente & Nascimento, 2012; Tyssen & Vaglum, 2002).

É sabido que os quadros de instabilidade física e mental, bem como a baixa qualidade de vida podem ocasionar prejuízos na empatia (Larson & Yao, 2005) e impactar negativamente a qualidade da assistência aos pacientes (Stewart, Brown, Weston et al., 2010). Nesse sentido, as discussões em torno do tempo livre nos cursos de Medicina auferem relevância, na medida em que também cresce a legião de educadores preocupados com a qualidade de vida e a saúde do estudante da saúde durante a sua inserção no ensino superior (Rosa, Bubniak, Nunes et al., 1993; Tempski-Fiedler, 2008; Paro et al, 2010)

Vê-se que os dados apontam para a importância de que sejam postos em pauta questionamentos em torno da efetividade de uma sobrecarga de conteúdos - nem sempre essenciais, ou que poderiam ser atribuídos à formação do especialista (Dyrbye, Thomas &

Harper, 2009) - quando há tantos outros aspectos a serem desenvolvidos durante o ensino superior. A consideração das dimensões social, física, psicológica e cultural precisaria ser feita durante a elaboração curricular, de modo que os tempos fossem adequados às demandas de desenvolvimento dos estudantes e possibilitassem uma dedicação efetiva ao que é essencial nesse momento da vida. Caso contrário, a falta de tempo livre na agenda dos estudantes poderá ocasionar sérios problemas, que vão da negligência no desenvolvimento de competências exigidas na própria formação às falhas no cuidado da saúde e das relações afetivas, por exemplo.

Em nome da integridade dos profissionais em formação e de seus futuros pacientes, evidencia-se, portanto, a necessidade de uma reflexão em torno do tempo e das escolhas acadêmicas dentro da universidade. Como propõe Freire (2000), deve-se exercitar o "pensar" em torno do tempo, da técnica, do conhecimento, tudo isso enquanto se vive, aprende, conhece. Tal pensamento deve ser questionador e se debruçar sobre as razões mais essenciais que regem as escolhas durante os processos educacionais. De outro modo, sem a reflexão em torno dos propósitos que fundamentam as escolhas profissionais, a tendência é de que uma conduta automatizada, muitas vezes movida pela competitividade, seja instaurada durante a trajetória dos médicos em formação (Shaw, Wedding, Zeldow & Diehl, 2001).

Nesse sentido, em livro publicado por Alves (2011), o médico Moacyr Scliar chama a atenção para o fato de que a sociedade contemporânea é altamente competitiva, o que se evidencia com a ideia de que as pessoas são criadas para serem "vencedoras", em oposição aos *loosers,* conhecidos como os que fracassam na vida. A **competitividade**, associada ao medo do fracasso, foi fortemente mencionada pelos participantes da pesquisa, e colabora com as dificuldades temporais já abordadas, além de contribuir sensivelmente com a fragilização das relações, como explicitam Shaw, Wedding, Zeldow e Diehl (2001).

O temor do mau êxito conduz à competição pelas melhores notas, pelos mais qualificados estágios (Shaw, Wedding, Zeldow & Diehl, 2001), que, não raro, leva ao individualismo e à perda do senso de coletividade (Ramos-Cerqueira, Lima, Torres, Reis & Fonseca, 2005). A extrema preocupação com as notas pode ainda estar relacionada ao hábito adquirido durante o treinamento para entrada no curso médico. De acordo com as evidências de Shaw, Wedding, Zeldow e Diehl (2001), percebe-se que a fixação em boas notas e em ranques de desempenho entre os colegas da própria turma denota-se como um dos estressores comuns aos estudantes de Medicina, não somente no contexto brasileiro.

É, portanto, no panorama de concorrência acirrada que os conflitos emergem naturalmente e, caso não sejam mediados pelos professores, podem se fazer habituais e banalizados pelos estudantes. Impõe-se o seguinte alerta: tendo os próprios docentes sido formados em ambientes competitivos, é fundamental que tenham consciência de uma provável tendência a reforçar a manutenção desse contexto. Portanto, é preciso que os professores sejam capazes de não somente mediar os eventuais conflitos, mas também de fomentar o crescimento coletivo, em vez do brilhantismo individual. É necessário o acompanhamento cauteloso das ligas acadêmicas e outras iniciativas extracurriculares, de modo que estimulem a autonomia crítica e madura, preocupada com a coletividade. Caso contrário, as experiências de aprendizagem perdem o sentido educacional e contribuem com a antítese do que se espera dos profissionais em formação, fomentando relações superficiais, oportunistas e efêmeras.

Uma das possibilidades de se fazer isso nos ambientes de ensino-aprendizagem é por meio da priorização do caráter formativo das avaliações, utilizando-as para identificação e valorização dos potenciais desenvolvidos e das carências de cada estudante, evitando a utilização das notas para elaboração de ranques entre os estudantes de um grupo ou para

julgamento dos “melhores” e “piores” em uma turma. Nesse caso, quando o valor da nota passa a ser mais importante do que o da própria aprendizagem, perde-se a oportunidade de que o estudante aprenda, com a observação do outro e a auto-observação, a aprimorar seu desempenho e preocupar-se com a evolução do desenvolvimento de toda a equipe.

Em suma, a preocupação com as notas individuais deve ser posterior aos cuidados com o desenvolvimento do grupo. Quando apenas o crescimento individual é incentivado no âmbito da vida acadêmica, pode propiciar além do aumento significativo dos níveis de estresse e ansiedade, uma deformação dos princípios vinculados à área da saúde, que envolvem o estabelecimento de relações de cuidado, ajuda e colaboração nos cenários de trabalho e assistência. Assim, o investimento nas relações durante a formação médica é requerido, inclusive entre professor e estudante.

Estabelecer relações interpessoais durante a faculdade de Medicina é ato que, além de sofrer a interferência da competitividade, também é influenciado pelos tempos atuais, caracterizados pela dificuldade de comunicação afetiva e por vínculos mais superficializados e efêmeros (Bauman, 2004). Desse modo, o distanciamento nas relações afetivas pode ocorrer, como constatado nas falas dos estudantes. Deve-se levar em conta a noção de que, quando se está inserido em uma sociedade onde há necessidade de se ter sucesso, sob a ameaça de não se sentir aceito (Scliar *in* Alves, 2011), o sofrimento pela possibilidade de rejeição ou pelos distanciamento das relações pode ser ainda maior, mais intenso.

Quando o **distanciamento nas relações** atinge o binômio professor-aluno, tornam-se reduzidas as possibilidades experienciais de o estudante desenvolver ou aprimorar as habilidades relacionais. Os dados da pesquisa evidenciaram que, na percepção dos estudantes, alguns professores/preceptores parecem sentir necessidade do afastamento e, para isso, se utilizam da arrogância ou se revestem de uma aura de superiorioridade e rigidez como sendo

uma barreira nas relações. De acordo com Guggenbuhl-Craig (2008), as relações de poder existentes nos binômios assimétricos, como é o caso da relação entre o professor e seu estudante, quando desequilibradas, podem causar inibição no desenvolvimento de ambas as partes. No raciocínio autor, um professor arrogante, por exemplo, ao se separar do aprendiz que existe dentro dele, não consegue se aproximar do estudante, e não mobiliza neste o "professor interno" que possui. Dessa maneira, o alunopermanece imaturo e, por vezes, incapaz de se reconhecer como alguém que também possui algo a ensinar. Por outro lado, quando encontra no professor um aprendiz, pode se vincular e desenvolver, em si mesmo, a autonomia para ensinar e atuar.

Nesse sentido, foi percebido que quando há autenticidade e abertura para aproximação com o professor, o estudante entende que há um espaço de confiança no qual é possível compartilhar suas ansiedades e angústias e, desse modo, não se sente sozinho para enfrentar os eventuais percalços da formação. Se, contudo, o docente lançar mão de mecanismos – inconscientes ou conscientes - de afastamento do estudante para sustentar a sua objetividade ou hierarquia, pode ficar associado a um modelo de postura mais rude ou arrogante, como mencionado pelos próprios estudantes. Nesse caso, além de correr o risco de produzir modelos semelhantes na relação com equipes de trabalho e paciente, o professor pode colaborar com as situações de distanciamento relacional e isolamento afetivo dos estudantes (Cruess, Cruess & Steinert, 2008) e, desse modo, expô-lo a situações de **autonomia sem a devida maturidade.**

Uma vez que o desenvolvimento das habilidades relacionais requer a aprendizagem pela experiência na relação, o distanciamento das relações e o isolamento, pode levar à manutenção da imaturidade afetiva, sem a qual se faz ainda mais difícil a aquisição da autonomia no decurso de formação (Jaboby, 1884; Jung, 1971). Como consequência, o

impacto no desenvolvimento da empatia pode ser bastante negativo. Quando tal ocorre, todas as responsabilidades – cognitivas, técnicas e emocionais – atribuídas ao estudante de Medicina desde o início da faculdade, tendem a ficar cada vez mais pesadas e, sem a maturidade necessária, se tornam ainda mais difíceis de serem carregadas com autonomia e eficiência.

Chama a atenção o fato de que, embora as médias da empatia encontradas tenham sido elevadas e equiparadas às médias brasileiras (Paro, 2013), alguns dos estudantes referiram dificuldades no momento em que lhes foi solicitado lidar diretamente com o sofrimento humano. Os discursos mostraram, muitas vezes, insegurança perante o sofrimento humano e medo da aproximação e da abordagem de ajuda nesse contexto. Relatos envolvendo necessidade de acompanhamento e incapacidade de ficar sozinho com o paciente ou de abordá-lo em caso de intenso sofrimento emocional, deixam claro que a angústia, decorrente de imaturidade, permanece nos anos clínicos do curso.

Tal fato sugere que as respostas dos estudantes possam não estar tão congruentes com aquilo que vivem no cotidiano. As altas médias de empatia podem não ser tão fidedignas, visto que a escala autorreferida de empatia (EMRI) e realmente aferido não a realidade pessoal do respondente, mas o seu desejo em satisfazer as expectativas sociais (Paro, 2013). Além disso, é possível que as medidas das dimensões da empatia não necessariamente correspondam à capacidade real de alguém de ser mais ou menos empático, mas sim revele maior ou menor conhecimento a respeito da empatia em suas diversas dimensões. Sendo assim, duas considerações são importantes: uma diz respeito à necessidade da avaliação da empatia por um observador externo, para alem da auto-observação. Estudos já revelaram inclusive medidas distintas da empatia quando feitas da perspectiva do médico e do paciente.

Por isso, em estudos que pretendam avaliar a empatia no contexto da educação, sugere-se que mais de uma perspectiva seja avaliada (Paro, 2013).

A segunda consideração diz respeito à diferença dos níveis de empatia entre os gêneros. Foi descoberto que as mulheres possuem maiores médias de consideração empática do que homens, e eles manifestaram menores médias de angústia pessoal. Os achados correspondem àqueles obtidos por Paro (2013), que também revelam maior consideração empática em mulheres e menor angustia pessoal em homens. Estão ainda em consonância com diversos estudos que revelam maior empatia em mulheres (Berg, Majdan, Berg, Veloski & Hojat, 2011b; Fields, Mahan, Tillman et al., 2011; Hoffman, 1977; Hojat, Glaser, Zu, Veloski & Christian, 1999).

Embora os resultados tenham apontado para maior consideração empática nas mulheres, as falas das estudantes mostraram o quanto a angústia pessoal – também mais elevada em mulheres, conforme a EMRI – pode atrapalhar a capacidade de ser empático. As narrativas de angústia no manejo do sofrimento humano estiveram mais relacionadas às mulheres e sabe-se que esse fator pode interferir negativamente na capacidade empática, como referiram as estudantes ao contarem de suas experiências.

Por outro lado, enquanto demonstraram menor consideração empática, os homens também revelaram menor angústia pessoal. Nos discursos, denotaram maior capacidade de enfrentamento de tais situações, sem reações internas de dor e medo, e mais disposição emocional para estabelecer relação de ajuda com pacientes e famílias em sofrimento intenso. Dessa maneira, pode-se inferir ser provável que homens e mulheres tenham capacidades equivalentes de empatia, apesar das diferenças estatísticas apontadas nas diversas dimensões (Paro, 2013).

Do mesmo modo que ambos demonstraram sensibilidade para o desenvolvimento da capacidade empática, ambos revelaram que as habilidades emocionais e relacionais podem estar sendo negligenciadas durante o período de formação profissional. Percebe-se, desse modo, que a insegurança e a **inibição da autopercepção** se entrelaçam nas falas dos estudantes.

O movimento de "olhar para dentro", no sentido de entrar em contato com as próprias sensações e emoções não se encontra na formação profissional, de acordo com os estudantes investigados. Isso pode ser explicado, em parte, pela prevalência de extrovertidos, que tendem a "olhar para fora" e a se esquivar do mundo interno. Foi possível, contudo, identificar essa dificuldade também em alguns introvertidos. De modo geral, os estudantes acreditam que esse seja um movimento necessário na facilitação da abordagem do outro, entretanto sem o espaço devido na formação médica. Muitas das possíveis justificativas – como o excesso de conteúdo curricular, a ausência de tempo livre, o foco no saber técnico-científico e a ocasionalidade das intervenções humanísticas - já foram, inclusive, relatadas neste capítulo. Com isso, nota-se haver insegurança com relativamente à autopercepção entre os estudantes.

É importante verificar que, se acontecem falhas no nível da autopercepção e da habilidade de autoavaliação crítica, isso pode implicar em dificuldades no reconhecimento das fragilidades pessoais e na condução autônoma e contínua do autodesenvolvimento, ações estas fundamentais no trabalho humano de qualidade (Gardner, Csikszentmihalyi & Damon, 2004).

Em razão da predominância de extrovertidos nos primeiros anos do curso, as práticas de autoavaliação - do exercício de olhar para si durante a formação - mostram-se fortemente indicadas, para que não haja polarização extremada da extroversão, e a consequente

dificuldade de entrar em contato com os próprios valores e princípios mais essenciais no fazer profissional (Sharp, 1936).

Em virtude do sofrimento humano, os estudantes demonstram perceber a complexidade do fazer profissional e as suas carências referentes às capacidades de autopercepção e auto-análise. O perigo do desconhecimento dos sentimentos, emoções e reações pessoais reside no distanciamento dos próprios desejos, limitações e, sobretudo, no embotamento das escolhas profissionais e nos processos de tomadas de decisão, assim, tão solicitados ao médico. Ante a pergunta tão essencial que o médico faz a si mesmo, ainda tão jovem, é preciso saber se voltar para dentro e ter coragem para fitar o que ali está, mesmo que não agrade, conquanto frustre, que diverja das expectativas externas. O não desenvolvimento dessa dimensão estagna a consciência de si, sem a qual a pessoa se distancia de si e passa a desconhecer seus reais desejos, tornando-se dependente dos anseios de outros, ao passo que não se sente reconhecida pelos demais (Jung, 1981).

O professor deveria atuar, então, como mediador dos conflitos evidenciados entre o "si mesmo" do estudante e as tradições culturais e familiares, para possibilitar a integração do sujeito ao coletivo, sem que esse sujeito se anule no processo de ser no mundo (Jung, 1981). Hillman (Von Franz & Hillman, 1990) assinala ser somente quando a educação é iniciada no momento em que o sujeito confia nos próprios sentimentos, sem ter a necessidade de reprimilí-los antes mesmo de conhecê-los. É por isso que se justifica uma educação dos sentimentos na formação do médico, facilitada num contexto de confiança, isento de julgamentos estreitos, moralismos e intolerâncias.

A facilitação da autopercepção emerge, portanto, como fundamental em um contexto social e educacional que costuma inibi-la. Independentemente de como o jovem tenha sido formado por seus pais, do seu grau de resiliência (Howe, Smajdor & Stockl, 2012) ou de suas

características pessoais, Jung (1981), indica a função do professor como ponte para o desenvolvimento psicológico do estudante, como promotora da tomada de consciência de si mesmo.

Os diversos modos de aprender a ser empático – e do desenvolvimento da empatia na formação médica

De acordo com estudantes do tipo Pensamento, as aulas tradicionais e as discussões em torno da resolução de problemas, que levam à síntese dos conhecimentos, contribuíram positivamente com a aprendizagem da empatia. Foi observado também que a tal abordagem dos conteúdos precisa ser multidisciplinar, para possibilitar maior abrangência dos problemas estudados. Expresso de maneira diversa, as aulas tradicionais e discussões teóricas em Medicina devem ser integradas em seus campos científicos ou especialidades, além de articuladas com as Ciências Aplicadas, para que haja maior aprendizagem da empatia, ou do humanismo de modo geral. Deve-se recobrar, contudo, de que a função menos preferida pelos estudantes na amostra estudada foi a função Pensamento, representando menos de 18% dos voluntários. Assim, apenas uma pequena parcela do grupo percebe que, mantendo o foco na dimensão cognitiva, sente que se prepara do modo mais adequado para a abordagem do paciente.

Os estudantes com função principal Sentimento consideraram fundamental a demonstração de interesse do professor pelas questões humanísticas durante a interação com o paciente nos serviços de assistência. Nas suas falas, as intervenções realizadas pelos docentes/preceptores em cada caso, quando inseridos em práticas ambulatoriais ou atividades de aprendizagem à beira do leito, influenciaram positivamente a maneira como

desenvolveram seus modos de abordar os pacientes e aprender sobre empatia. Já entre os participantes de função principal perceptiva– Intuição ou Sensação - sobretudo os introvertidos, o treinamento das habilidades de comunicação inseridas nas práticas de Semiologia Médica foram as melhores formas de aprendizagem da empatia e da relação médico-paciente. Para eles, treinamentos de atendimento médico com pacientes simulados e práticas de *role play* contribuíram para que se sentissem mais seguros na abordagem dos pacientes em contextos reais, mesmo tendo sido levados a enfrentar a difícil barreira da exposição pessoal.

Embora alguns estudantes tenham preferência pelas conferências teóricas, Spiro (1992) explica que a empatia não pode ser unicamente por aulas. Por outro lado, segundo Larson e Yao (2005), o treinamento de habilidades clínicas, mesmo promovendo respostas satisfatórias na relação do médico com o paciente, não garante o desenvolvimento da capacidade empática. Halpern (2003), por sua vez, esclarece que, sendo um construto multidimensional, a empatia carece de estratégias experienciais, além de cognitivas, para que seja possível a aprendizagem do manejo de diversos estados emocionais. A empatia na relação com o paciente não se detém, portanto, à dimensão do raciocínio lógico, mas envolve eventuais emoções e intuições que atravessam o encontro com o outro. Desse modo, para que não haja o afastamento emocional para a execução de um raciocínio clínico unicamente objetivo no atendimento ao paciente e, assim, ocorra o desenvolvimento da empatia, é importante a associação de múltiplos métodos, capazes de alcançar as várias dimensões do construto.

Além disso, deve-se considerar o fato de que a pessoa de tipo Pensamento precisa que a sua função Sentimento seja estimulada e vice-versa. Essa máxima deve ser aplicada aos demais binômios das dimensões da personalidade. Caso o ambiente reforce apenas tendências

unilaterais da personalidade, é possível que a função não abordada no âmbito educacional, permaneça cada vez mais atrofiada, prejudicando a flexibilidade e a adaptabilidade do sujeito às múltiplas situações que possam sugir (von Franz & Hillman, 1990).

Bitran, Zúñiga, Lafuente, Viviani, & Mena (2003) chamam atenção para o fato de que é preciso considerar a diversidade de estilos dos estudantes e, com isso, diversificar as intervenções docentes, com vistas a enriquecê-las. É importante que as diferenças individuais sejam valorizadas e consideradas na Educação Médica, pois é muito vasta a diversidade de especialidades em Medicina. Há, portanto, a necessidade de que pessoas de vários tipos se desenvolvam para dar conta das diversas demandas na assistência à saúde, com igual excelência, podendo ensejar interações em equipes mais produtivas e significativas no campo da aprendizagem das relações humanas. Com efeito, torna-se interessante que abordagens educacionais, como o PBL, considerem a possibilidade de formar grupos de trabalho com o máximo de heterogeneidade possível, de modo que facilitem, inclusive, o desenvolvimento da empatia a partir da interação com vários modos de agir e pensar.

Em quaisquer que sejam as intervenções educacionais, ficou clara nas falas dos estudantes de ambos os tipos - extrovertidos e introvertidos – a ideia de que a ***integração teoria e prática*** é um excelente facilitador da aprendizagem. Foi comum a percepção de que atividades que se integram, com a possibilidade clara da aplicabilidade dos conteúdos, foram de grande importância para o desenvolvimento das habilidades relacionais. Isto porque, à vista dos relatos, a eficácia das diversas estratégias metodológicas é potencializada quando se vive uma experiência relacionada a um raciocínio teórico. Seja na discussão de grupos tutoriais, buscando a solução de um problema baseado na realidade, seja em contato com a abordagem do paciente em cenários simulados ou reais, a inserção dos conteúdos no contexto das experiências ganham outra tessitura, muito mais consistente e significativa. Assim,

quando as diversas estratégias de ensino – que envolvem abordagem do paciente e da comunidade, resolução de problemas e práticas laboratoriais – convergem para o mesmo tema, considerando os aspectos biopsicossociais e suas complexidades, a aprendizagem de uma atitude mais empática é também potencializada.

Tal achado corrobora as idéias de John Dewey (2010), ao demonstrar que uma comunhão entre teorias, materiais, técnicas, práticas, reflexões, sensações e emoções, envolvidas em cada experiência, promove um alcance vivencial capaz de tornar a aprendizagem significativa e integrada. Nesse sentido, Stepien e Baernstein (2006) consideram a aprendizagem pela experiência como via do desenvolvimento empático. É importante que, na experiência, o estudante seja capaz de sentir e pensar acerca do objeto da aprendizagem. Além disso, é fundamental que haja o espaço para o corpo e suas "travessias estésicas"- nas quais o *logos* não se sobrepõe exageradamente, ao ponto de extiguir as dimensões sensíveis e viscerais da experiência vivida (Cavalcante Jr., 2014) .

É interessante, pois, que a integração entre a teoria e a prática possibilite também o contato da objetividade com a subjetividade, com a percepção de si na própria experiência de aprendizagem. De acordo com Halpern (2003), não é possível a neutralidade completa no exercício da empatia clínica e, portanto, é relevante o trabalho em torno dos aspectos experienciais e cognitivos, objetivos e subjetivos dos estudantes, na mesma proporção para o desenvolvimento dessa habilidade. Sob a perspectiva da Educação, todo fazer nos processos de ensino-aprendizagem deveriam estar costurados pela objetividade e a subjetividade, numa relação dialética e indissociável (Freire, 2000).

Os dados mostram o interesse dos estudantes na dimensão subjetiva da experiência, quando as falas revelam a importância do compartilhamento de histórias vividas pelos professores na sala de aula. Saber das memórias, emoções e condutas tomadas pelos

professores nos casos que marcaram suas vidas profissionais parece inserir nas teorias expostas durante as aulas a perspectiva da prática – e a subjetividade. Em consonância com isso, Pedersen (2010) aponta que o ensino das Humanidades no contexto de integração teoria-prática pode ser mais efetivo e profundo. Não obstante à premência da integração entre tais dimensões, contudo, as formações no campo da saúde em geral ainda se esforçam para extrapolar as supostas "objetividades puras" no ensino superior. A tendência, mesmo com o uso de metodologias inovadoras, é a resistência à abordagem das dimensões mais sensíveis, humanas e, sobretudo, subjetivas. Mesmo assim, as tentativas não devem se esgotar, uma vez que a formação da autonomia prevê maturidade e articulação entre o ser subjetivo e o fazer objetivo; e que a empatia, na perspectiva de Handford, Lemon, Grimm e Vollmer-Conna (2013), pode estar mais relacionada à maturidade do que ao treinamento estrito.

De modo geral, os estudantes revelaram que a formação acadêmica contribuiu com o desenvolvimento de suas capacidades empáticas, porém, nalgumas falas, foram evidenciadas as crenças de que a empatia "vem de casa", isto é, que o desenvolvimento da capacidade empática está mais relacionado a fatores anteriores e/ou externos à formação profissional.

Para os extrovertidos, a empatia está associada à predisposição "natural" que algumas pessoas tem às relações interpessoais. De acordo com os participantes, a ***predisposição às relações interpessoais***, considerada um traço de personalidade manifestado precocemente em pessoas empáticas, ou seja, estas seriam interessadas e abertas para as relações com outro desde a infância. Tal abertura ou facilidade de observar e se comunicar com o outro pode ser associada à extroversão. Mesmo sendo, entretanto, a empatia uma extroversão para Jung (1981), isso não implica dizer que tipos introvertidos não sejam capazes de fazer movimentos de extroversão, o que, aliás, pode acontecer com certa frequência. É importante ressaltar que, neste estudo, foram demandadas correlações entre a empatia e os tipos psicológicos, e que os

resultados encontrados mostram apenas uma fraca correlação entre a compreensão empática e a função Sentimento, validando um modelo explicativo da empatia pouco relacionado aos tipos psicológicos e mais vinculado ao gênero, embora pontos ambíguos tenham sido levantados em torno disso.

Nesta investigação, percebeu-se que, embora a personalidade possa contribuir com o desenvolvimento da empatia, não depende completamente dela. De efeito, garantir que para ser empático é preciso ser do tipo sentimento extrovertido ou ainda que determinado estudante tem dificuldade de desenvolver empatia por justificativa de sua função Pensamento ou de sua introversão, pode não ser apropriado. Além disso, é preciso que seja considerada a dinâmica da personalidade, com sua possibilidade de flexibilização de padrões. De acordo com Atkinson, Atkinson, Smith e colaboradores (2002), os traços de personalidade podem ser alvo de influências do ambiente no qual o sujeito interage física e socialmente. Do ponto de vista da psicodinâmica analítica, para Jung (1981), quanto mais o sujeito pode lançar mão de funções psíquicas diferenciadas em determinadas situações, mais adaptável ele é e menos sofrimento psicológico ele está sujeito a experienciar.

Nesse caso, ainda que pessoas mais abertas às relações interpessoais possam exprimir maiores chances de aperfeiçoar habilidades relacionais dentro da formação profissional, isso não significa que aquelas sem esse traço não o possam fazer. Mais ainda, deve-se considerar que situações de aprendizagem podem atuar sobre a potencialização de funções psíquicas inibidas e promover o desenvolvimento delas.

Ainda nesse tema, é preciso falar sobre o caso daqueles que crêem na empatia como herança familiar, abrangendo sua cultura e seus ensinamentos. Trata-se aqui dos relatos dos estudantes do tipo introvertido, que atribuíram o desenvolvimento da empatia ao ***suporte do ambiente familiar***. Nesse ponto, a contribuição familiar, sobretudo nas relações parentais,

parece fundamental no estabelecimento de relações seguras com o mundo e se faz necessária no desenvolvimento da empatia. Jacoby (1984) fala sobre o perceber-se refletido no olhar do outro, inicialmente, no olhar materno. A autora refere ser, por intermédio desse olhar, implicado na relação primordial de confiança e afeto entre mãe e filho, que se constituem a autoconfiança e a autoestima. Na medida em que a mãe vê o filho com importância e admiração, o filho se vê como importante e admirável. Qualquer falha nesse processo pode produzir feridas capazes de abalar intensamente essas instâncias que envolvem a autopercepção (Jung, 1991). É interessante mostrar que as influências do curso de Medicina na aprendizagem da empatia não foram descartadas pelos participantes da pesquisa, no entanto, os papéis dos professores foram relacionados aos papéis dos pais.

Embora as falas dos extrovertidos tenham se direcionado aos traços de personalidade, e os discussos dos introvertidos tenham apontado consideravelmente no sentido da influência parental, de um modo geral, a aprendizagem pela ***convivência com pessoas diferentes,*** durante a formação médica, foi considerada via significativa de desenvolvimento da empatia com suporte na percepção de estudantes introvertidos e extrovertidos.

Para os estudantes, conviver com grupos heterogêneos surge como condição promotora de desenvolvimento no âmbito das atitudes e, especificamente, da empatia. Malgrado o desconforto que possa provocar em pessoas com intensa introversão, por exemplo, o estreitamento de vínculos e as possibilidades de interação com pessoas diferentes pode fazer com que todos tenham a chance de desenvolver capacidades perceptivas. Na intelecção de Zacharias (1995), para que se possa conviver com pessoas de tipos diferentes, é necessário o exercício da paciência, da humildade e, portanto, é solicitado o desenvolvimento de estratégias comportamentais capazes de dar conta das tensões causadas pelas diferenças. Se é preciso formar profissionais empáticos na abordagem de grupos e de indivíduos com os

mais diversos estilos, a utilização de grupos colaborativos heterogêneos parece fundamental nessa realidade.

Assim, na convivência com professores, funcionários, pacientes, comunidades e colegas estudantes, pode haver amplificação da rede de tipos psicológicos com a qual cada profissional em formação interage. Consequentemente, pode haver a ampliação das possibilidades de aprender e de se relacionar, a partir do confronto com modos distintos de agir e julgar a realidade (von Franz & Hillman, 1990). A instituição deve garantir que, na constituição dos grupos de trabalho, em cada uma das estratégias de ensino-aprendizagem, o estudante diversifique e amplie suas teias relacionais, de modo que não permaneça restrito às relações entre grupos homogêneos.

Nesse caso, para o trabalho com grupos heterogêneos, o professor deve estar devidamente preparado, não apenas para mediar possíveis conflitos ou orientar atividades curriculares, mas também há de ser capaz de identificar potenciais e necessidades de desenvolvimento em cada um dos estudantes, de maneira que possa facilitar a produtividade e a efetividade nos processos de ensino-aprendizagem.

As habilidades e características dos docentes se destacaram entre as falas registradas nos grupos focais. Dentre os fatores facilitadores do desenvolvimento da empatia, os mais mencionados pelos estudantes estiveram relacionados ao perfil do professor. As habilidades de fazer ***feedback e avaliações de qualidade***, por exemplo, foram apontadas por estudantes de tipos psicológicos diversos como colaboradores consistentes no desenvolvimento da empatia, da mesma maneira como a negligência nos processos avaliativos foi citada como entrave. De uma maneira geral, os estudantes demonstraram reconhecer os olhares críticos e atentos dos professores como norteadores na boa abordagem do paciente.

De acordo com Jung (1981), a atenção ao cumprimento de regras de condutas rigorosas tem importante função educacional, pois, por seu intermédio, é possível a assimilação de uma uniformidade coletiva. Por conseguinte, ainda de acordo com o autor, o papel do professor reside na mediação das relações entre o "si-mesmo" do estudante e as convenções coletivas, de sorte a não haver embotamento da dimensão pessoal, nem violação das fronteiras coletivas nas tomadas de decisão do profissional em formação. De efeito, o professor pode contribuir solidamente com o desenvolvimento pessoal do estudante, produzindo efeitos bastante benéficos na relação dele com a comunidade e com o mundo por ele vivido.

Considerando-se a perspectiva da educação pela experiência de John Dewey (2010), é dever do professor converter a maturidade proveniente de suas experiências na orientação dos caminhos a serem percorridos pelo estudante. Nesse sentido, somente uma capacidade de percepção bem desenvolvida do educador pode ajudar a organizar as condições de experiência de aprendizagem, de sorte que esta tenha seu máximo aproveitamento.

A maturidade, a criticidade e a presença atenta deveriam vir acompanhadas de qualidades insistentemente evidenciadas nas falas dos estudantes: a ética, a empatia e a humildade. Portanto, a figura do ***professor ético, empático e humilde***, associada ao rigor e à qualidade avaliativa, faz-se aliada essencial na facilitação do desenvolvimento da empatia. A conduta ética do professor está relacionada, não somente, à atuação docente propriamente dita, mas também à maneira com a qual ele conduz as atitudes/relações profissionais com os pacientes, com os colegas e os próprios estudantes. Agrega-se diretamente a essa conduta a humildade diante das experiências educacionais e assistenciais, capaz de fazer com que o professor se perceba e se revele como alguém que também aprende, que pode algumas vezes se achar inseguro, enfrentar barreiras, vale dizer, que carrega condições humanas em suas

vivências. Assim, quando o professor é capaz de perceber a si como um estudante, a empatia entre ele e seus alunos pode se estabelecer mais facilmente. Nesse caso, além de manifestar atitude admirável e acolhedora, o docente permite que os alunos entrem em ressonância empática com ele, de modo que se observam refletidos na imagem do professor e, com isso, se encontram com os mestres que podem vir a ser (Jacoby, 1984). O resultado é o aumento da confiança e da autoestima no desenvolvimento profissional, além do reforço na manutenção dos padrões éticos esperados.

Em consonância com a visão de Jung (1981) sobre a importância da educação pelo exemplo e do professor como ponte para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, Zabalza & Cerdeiriña (2012) apontam que o professor é um modelo inquestionável para a formação atitudinal no ensino superior, pois, apesar dos conteúdos transmitidos serem importantes para os alunos, nada os impacta e arrebata mais do que suas ações. Isso faz com que as experiências vividas pelos docentes perante seus alunos sejam revertidas em experiências formativas dos próprios estudantes. Dessa maneira, a convivência com professores/médicos capazes de desenvolver estratégias para lidar com os desafios da profissão, sem perder a sensibilidade e a capacidade empática, pode "ensinar" possibilidades de manter perpétuos, na prática profissional, o pensar, o sentir e o agir integrados no cuidado à saúde. Sendo assim, parece relevante que, em todos os momentos do curso, o estudante depare modelos de docentes norteados por princípios estruturantes da prática profissional ética e humana, sobretudo ante a constatação de Crues, Crues e Steinert (2008) de que os *role models* tem proporcionado mais impacto negativo do que positivo na educação médica.

Não deveria então caber aos responsáveis pela formação dos professores/profissionais da saúde, o acompanhamento empático-ético-crítico, trasnposto ao fazer-se bom modelo na atenção ao paciente? Se é preciso, pois, preparar o estudante não para se adequar à realidade,

mas para transformá-la ante a constatação de mudanças, impõe-se a existir um professor crítico, cuja identidade docente está delineada em princípios igualmente éticos e humanísticos.

PARTE IV

Conclusão

Para finalizar, são destacadas as principais conclusões deste trabalho sobre o desenvolvimento da empatia em estudantes de Medicina, considerando seus tipos psicológicos.

De acordo com o que foi visto, para que haja o desenvolvimento da empatia médica, é necessário que o desenho curricular considere um eixo humanístico-profissional, intimamente articulado com a dimensão técnico-científica, e que as competências que compõem o perfil do médico a ser formado sejam trabalhadas e avaliadas integralmente, de modo que conhecimentos, habilidades e atitudes estejam igualmente valorizados em todos os contextos profissionais.

Considerando que o perfil do corpo de alunos tende a ser heterogêneo quanto aos tipos psicológicos, e que cada um dos tipos possui demandas distintas de desenvolvimento, maneiras de perceber, julgar e agir diante do mundo, é fundamental que se faça uso de múltiplas metodologias de ensino-aprendizagem, de sorte que todos sejam, de fato, incluídos no processo de formação, com oportunidades semelhantes de desenvolvimento pessoal e profissional. Metodologias como conferências, grupos tutoriais, práticas laboratoriais, atividades em situações reais e simuladas – com equipamentos tecnológicos de simulação ou pacientes simulados - *role play*, dentre outras, demonstraram ter eficácia no ensino-aprendizagem acerca da ética e do profissionalismo, a depender do tipo psicológico do estudante e da abordagem integradora do professor.

A convivência com pessoas diferentes, em termos de personalidade, surgiu como elemento facilitador no desenvolvimento da empatia, tornando as atividades de aprendizagem em grupos heterogêneos algo vigorosamente desejável. Nesse sentido, é interessante que os cursos que se utilizam da abordagem baseada em problemas, em grupos tutoriais, encontrem meios de possibilitar a organização de grupos de trabalhos com diferentes tipos psicológicos,

na medida do possível, dando oportunidade, ao máximo, à convivência e ao trabalho com pessoas de estilos diferenciados.

A constatação de que as medidas de empatia em diversos momentos do curso não foram objeto de alterações significativas é importante, pois pode revelar que o processo de formação talvez não atinja o objetivo de desenvolvimento da empatia, embora haja carência de estudos longitudinais para que tal afirmação seja feita. No estudo qualitativo, todavia, os estudantes de ambos os tipos, introvertidos e extrovertidos, referiram acreditar que a formação acadêmica interefere, sim, no desenvolvimento de suas empatias, por meio do ambiente, das metodologias e das relações humanas na universidade, sobretudo, mediante relações com os professores. É importante dizer que a atuação do professor evidenciou-se como ponto-chave no desenvolvimento da empatia nos discursos dos estudantes.

Note-se ainda que, além do curso de Medicina, outras contribuições, externas ao meio acadêmico, foram mencionadas: enquanto os estudantes introvertidos vincularam o desenvolvimento da empatia às influências familiares, os extrovertidos consideraram que as predisposições pessoais para relacionamentos interpessoais fossem mais determinantes nesse processo, ou seja, os traços de personalidade seriam os facilitadores da empatia.

Destaca-se, também, o fato de que os estudantes de tipos psicológicos diferenciados mostraram altas médias de empatia, e que não houve correlações fortes entre as dimensões da empatia e os tipos de personalidade. Isso conduz ao entendimento de que, independentemente do tipo psicológico, se pode realmente ter um profissional empático. Portanto, o investimento no desenvolvimento da empatia em cada estudante é válido e pode trazer resultados positivos.

De modo geral, ficou claro que, se é preciso formar profissionais empáticos, faz-se necessário repensar programas de treinamento e desenvolvimento de professores, além de rever os modos de seleção e recrutamento desses professores. É mister que o desenvolvimento

docente tenha como foco a identidade médica/docente e a instrumentalização do professor no âmbito das avaliações das atitudes, do profissionalismo e da autopercepção, fatores esses recorrentemente mencionados durante os grupos focais.

Como limitação do estudo identificou-se o fato de que a amostragem da primeira fase tenha se dado por conveniência, embora nenhum dos estudantes haja se recusado a participar e todos eles tenham sido abordados conjuntamente, em suas salas de aula de origem, de modo que apenas não participaram aqueles que, por outra razão, haviam faltado à aula no dia em que se processou a abordagem.

A transversalidade do estudo, foi outra limitação encontrada, pois limita a compreensão da aprendizagem, do desenvolvimento da personalidade e da empatia, ocorrentes ao longo do tempo.

Os instrumentos utilizados também expressam limitações. No caso da EMRI, a possibilidade de interferência da desajabilidade social mostrou-se como fator prejudicial para alcance da realidade dos respondentes. A avaliação da empatia parece ser mais eficaz quando também realizada por outro observador que vai minimizar o viés. Portanto, sugere-se que estudos futuros procurem associar a medida autorreferida a outros tipos de avaliação, com o escopo de obter precisão na observação da realidade. No caso do QUATI, a inexistência do instrumento em outras línguas impossibilita os estudos transculturais e o caráter ipsativo da escala dificulta as análises estatísticas por meio da teoria clássica, mais frequentemente utilizada. É indicado, entretanto, o aperfeiçoamento do instrumento que demonstrou forte validade de construto divergente e representação fidedigna da teoria utilizada na estruturação do teste. Por se tratar de um veículo que envolve a explicação da personalidade numa perspectiva dinâmica, transposta à medida de traços, torna-se ideal para a aplicação em

situações de pesquisa que também pretendem contribuir diretamente com o desenvolvimento do sujeito investigado, como é frequente no campo da Educação.

Deve-se dizer, ainda, que a metodologia mista utilizada nesta investigação se revelou como enorme desafio. Os fatores tempo, custo e recursos tecnológicos foram complicadores do processo e representaram, muitas vezes, dificuldades a serem superadas. Os pontos positivos, no entanto, que envolveram o estabelecimento das redes de colaboração entre pesquisadores com diversos referenciais – quantitativo e qualitativo - bem como a ampliação de entendimento do fenômeno pela integração dos dados, sobrepuseram às dificuldades trazendo ganhos experienciais e científicos incalculáveis para os envolvidos no trabalho.

Portanto, apesar de tais limitações, acredita-se que o estudo tenha contribuído com as reflexões em torno da empatia na formação médica, além de ter proporcionado uma experiência de pesquisa bastante rica, quando da integração das abordagens qualitativa e quantitativa.

Feitas as considerações, assume-se que futuras pesquisas no campo da Educação Médica, tendo como objeto o professor, seu tipo psicológico e sua formação configura-se como assinaladamente necessárias, e que a interlocução da Psicologia com a Medicina no contexto da Educação enseja inúmeras possibilidades a serem exploradas no contexto do tema sugerido. Parece fundamental que o diálogo interdisciplinar se estabeleça mais intensivamente tanto na pesquisa, quanto na intervenção docente.

A seguir, adita-se, como complemento às conclusões deste trabalho, uma breve reflexão, alargada para as profissões da saúde, com base no que foi percebido como ponto essencial ao desenvolvimento da empatia em estudantes: a necessidade do desenvolvimento da empatia entre os professores da saúde.

Da anestesia à estesia na Educação para as profissões da saúde

A anestesia, do grego *anaesthesis* - *a(n)* + *aesthesis* - traduz-se, em sua etimologia como ausência da *aesthesis,* ou seja, da estesia, da capacidade de sentir (Houaiss & Villar, 2001). A anestesia, como perda da sensibilidade, inevitavelmente, inviabiliza a empatia, cujo conceito, conforme exposto anteriormente, enraíza-se na *Einfühlung* – capacidade de "sentir com". Considerados, então, os tempos de anestesia, de mecanização do homem, distanciamento dos sentidos e do sensível, que medidas poderiam ser tomadas para que seja integrada a dimensão da sensibilidade em todo um campo que pretende lidar com o cuidado? Que ações poderiam ser empreendidas para o desenvolvimento da empatia na formação do profissional da saúde?

Não se pode esboçar uma fala acerca de possíveis respostas a essas indagações sem antes haver o devido reconhecimento aos que, na última década, se empenham justamente na solução deste desafio, pois observa-se que o número de profissionais da saúde e educadores, alguns dos quais citados nesta tese, é significativo e cresce a cada ano. Portanto, cabe a ressalva de que a sensibilidade e a humanidade não deixam de atravessar os profissionais da saúde, em quaisquer que sejam as suas áreas de atuação, educacional, assistencial ou da gestão. Ocorre que, com elevada frequência, o sensível na atenção à saúde faz-se disfuncional e provocador de sofrimento intenso àqueles que sentem, mais do que de geradora de empatia ou contentamento, o que suscita, mediante o emprego dos mecanismos de defesa, evitação ou bloqueio dos sentidos. No enfrentamento de suas dores, os inquietos pensam e/ou agem no sentido da transformação da realidade e é assim que se desenrolam as estratégias mais efetivas contra a ruptura das relações humanas na Educação para os profissionais de saúde.

Desse modo, alternativas interessantes, criativas e produtivas são empreendidas no campo da Educação Médica para a formação de um ser profissional mais hábil a fim de que dê conta da complexidade da saúde humana; e a necessidade de uma formação integral do ser médico, que inclua conhecimentos, habilidades e atitudes, mobiliza o desenvolvimento de estratégias cada vez mais inclusivas e capazes de abranger as múltiplas formas de aprendizagens dos estudantes, através de inovações nos desenhos curriculares e metodologias de ensino-aprendizagem.

Como relatado nos resultados da pesquisa, um currículo que traz em seu cerne temas humanísticos, mostrados longitudinalmente em um contexto de integração teórico-prática - no qual é possível uma reflexão sensível, que transpõe as discussões de casos clínicos aos estudos anatomofuncionais em laboratório - passando pelo treinamento das habilidades em ambientes simulados e também reais, pela interlocução com o paciente e a comunidade, além das conferências de expertises – pode contribuir com desenvolvimento da empatia do médico em formação. Tal contribuição parece potencializada pela natureza do método, que proporciona a convivência em pequenos grupos de trabalho heterogêneos, facilitados por um tutor, e compostos primordialmente para o cumprimento de objetivos de aprendizagem comuns - voltados para a solução dos problemas elaborados com arrimo na realidade.

No campo delineado, a atenção para ações que intervenham no contexto da vida do estudante, e sua articulação com a formação, são igualmente importantes. Aqui se inserem a necessidade de valorização dos processos de aprendizagem, além dos resultados; o aprofundamento das relações e o conhecimento de si e do outro - em detrimento de uma competitividade cega e de ações automáticas, não refletidas - que resultariam em escolhas mais assertivas, em uma redistribuição do tempo mais equânime entre as instâncias da vida,

no amadurecimento pessoal e, quem sabe, no autocuidado e no consequente cuidado mais efetivo do mundo.

Neste ponto, chega-se ao aspecto considerado central nos resultados da investigação. Conquanto a intenção inicial tenha sido a de sugerir reflexões capazes de contribuir com o desenho de um modelo de intervenção no currículo de formação médica, as evidências apontaram para o fato de que uma proposta que pretenda avançar no desenvolvimento da empatia deverá reorientar seu foco, antes de mais nada, para os responsáveis diretos pela orientação do estudante durante sua vida acadêmica - os docentes. No conteúdo explicitado nas falas dos estudantes, destacou-se o papel fundamental do professor como facilitador do desenvolvimento da empatia. Destarte, ante a profusão de meios para o desenvolvimento dos estudantes, emerge a demanda de um modelo de intervenção que almeje contribuir com a formação de um docente capaz de fazer uso efetivo da riqueza de ferramentas pedagógicas já disponíveis. Faz-se necessário, outrossim, formar o professor empático, para que ele mesmo se reconheça como a ferramenta essencial no processo de construção do "ser" profissional da saúde.

O grande entrave imposto é o seguinte: um corpo docente constituído de profissionais de saúde - quase que completamente formados nos métodos tradicionais de ensino, em tempos referenciados pelo modelo biomédico, pela hipervalorização do tecnicismo e a desvalorização do sensível - deverá formar um corpo profissional no modelo centrado no paciente, considerando uma postura empática, que dê conta do uso da razão sensível para a abordagem integral da pessoa. Mais do que isso, é dada ao educador embrenhado na hipermodernidade do consumo desenfreado, da competitividade e da superficialização das experiências, a tarefa desafiadora de formar pessoas capazes de manejar relações autênticas, num tempo democraticamente dividido entre o autocuidado e o cuidado do outro. Ora, parece justo exigir

desse professor as habilidades prontas para lidar com uma tarefa educacional de tamanha complexidade? É razoável considerar que o professor deve ser cobrado por algo para o qual não foi preparado em toda a sua formação profissional? O fato é que as expectativas de uma ação docente efetiva para o desenvolvimento pessoal dos estudantes, no âmbito do ensino superior, costumam ser consideravelmente maiores do que as oportunidades oferecidas para que os próprios docentes se desenvolvam como pessoas imersas no ato de educar.

De acordo com as percepções dos estudantes, o docente que está plenamente presente no contexto do ensino-aprendizagem, imerso nessa experiência de forma empática, de modo que percebe a atuação do estudante em termos cognitivos, emocionais e atitudinais; avalia tais condutas minuciosamente e intervém, sempre que necessário; com postura ética e profissional, humildade e interesse continuado pela própria aprendizagem, é o modelo que desenvolve empatia durante o curso universitário. Tais percepções vão ao encontro daquilo que pesquisadores do campo da Educação e da Psicologia já haviam observado: aprende-se a ser, em grande parte, pelos modos de ser com os quais se convive.

Para que seja trabalhada essa dimensão do "ser" docente em Medicina, propõe-se que os programas de formação de professores passem a abordar, também em sua longitudinalidade, os aspectos aqui delineados e reforçados pelos colaboradores como fundamentais para um ser empático. Espelhando na imagem do professor aquilo que é requerido do estudante na relação com seus pares e seus pacientes – que ele seja capaz de se colocar no lugar do outro, sentir e conhecer o mundo a partir da percepção deste outro, sem julgá-lo, mas em contato com suas referências internas para, então, agir no sentido de ajudá-lo – podem ser esboçadas as premissas norteadoras de formação docente para a empatia.

Por conseguinte, é interessante que ações para o desenvolvimento docente, empenhadas em desenvolver empatia, tenham como base múltiplas experiências estéticas,

reflexivas e significativas de ensino-aprendizagem, sobre as quais se erguem três faces dialógicas inter-relacionadas: a construção de uma *identidade docente*, o *refinamento perceptivo* voltado para o mundo (extrovertido), e para si mesmo (introvertido). É justamente no ponto de confluência entre a *identidade*, a *percepção do mundo* e a *autopercepção* que se localiza o ser empático, que transforma e é transformado pela experiência reflexiva. O diagrama a seguir ilustra a síntese do modelo esboçado (Figura 6).

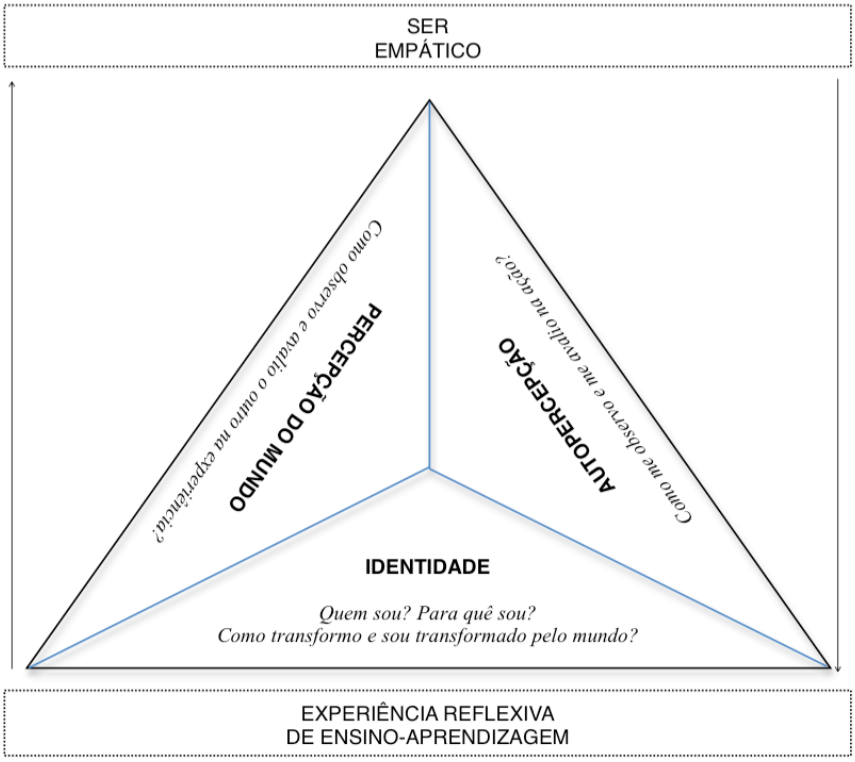


Figura 6: Diagrama do modelo para desenvolvimento da empatia em docentes no ensino superior.

Da construção da identidade docente

Na dimensão da *identidade*, é tarefa central a facilitação do contato do profissional com ele mesmo, seus potenciais, limitações e possíveis vias de transformação. Em termos práticos, nessa instância, o professor é levado a se questionar sobre seus propósitos, sonhos, função social ou, mais objetivamente, conduzido para uma tomada de consciência acerca de seus modos de aprender e ensinar. Cabe, nesse momento, a utilização de instrumentos

educacionais e, fundamentalmente, psicológicos, a exemplo do QUATI, do MBTI e de tantos outros, capazes, não de determinar, mas de instigar o aprofundamento de uma reflexão sobre si mesmo, aliada aos estímulos reflexivos contextualizados na sociedade, na instituição e no próprio programa de formação.

Inicialmente, deve ser concedida ao profissional a chance de conhecer as razões mais íntimas e, ao mesmo tempo, mais universais que o levam a assumir a função docente, e ainda, a oportunidade de reconhecer em si mesmo as vias possíveis de transformação de si e do mundo. Mesmo que já demonstre conhecer alguns desses aspectos, outras novas reflexões nesse sentido, ainda que se sobreponham a processos anteriores, não se fazem repetitivas, e sim meios de amplificação do contato consigo mesmo, pois o ato de construção de si é inesgotável e perpétuo, como deve ser igualmente o ato de olhar para si. É substancial dizer que esse processo de se debruçar sobre a própria identidade profissional ecoa, em última instância, em uma contemplação maior de si mesmo, que envolve todas as demais dimensões abarcadas pelo sujeito – traz à tona o eu-filho, eu-irmão, eu-cidadão, eu-pai, eu-mãe, eu-homem, eu-mulher, eu-cuidador etc. Assim, deve-se iniciar e manter a busca do sentido de um eu-professor, que se integre aos demais, traduzindo-se em um eu inteiro, congruente e ético, que transcende às cisões funcionais.

Da percepção do mundo

Imbuído de sua identidade, sugere-se então que o docente seja confrontado com seus modos de *percepção do mundo*. É sugerido o fomento de reflexões que respondam às seguintes perguntas: através de que lentes vejo o mundo? Que funções psicológicas, que referenciais me permitem avaliar o estudante e o contexto da experiência de ensino-aprendizagem? Nessa dimensão, essenciais são os estímulos que visem a desenvolver as

formas com as quais o professor analisa a realidade do outro e que possibilitem a identificação de possíveis distorções dessa realidade. Para isso, a implantação de múltiplos métodos de avaliação que possibilitem a validação da percepção do docente pelo próprio docente parece uma alternativa interessante. Nesse caso, a avaliação do desempenho do estudante pelos pacientes, pelas instituições de assistência à saúde, por outros docentes e pelo próprio estudante poderiam ser confrontadas com a percepção do professor, dando ensejo a ótimos dados para a sua meta-avaliação.

Da autopercepção

Para sedimentar esse movimento perceptivo, nada parece mais relevante do que o desenvolvimento da capacidade de autopercepção do professor na sua ação docente. Cabe aqui, com o propósito da elaboração de um saber-fazer profissional, integrado e transformador, o debruçar-se sobre si mesmo no âmbito da atuação como educador, em torno de questões como: "Como manejo minhas relações e desenvolvo estratégias para superar eventuais conflitos ou desgastes afetivos? Que mecanismos conscientes/inconscientes podem estar envovidos nesse processo? O quanto me situo como mestre e o quanto ainda posso me perceber como aprendiz na experiência docente? O quanto tenho sido plenamente empático nas minhas relações?".

Para abrangência desta e das demais dimensões, os desenhos de programas de formação docente poderiam ser atravessados pelo caráter experiencial, estético, critico e reflexivo, com robusto eixo de desenvolvimento pessoal, considerando-se a ampliação de espaços de conviência afetiva entre pares e o tempo para contemplação assitida do entorno relacional no ambiente de trabalho. Portanto, o retorno ao ato de filosofar e de imaginar em

volta do encontro consigo e com o outro, talvez seja uma alternativa capaz de mobilizar novos modos de ser mais sensíveis, inteiros e genuinamente humanos na saúde.

Referências bibliográficas

Adam, J., Bore, M., McKendree, J., Munro, D., & Powis, D. (2012). Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behaviour? An exploratory prospective cohort study. *BMC Medical Education, 12*(69).

Ahrweiler, F., Neumann, M., Goldblatt, H., Hahn, E. G., & Scheffer, C. (2014). Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Medical Education, 14*, 122. doi: 10.1186/1472-6920-14-122

Alves, R. (2011). *Rubem Alves & Moacir Scliar conversam sobre o corpo e a alma: uma abordagem médico-literária*. Campinas, SP: Saberes Editora.

Amoretti R. (2005). A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 29(2), 136 -146.

Anastasi, A. (2003). *Testes psicológicos*. São Paulo, SP: Editora Pedagógica Universitária.

Anastasiou, L. G. C. & Alves, L. P. (orgs.). (2003). *Processos de ensinagem na universidade*: pressupostos para as estratégias do trabalho em aula. Joinvilie, SC: Editora Univille.

Atkinson, R. L, Atkinson, R. C. Smith, E. I, Bem, D. J. & Nolen-Hoenksema, S. (2002) *Introdução à Psicologia de Hilgard*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Ausubel, D.P. (1982). *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo, SP: Moraes.

Baldassin, S. (2010). Ansiedade e depressão no estudante de medicina: Revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, *6*, 19-26.

Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). Lisboa, Portugal.: Edições 70.

Barros, P. S., Falcone, E. M. O., &, Pinho, V. D. (2011). Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP), 18*(1), 36-43.

Batson, C. D., Duncan, B., Ackerman, P., Buckley, T., & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, *40,* 290-302.

Batson, C. D., Fultz, J. & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55(1),19-39.

Bauman, Z.(2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Bauman, Z.(2004). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Bauman, Z. (2007). *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Behar, R. (2001). *The vunerable observer: Antrophology that break your heart.* Boston, MA: Beacon Press.

Bell, M. A., Wales, P. S., Torbeck, L. J., Kunzer, J. M., Thurston, V. C., & Brokaw, J. J. (2011). Do Personality Differences Between Teachers and Learners Impact Students' Evaluations of a Surgery Clerkship? *Journal of Surgical Education, 68*(3), 190-193. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2011.01.003

Bensing, J., Schreurs, K., & Rijk, A. D. (1996). The role of the general practitioner's affective behaviour in medical encounters. *Psychology & Health, 11*(6), 825-838. doi: 10.1080/08870449608400278

Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011). Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine, 86*(8), 984-988. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182224f1f

Bitran, M., Zuniga, D., Lafuente, M., Viviani, P., & Mena, B. (2003). Psychological types and learning styles of students entering medical school at the Pontificia Universidad Cat olica de Chile. *Revista Medica de Chile, 131*(9), 1067-1078.

Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia* (3ªed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Bryman, A. (2007). Barriers to integrating quantitative and qualitative research. *Journal of Mixed Methods Research,1*(8), 8-22.

Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 441-449. doi: 10.1037/0022-006X.60.3.441

Burton, K., & Wong, I. (2004). A force to contend with: the gender gap closes in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal, 170*, 1385 - 1386.

Calabrese, L. H., Bianco, J. A., Mann, D., Massello, D., & Hojat, M. (2013). Correlates and changes in empathy and attitudes toward interprofessional collaboration in osteopathic medical students. *Journal of American Osteopathic Association, 113*(12), 898-907. doi: 10.7556/jaoa.2013.068

Carmel, S., & Glick, S. M. (1996). Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine, 43*(8), 1253-1261. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00445-9

Cattell, R. B. (1966). *The scientific analysis of personality*. Chicago, IL: Aldine.

Cavalcante Jr., F. S. (org.) (2005). *Ler e escrever podem custar um mundo: 10 anos de práticas de letramentos* (v.1). Fortaleza, CE: Universidade de Fortaleza.

Cavalcante Jr., F. S. (2014). *Corpos anárquicos*. Curitiba, PR: Editora CRV.

Chan, W. (2003). Analyzing ipsative data in psychological research. *Behaviormetrika, 30*(1), 99-121.

Clack, G. B., Allen, J., Cooper, D., & Head, J. O. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Medical Education, 38*, 10. doi: 10.1046/j.1365-2923.2004.01752.x

Clucas, C., & Claire, L. S. (2011). Influence of patients' self-respect on their experience of feeling respected in doctor–patient interactions. *Psychology, Health & Medicine, 16*(2), 166-177. doi: 10.1080/13548506.2010.542168

Coelho-Filho, J. M., Soares, S. M. S., & Sá, H. L. d. C. e. (1998). Problem-based learning: application and possibilities in Brazil. *Sao Paulo Medical Journal, 116*, 1784-1785.

Coelho Jr., N. E. (2004). Ferenczi e a experiência da Einfühlung. *Ágora, VII*(1), 73-85.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nded.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Costa, F. D. d., & Azevedo, R. C. S. d. (2010). Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: Um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica, 34*(2), 9.

Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative approaches to research* (2nded.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson Education.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ªed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nded.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cronbach, L. J. (2004). *My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures*. Los Angeles, CA: Stanford University/University of California.

Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2008). Role modelling—making the most of a powerful teaching strategy. *British Medical Journal, 336*(7646), 718-721. doi:10.1136/bmj.39503.757847.BE

Cunha, M. A. B., Neves, A. A. F., Moreira, M. E., Hehn, F. J., Lopes, T. P., Ribeiro, C. C. F., & Watanabe, A. P. F. (2009). Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica, 33*(3). doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300002

Dahlin, M. E., & Runeson, B. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medical Education, 7*, 6. doi: 10.1186/1472-6920-7-6

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10,* 85.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113-126.

Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, WI: Brown and Benchmark Publishers.

Davis, M. (2006). Empathy. In J. Stets & J. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (pp. 443-466). New York, NY: Springer US.

Dehning, S., Girma, E., Gasperi, S., Meyer, S., Tesfaye, M., & Siebeck, M. (2012). Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical

students in Jimma University, Ethiopia: Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Medical Education, 12*(34). doi: 10.1186/1472-6920-12-34

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho* (5ªed). São Paulo, SP: Cortez.

del Barrio, V., Holgado, F. P., & Carrasco, M. Á.. (2012). Dimensionalidad de la empatía y su relación com depresión, agresión y prosocialidad. *Revista de Psicología y Educación, 7*(2), 49-67.

Dewey, J. (1980). A arte como experiência. In *John Dewey*. São Paulo, SJ: Editora Abril.

Dewey, J. (2010). *Experiência e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Kenny, D. T. (1995). Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychology & Health, 10*(5), 427-437. doi: 10.1080/08870449508401961

DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology, 5*(6), 581-594. doi: 10.1037/0278-6133.5.6.581

Duarte Jr., J-F. (1988). *Fundamentos estéticos da educação. (*2ª ed). Campinas, SP: Papirus.

Duarte Jr., J-F. (1999). *Intinerário de uma crise*: *a modernidade*. (2ªed). Curitiba, PR: Editora da UFPR.

Duarte, J-F., Jr. (2001). *O sentido dos sentidos*: A *educação (do) sensível* (3ªed.). Curitiba, PR: Criar Edições.

Duarte, J-F., Jr. (2003). *O que é beleza*: *Experiência estética*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Dubnicki, C. (1977). Relationships among therapist empathy and authoritarianism and a therapist's prognosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(5), 958-959. doi: 10.1037/0022-006X.45.5.958

Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M. R., . . . Shanafelt, T. D. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Medical Education, 44*(10), 1016-1026. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03754.x

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Harper, W., Massie, F. S., Jr., Power, D. V., Eacker, A., . . . Shanafelt, T. D. (2009). The learning environment and medical student burnout: A multicentre study. *Medical Education, 43*(3), 274-282. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03282.x

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., . . . Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine Journal, 149*(5), 334-341.

Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine, 81*(4), 354 - 373.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49. doi: 10.1037/a0022187

Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related

behaviors. *Psychological Bulletin, 101*(1), 91-119. doi: 10.1037/0033-2909.101.1.91

Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds). (1990). *Empathy and its development*. Cambridge, MA: University Press.

Espírito, A. C. O., & Castro, P. F. (2012). Avaliação da Tipologia Psicológica Observada em uma Amostra de Estudantes de um Curso de Psicologia. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 5*(1), 86-107.

Esteban, M. P. S. (2010). *Pesquisa qualitativa em educação: Fundamentos e tradições*. Porto Alegre, RS: AMGH.

Eysenck, H. J. (1956). *The structure of human personality*. New York, NY: Wiley.

Falcone, E.M.O. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In R.C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. (pp.211-221). Santo André, SP: SET.

Falcone, E.M.O. (2001). Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In H.J. Guilhardi; M.B.B.P. Madi; P.P. Queiroz; M.C. Scoz (Eds.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. (pp.195-209). Santo André: ESETEC.

Feba, F., & Marques, S. (2010). Perfil de personalidade do médico cirurgião e do médico pronto-socorrista: Um estudo exploratório. *Psicólogo in Formação, 14*, 44-69.

Felder, R. M. & Brent, R. (2001). Effective strategies for collaborative learning. *J. Cooperation and Collaboration in College Teaching*. *10*(2), 69-75.

Felder, R. M., Felder, G. N., & Dietz, E. J. (2002). The effects of personality type on engineering student performance and atitudes *Journal of Engineering Education, 91*(1), 3-17.

Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Pessoa, F. *O livro do desassossego*: Composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. (3ªed.). São Paulo, SP: Companhia das Letras

Field, A. (2009). *Discoveing statistics using SPSS* (3rded.). London, UK: Sage.

Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider--student version. *Journal Of Interprofessional Care, 25*(4), 287-293. doi: 10.3109/13561820.2011.566648

Finn, S. E. (2009). The many faces of empathy in experiential, person-centered, collaborative assessment. *Journal of Personality Assessment, 91*(1), 20-23. doi: 10.1080/00223890802483391

Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Formiga, N. S., Rique, J., Galvao, L., Camino, C., Mathias, A., & Medeiros, F. (2011). Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal - EMRI: Consistência estrutural da versão reduzida. *Revista de Psicologia de Trujillo(Perú), 13*(2), 188-198.

Forrest, D. V. (2011). Teaching affect recognition to medical students: evaluation and reflections. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 32*(2), 229-241.

Francis, L. J., Craig, C. L., & Robbins, M. (2007). The Relationship between Psychological Type and the Three Major Dimensions of Personality. *Current Psychology, 25*(4), 257-271.

Freire, P. (2001). *Pedagogia dos sonhos possíveis.* São Paulo, SP: Editora UNESP.

Freire, P. (2005). *Pedagogia do Oprimido* (42ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.

Freire, P. (2000). *Pedagogia da indignação*. São Paulo, SP: Editora UNESP.

Friedman, C. P., & Slatt, L. M. (1988). New results relating the Myers-Briggs Type Indicator and medical specialty choice. *Academic Medicine, 63*(4), 325-327.

Furnham, A. (1996). The big five versus the big four: the relationship between the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) and NEO-PI five factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 21*(2), 303-307. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(96)00033-5

Gardner, H.; Csikszentmihalyi, M. & Damon, W. (2004). *Trabalho qualificado: quando a excelência e a ética se encontram*. Porto Alegre, RS: Artmed/Bookman.

Giaxa, R. R. B. (2006). *Aprendendo a ser cientista-artista.* (Dissertação de Mestrado). Fortaleza, CE: Universidade de Fortaleza..

Gibbs, G. R. (2002). *Qualitative data analysis: Explorations with NVivo*. Buckingham, UK: Open University Press.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*(3), 351-374. doi: 10.1037/a0018807

Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment, 4*(1), 26-42. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.26

Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2001). Biotechnology and ethics in medical education of the new millennium: Physician roles and responsibilities. *Medical Teacher, 23*(4), 371- 377.

Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2012). Medical education, social accountability and patient outcomes. *Medical Education, 46*(1), 3-4. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04157.x

Guggenbuhl-Craig, A. (2008). *O abuso do poder na psicoterapia: E na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério* (2ªed.). São Paulo, SP: Paulus.

Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M., & Creed, F. (1998). Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. *Journal of The Royal Society of Medicine, 91*(5), 237-243.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine, 18*(8), 670-674. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x

Hamamoto Filho, P. T. (2011). Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *35*(4), 535-543.

Handford, C., Lemon, J., Grimm, M. C., & Vollmer-Conna, U. (2013). Empathy as a function of clinical exposure--reading emotion in the eyes. *PLoS One, 8*(6), e65159. doi: 10.1371/journal.pone.0065159

Hanson, R. A., & Mullis, R. L. (1985). Age and gender differences in empathy and moral reasoning among adolescents. *Child Study Journal, 15,* 181-188.

Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel: a controlled study of empathy in psychotherapists. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(4), 277-281. doi: 10.1097/01.nmd.0000253794.74540.2d

Hemmerdinger, J., Stoddart, S., & Lilford, R. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education, 7*, 24. doi:10.1186/1472-6920-7-24

Hekmat, H., Khajavi, F., & Mehryar, A. H. (1975). Some personality correlates of empathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(1), 89. doi: 10.1037/h0076295

Hirsch, E. M. (2007). The role of empathy in medicine: a medical student's perspective. *Virtual Mentor, 9*(6), 423-427.

Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin, 84*(4), 712-722. doi: 10.1037/0033-2909.84.4.712

Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal Of Health And Human Services Administration, 31*(4), 412-450.

Hojat, M., Callahan, C. A., & Gonnella, J. S. (2004). Students' personality and ratings of clinical competence in medical school clerkships: A longitudinal study. *Psychology, Health & Medicine, 9*(2), 247-252.

Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical Teacher, 35*(7), e1267-e1301. doi: 10.3109/0142159X.2013.785654

Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J. J., & Christian, E. B. (1999). Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles. *Medical Education, 33*(5), 342-349.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., Veloski, J. J., Erdmann, J. B., Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education, 36*(6), 522-527. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01234.x

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry, 159*(9):1563-1569.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education, 38*(9), 934-941.

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J. & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine, 84*(9), 10.

Homsi, S. H. V. (2006). *Temperamento e sua relação com estilos de pensar e criar.* (Dissertação de Mestrado). Campinas, SP: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Howe, A., Smajdor, A., & Stockl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education, 46*(4), 349-356. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x

Howes, E. P. (1913). Æsthetics. *Psychology Bulletin, 10*, 196-201. doi: 10.1037/h0071344

Iacoboni, M., & Dapretto, M. (2006). The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nat Rev Neurosci, 7*(12), 942-951. doi: 10.1038/nrn2024

Inam, S., Saqib, A., & Alam, E. (2003). Prevalence of anxiety and depression among medical students of private university. *J Pak Med Assoc, 53*(2), 44-47.

Ito, P. d. C. P., & Guzzo, R. S. L. (2002). Diferenças individuais: Temperamento e personalidade; importância da teoria. *Estudos de Psicologia (Campinas), 19*(1), 91-100.

Ivankova, N. V. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods, 18*(1), 3-20. doi: 10.1177/1525822x05282260

Ivankova, N. V., Creswell, J. W., & Stick, S. L. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods, 18*(1), 3-20.

Jacoby, M. (1984). *The analitic encounter: Transference and human relationship*. Toronto, ON: Inner City Books.

Joca, T. T. (2005). *Luz e sombra em dissidência.* (Dissertação de Mestrado). Fortaleza, CE: Universidade de Fortaleza

Johnson, J. (1990). Empathy as a personality disposition. In: Mackay, R.C., Hughes, J.R., Carver, E.J (Eds.). *Empathy in the helping relationship* (pp 49–64). New York, NY: Springer.

Johnson, M. (2009). Evaluation of learning style for first year medical students. *International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning, 3*(1), 1e-15e.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm. whose time has come. *Educational Researcher, 33*(7), 14-26. doi: 10.3102/0013189X033007014

Judith, A. P., & Anchors, S. o. (2003). *Using the mbti instrument in colleges and universities* (2nded.). Gainesville, FL: Center for Applications of Psychological Types.

Jung, C. G. (1981). *O desenvolvimento da personalidade*. Obras Completas. Vol. XVII. Petrópolis, RJ: Vozes.

Jung, C. G. (1985). *Fundamentos da psicologia analítica*. Obras Completas. Vol. XVIII/1 Petrópolis, RJ: Vozes.

Jung, C. G. (1988). *A Prática da Psicoterapia*. Obras Completas. Vol. XVI/1. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.

Jung, C. G. (1991). *Tipos psicológicos*. Obras Completas. Vol. VI. Petrópolis, RJ: Vozes.

Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary psychometric data. *Croatian Medical Journal, 48*(1), 81-86.

Kaplan, H. J., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Kataoka, H. U., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education, 12*, 48-48. doi: 10.1186/1472-6920-12-48

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education, 14*(219). doi: 10.1186/1472-6920-14-219

Kim, S., Kaplowitz, S. & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, *27*, 237–51.

Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N. T., . Vaglum, P. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school--a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education, 6*, 48. doi: 10.1186/1472-6920-6-48

Kloster, M. C., Perotta, B., Hauer Junior, A., Paro, H. B. M., & Tempski, P. (2013). Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica, 31*(1). doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100015

Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 7,* 459–483.

Kohut, H. (2010). On Empathy. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 5*(2), 122-131. doi: 10.1080/15551021003610026

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Koller, S. H., Camino, C., & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e validacao interna de duas escalas de empatia. *Estudos de Psicologia, 18*(3), 43-53.

Kuncel, N. R., Ones, D. S., Sackett, P. (2010). Individual differences as predictors of work, educational, and broad life outcomes. *Personality and Individual Differences*, *49*, 331–336.

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association, 293*(9), 1100-1106.

Leite, A. J. M. & Coelho Filho, J. M. (orgs.) (2010). *Você pode me ouvir, Doutor? Cartas para quem escolheu ser médico* (2ª ed.). Campinas, SP: Saberes Editora.

Lievens, F., Coetsier, P., Fruyt, F. D., & Maeseneer, J. D. (2002). Medical students' personality characteristics and academic performance: a five-factor model perspective. *Medical Education, 36*(11), 1050-1056. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01328.x

Lima, L.S., Ferry, V., Fonseca, R.N.M., Silva Junior, G.F., & Jadão, FRS. (2010). Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual do Maranhão. *Revista Neurociências, 18*(1), 8-12.

Lipovetsky, G. & Charles, S. (2004). *Os tempos hipermodernos.* São Paulo; SP: Barcarolla.

Lispector, C. (1998). *Água viva*. Rio de Janeiro, RJ: Rocco.

Lopes, J. M. C. (2005). *A pessoa como centro do cuidado: A abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde.* (Dissertação de Mestrado). Rio Grande do Sul, SC: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Lopez-Fernandez, O., & Molina-Azorin, J. F. (2011). The use of mixed methods research in interdisciplinary educational journals. *International Journal of Multiple Research Approaches, 5*(2), 269-283.

Lyon, H. C., Jr. (1971). *Learning to feel - feeling to learn*. Columbus, OH.: Merill.

Maffesoli, M. (2005). *Elogio da razão sensível*. (3ªed). Petrópolis, RJ: Vozes.

Magalhães, E., Costa, P., & Costa, M. J. (2012). Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Medical Teacher, Early Online*, 341-346. doi: 10.3109/0142159X2012.702248

Magalhães, E., Portela, M., Oliveira, P., Salgueira, A. P., & Costa, M. (2009). Personalidade, género e desempenho académico: um estudo com estudantes de medicina portugueses. Paper presented at the *X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.* 2009 ISBN- 978-972-8746-71-1, Braga, Portugal.

Magalhães, E., Salgueira, A. P., Costa, P., & Costa, M. J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 11*(52).

Marin, M. F., Morin-Major, J. K., Schramek, T. E., Beaupre, A., Perna, A., Juster, R. P., & Lupien, S. J. (2012). There is no news like bad news: Women are more remembering and stress reactive after reading real negative news than men. *PLoS One, 7*(10), e47189. doi: 10.1371/journal.pone.0047189

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Matte-Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite set*s. London, UK: Duckworth.

Matte-Blanco, I. (1988). *Thinkink, feeling, and being*. London, UK: Routledge.

Mazurkiewicz, R., Korenstein, D., Fallar, R., & Ripp, J. (2011). The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine, 17*(2), 188-195. doi: 10.1080/13548506.2011.597770

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 81-90. doi: 10.1037/0022-3514.52.1.81

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality, 57*(1), 17-40.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, *36* 587–596

McLean, M., Cilliers, F., & Van Wyk, J. M. (2008). Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Medical Teacher, 30*(6), 555-584. doi: 10.1080/01421590802109834

McNulty, J. A., Espiritu, B., Halsey, M., & Mendez, M. (2006). Personality preference influences medical student use of specific computer-aided instruction (CAI). *BMC Medical Education, 6*, 7. doi: 10.1186/1472-6920-6-7

Meade, A. W. (2004). Psychometric problems and issues involved with creating and using ipsative measures for selection. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*, 531-532.

Mennin, S. (2010). Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Medical Education, 44*(1), 20-30. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03548.x

Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Britsh Journal of General Practice, 52 Suppl*, S9-12.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e saúde coletiva, 17*(3), 621-626.

Montag, M. D. C., Gallinat, M. D. J., & Heinz, M. D. A. (2008). Theodor Lipps and the concept of empathy: 1851–1914. *American Journal of Psychiatry, 165*(10), 1261- 1261. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081283

Moraes, I. F. (2001). *Validade e precisão do QUATI na avaliação da tipologia Jungiana em universitários.*(Dissertação de Mestrado). Itatiba, SP: Universidade São Francisco.

Moraes, I. F. & Primi, R. (2002). Escala de avaliação de tipos psicológicos: validade e precisão. *Psico-USF, 7*(1), 25-34.

Moreira, R. K. (2007). Conceitos sobre a educação estética: contribuições de Schiller e Piaget. *Linguagens - Revista de Letras, Artes e Comunicação, 1*(2), 58 - 169.

Moreira, V. (2009). Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 12*(1), 59-70.

Mori, M. O., Valente, T. C. O., & Nascimento, L. F. C. (2012). Síndrome de Burnout e Rendimento Acadêmico em Estudantes da Primeira à Quarta Série de um Curso de Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica, 36*(4), 5.

Morin, E. (2002). *O método 5*: *A humanidade da humanidade*. Porto Alegre, RS: Sulina.

Morin, E. (2003). *Amor, poesia e sabedoria* (6ªed.). Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.

Morin, E. (2005). Educação e complexidade: Os sete saberes e outros ensaios (3ªed.). São Paulo, SP: Editora Cortez.

Morin, E. (2009). *Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana* (3ªed.). São Paulo, SP: Cortez; Brasília, DF: UNESCO.

Mosé, V. (2013). *A escola e os desafios contemporâneos*. Rio de janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

Munro, N., Chilimanzi, Y., & O'Neill, V. (2012). Character strengths and psychological type in university peer educators. *South African Journal of Psychology, 42*(1), 15-24.

Musson, D. M. (2009). Personality and medical education. *Medical Education, 43*(5), 395-397. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03358.x

Myers-Briggs, I & Davis, J. A. (1965). *Relation of medical students' psychological type to their specialties twelve years later*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.

Myers-Briggs, I. (1976). *Introduction to Type*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Myers-Briggs, I. (1995). *MBTI Inventario Tipológico Forma G* (2ªed.). Madrid, España: TEA Ediciones.

Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine, 86*(8), 996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615

Nietzsche, F. W.(2011). *Assim falou Zaratustra :Um livro para todos e para ninguém*. São Paulo, SP : Companhia das Letras.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161

Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education, 2*, 12-17. doi: DOI:10.5116/ijme.4d47.ddb0

Osler, W. (1932). *Aequanimitas*. Philadelphia, CA: Blakiston.

Paro, H. B., Morales, N. M., Silva, S. H., Rezende, C. H., Pinto, R. M., Morales, R. R., …, Prado, M. M. (2010). Health-related quality of life of medical students. *Medical Education*, *44*(10), 227-235.

Paro, H. B. M. S. (2013). *Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico.* (Doutorado em Ciências Médicas). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.

Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., . . . Tempski, P. Z. (2014). Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? *PLoS One, 9*(4), e94133. doi: 10.1371/journal.pone.0094133

Parekh, M., Majeed, H., Khan, T., Khan, A., Khalid, S., Khwaja, N., . . . Jehan, I. (2010). Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. *BMC Psychiatry, 10*(1), 12.

Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – A critical review. *Medical Education, 32*, 593-600.

Platt, F. W., & Keller, V. F. (1994). Empathic communication: a teachable and learnable skill. *Journal of General Internal Medicine, 9*(4), 222-226.

Possani, T. (2010). *A experiência de "sentir com" (Einfuhlung) no Acompanhamento Terapêutico: A clínica do Acontecimento.* (Mestrado em Psicologia). São Paulo, PS: Universidade de São Paulo.

Quince, T. A., Parker, R. A., Wood, D. F., & Benson, J. A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Medical Education, 11*, 90. doi: 10.1186/1472-6920-11-90

Ramos-Cerqueira, A.T.A. & Lima, M.C.P. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*., 6(11), 107-116.

Ramos-Cerqueira, A. T. A.; Lima, M. C. P.; Torres, A. R.; Reis, J. R. T. & Fonseca, N. M. V. (2005). Era uma vez... Contos de fada e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. Interface, 9 (16), 81-90.

Rahimi-Madiseh, M., Tavakol, M., Dennick, R., Nasiri, J. (2010). Empathy in Iranian medical students: A preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Medical Teacher*. 32(11): e471–e478.

Rezler, A. G., & Buckley, J. M. (1977). A comparison of personality types among female student health professionals. *Medical Education, 52*(6), 475-477.

Richards, L. (2000). *Using NVivo in qualitative research* (2nd ed.). Melbourne, Australia: QSR international.

Rifkin, J. (2009). *The empathic civilization: The race to global consciousness in a world in crisis*. New York, NY: J.P. Tarcher/Penguin.

Rodrigues, D. G., Pelisoli, C. (2008). Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(5),171-177.

Rogers, C. R. (2001). *Tornar-se pessoa* (5ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Rogers, C. R., & Rosemberg, R. L. (2005). *A pessoa como centro* (11ªed.). São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo.

Rosa, A. R. P., Bubniak, C. T.; Nunes, G. L. S., Koya, R. C., Camillo, J. C. A. & Rosa, R. S. (1993). O estudante de Medicina e sua dificuldade de dispor de tempo livre para a prática de atividades culturais extra-acadêmicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *17* (1), 1-40.

ROSA, J. G. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Aguilar, 1994

Rosal, M., Ockene, I., Ockene, J., Barrett, S., Ma, Y., & Hebert, J. (1997). A longitudinal study of student's depression at one medical school. *Academic Medicine, 72*(6), 542 - 546.

Rosenthal, S., Howard, B., Schlussel, Y. R., Herrigel, D., Smolarz, B. G., Gable, B., Kaufman, M. (2011). Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Academic Medicine, 86*(3), 350-358. doi: 10.1097/ACM.0b013e318209897f

Saiani, C. (2000). *Jung e a educação: uma análise da relação professor/aluno*. São Paulo, SP: Escrituras.

Sampaio, L. R.; Camino, C. P. S.; Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia Ciência e Profissão*, *29*(2), 212-227.

Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., Camino, C. P. d. S., Formiga, N. S., & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico, 42*(1), 10.

Schmidt, H. G. (1993). Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. *Medical Education*, *27*, 422-432.

Schiller, F. (2002). *A educação estética do homem: numa série de cartas* (4ªed.). São Paulo, SP: Iluminuras.

Senra, C. M. S. (2009). *Os Estilos de Aprendizagem de Felder a partir de Jung.* (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte, MG: Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais.

Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, 3*, 10. doi: 10.1186/1747- 5341-3-10

Shapiro, S. L., Shapiro, D. E., & Schwartz, G. E. R. (2000). Stress Management in Medical Education: A Review of the Literature. *Academic Medicine, 75*(7), 748-759.

Sharp, D. (1936). *Personality types: Jung's model of tipology*. Toronto: Inner City Books.

Shaw, D., Wedding, D., Zeldow, P., & Diehl, N. (2001). Special problems of medical students. In D. Wedding & M. L. Stuber. (Eds.). *Behavior and medicine* (5thed.). (pp. 66 - 84), Gottingen, Germany: Hogrefe.

Shön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York, NY: Basic Books.

Silva, B. I., & Nakano, T. C. (2011). Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica, 10*(1), 51-62.

Simone, A. (2010). *Sobre um conceito integral de empatia: intercâmbios entre filosofia, psicanálise e neuropsicologia*. (Tese de Doutorado). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.

Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science, 303*(5661), 1157-1162. doi: 10.1126/science.1093535

Siu, A. M. H., & Shek, D. T. L. (2005). Validation of the Interpersonal Reactivity Index in a Chinese Context. *Research on Social Work Practice, 15*(2), 118-126. doi: 10.1177/1049731504270384

Spiro, H. (1992). What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine, 116*, 843-846.

Spiro, H. (2009). What should doctors believe? *Connecticut Medicine, 73*(8), 499-500.

Spiro, H. M., & Mandell, H. N. (1998). When doctors get sick. *Annals of Internal Medicine, 128*(2), 152-154.

Steinert, Y. (2010). Faculty development: from workshops to communities of practice. *Medical Teacher, 32*(5), 425-428. doi: 10.3109/01421591003677897

Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for Empathy. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 524–530. doi: DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x

Stilwell, N. A., Wallick, M. M., Thal, S. E., & Burlerson, J. A. (2000). Myers-Brigges Types and Medical Specialty Choice: a new look for an old question. *Teacher and Learning in Medicine, 12*(1), 14-20.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., Freeman, T. R. (2010). *Medicina Centrada na Pessoa*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (Eds.). (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavior research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tempski-Fiedler, P. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* (Tese de Doutorado). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.

Tempski, P., Bellodi, P. L., Paro, H. B., Enns, S. C., Martins, M. A. & Schraiber, L. B. (2012). What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Medical Education*, *12*(1), 106. doi: 10.1186/1472-6920-12-106

Tempski P, Perotta B, Pose RA, Vieira JE. (2009). A questionnaire on the quality of life of medical student. *Medical Education*, *43*(11), 1107-1108.

Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine, 22*(2), 177-183. doi: 10.1007/s11606-006-0039-6

Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 591–612. doi:10.1017/S1352465807003785

Torga, M (1974). Cântico do Homem. Coimbra : Gráficas de Coimbra.

Torres, A. R., Oliveira, G. M., Yamamoto, F. M. & Lima, M. C. P. (2008). Ligas acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. *Interface – Comunicação, Saúde e Eduação, 12*(27), 713-720.

Touraine, A. (1999). *Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Tyssen, R., & Vaglum, P. (2002). Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review Psychiatry, 10*(3), 154-165.

Van Dulmen, A. M., & Bensing, J. M. (2002). Health promoting effects of the physician-patient encounter. *Psychology, Health & Medicine, 7*(3), 289-300. doi: 10.1080/13548500220139421

Vincent, S. (2005). *Being empathic: A companion for counsellors and therapists*. Oxford, UK: Radcliffe Pub.

Voltmer, E., Rosta, J., Aasland, O. G., & Spahn, C. (2010). Study-related health and behavior patterns of medical students: A longitudinal study. *Medical Teacher, 32*(10), 422-428. doi: 10.3109/0142159X.2010.496008

von Fragstein M, Sliverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisburg H, Wiskin C. (2008). UK consensus statement on the content of communication skills curricula in undergraduate medical education. *Medical Education,42*, 1100–1107.

von Franz, M. L., & Hillman, J. (1990). *A Tipologia de Jung*. São Paulo, SP: Editora Cultrix.

Welter, G. M.-R., & Capitão, C. G. (2007). Medidas ipsativas na avaliação psicológica *Avaliação Psicológica, 6*(2), 9.

Wheeler, P. (2001). The Myers-Briggs type indicator and applications to accounting education and research. *Issues in Accounting Education, 16*(1), 125-150. doi: 10.2308/iace.2001.16.1.125

Wipsé, L. (1991). *The psychology of sympathy*. New York, NY: Plenum Press.

Wisdom, J. & Creswell, J.W. (2013). *Mixed methods*: *Integrating quantitative and qualitative data collection and analysis while studying patient-centered medical home models*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Zabalza, M. A. & Cerdeiriña, M. A. Z. (2012). *Profesores y professíon docente: Entre el "ser" y el "estar"*. Madrid, España: Narcea.

Zacharias, J. J. M. (1994). *Tipos Psicológicos Junguianos e Escolha Profissional - uma investigação com policiais militares da cidade de São Paulo.* (Tese de Doutorado). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.

Zacharias, J. J. M. (1995). *Entendendo os Tipos Humanos*. São Paulo, SP: Paulus.

Zacharias, J. J. M. (2003). *QUATI: Questionário de Avaliação Tipológica - Versão II - Manual* (5ªed.). São Paulo, SP: Vetor.

Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion, 14,* 107-130.

Anexos

Anexo

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CIP/UAL

Doutorando: **Renata Rocha Barreto Giaxa**

Título do projecto: **Tipos de personalidade e empatia: contribuições da psicologia para a formação do "ser" médico**

Orientador: **Professor Doutor Francisco Silva Cavalcante Junior (UFC)**

Parecer

Esclarecidas algumas dúvidas iniciais com a investigadora, a Comissão de Ética está em condições de dar um parecer positivo ao presente projecto de investigação nos moldes em que é proposto.

Lisboa, 6 de Novembro de 2012

P'la Comissão de Ética do CIP/UAL

Mestre Brissos Lino

Secretário

Anexo

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Projeto de Pesquisa Sobre o Estudante de Medicina

Este projeto será desenvolvido junto aos discentes matriculados em cursos de graduação em medicina. Tem por objetivo primeiro conhecer a o tipo de personalidade do estudante e, em seguida compreender as implicações do perfil tipológico em sua formação profissional. Com esse intuito, aplicaremos o QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO TIPOLÓGICA – QUATI e a ESCALA MULTIFATORIAL DE REATIVIDADE INTERPESSOAL - EMRI e buscaremos estabelecer correlações entre o tipo de personalidade e empatia. Os estudantes que participarem do estudo terão garantia de anonimato e sigilo das suas repostas. A inclusão no estudo se dará por procura espontânea entre os alunos. A participação é voluntária. O convite para participação será feito de forma coletiva pelo pesquisador responsável. A participação do estudante implica na resposta do QUATI e do EMRI em ambiente presencial, sob a orientação de um psicólogo. O tempo total de resposta dos instrumentos é em média de 60 minutos. Aos participantes será oferecido acesso aos dados e devolutiva dos seus resultados por e-mail.

A adesão dos alunos e da instituição é gratuita e voluntária.

Caso concorde em participar solicitamos que preencha os espaços a seguir.

Eu, _____

CPF:_____,

abaixo assinado (a), concordo em participar desse estudo sobre o tipo de personalidade e empatia do estudante de medicina, estando ciente de que:

- Este projeto não implicará na utilização de métodos invasivos e não haverá risco a integridade física e mental.
- Fica garantido o direito de confidencialidade dos participantes.
- O participante pode retirar seu consentimento e se abster de responder aos questionários aplicados, quando desejar.
- Fica garantido o acesso aos resultados do estudo.
- Não haverá nenhum pagamento aos participantes.

Data_____/_____/_____

_____

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável:
Profa. Renata Rocha Barreto Giaxa
renatarocha@unifor.br
renatagiaxa@gmail.com

Anexo

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Projeto de Pesquisa Sobre o Estudante de Medicina

Este projeto será desenvolvido junto aos discentes matriculados em cursos de graduação em medicina. Tem por objetivo primeiro conhecer a o tipo de personalidade do estudante e, em seguida compreender as implicações do perfil tipológico em sua formação profissional. Com esse intuito, realizaremos **Grupos Focais** e buscaremos explorar mais profundamente as correlações entre o tipo de personalidade e empatia, que já começaram a ser estudadas a partir dos dados obtidos na primeira fase desta pesquisa, quando foram aplicados os instrumentos QUATI e EMRI. Os estudantes que participarem do estudo terão garantia de anonimato e sigilo das suas repostas. A inclusão no estudo se dará por seleção dentre o grupo de estudantes que já havia participado da primeira fase da pesquisa, a partir dos dados obtidos. A participação é voluntária. O convite para participação será feito individualmentevpelo pesquisador responsável. A participação do estudante implica na participação do grupo focal, ocasião em que os dados serão gravados e anotados pelo pesquisador. O tempo total da atividade em grupo dura é em média de 90 minutos.

A adesão dos alunos e da instituição é gratuita e voluntária.

Caso concorde em participar solicitamos que preencha os espaços a seguir.

Eu, _____

CPF:_____,

abaixo assinado (a), concordo em participar desse estudo sobre o tipo de personalidade e empatia do estudante de medicina, estando ciente de que:

- Este projeto não implicará na utilização de métodos invasivos e não haverá risco a integridade física e mental.
- Fica garantido o direito de confidencialidade dos participantes.
- O participante pode retirar seu consentimento e se abster de responder aos questionários aplicados, quando desejar.
- Fica garantido o acesso aos resultados do estudo.
- Não haverá nenhum pagamento aos participantes.

Data_____/_____/_____

_____

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável:
Profa. Renata Rocha Barreto Giaxa
renatarocha@unifor.br
renatagiaxa@gmail.com

Anexo

Escala de Reatividade Interpessoal de Davis – EMRI´

1 – Não me descreve bem ... 5 – Descreve-me muito bem

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

Anexo

Tabela de siglas utilizadas para designar os dezesseis tipos básicos de C. Jung

E St In Ps	Sentimento Extrovertido com Intuição auxiliar e Pensamento inferior
E St Ss Ps	Sentimento Extrovertido com Sensação auxiliar e Pensamento inferior
I St In Ps	Sentimento Introvertido com Intuição auxiliar e Pensamento inferior
I St Ss Ps	Sentimento Introvertido com Sensação auxiliar e Pensamento inferior
E Ps In St	Pensamento Extrovertido com Intuição auxiliar e Sentimento inferior
E Ps Ss St	Pensamento Extrovertido com Sensação auxiliar e Sentimento inferior
I Ps In St	Pensamento Introvertido com Intuição auxiliar e Sentimento inferior
I Ps Ss St	Pensamento Introvertido com Sensação auxiliar e Sentimento inferior
E In Ps Ss	Intuição Extrovertida com Pensamento auxiliar e Sensação inferior
E In St Ss	Intuição Extrovertida com Sentimento auxiliar e Sensação inferior
I In Ps Ss	Intuição Introvertida com Pensamento auxiliar e Sensação inferior
I In St Ss	Intuição Introvertida com Sentimento auxiliar e Sensação inferior
E Ss Ps In	Sensação Extrovertida com Pensamento auxiliar e Intuição inferior
E Ss St In	Sensação Extrovertida com Sentimento auxiliar e Intuição inferior
I Ss Ps In	Sensação Introvertida com Pensamento auxiliar e Intuição inferior
I Ss St In	Sensação Introvertida com Sentimento auxiliar e Intuição inferior