

ESCALA DE EMPATIA PARA MÉDICOS - VERSÃO PARA ESTUDANTES (JSE-SPV)

Manuel João Costa¹, Alexandra Ferreira-Valente¹, & Patrício Costa^{1,2}

¹Escola de Medicina, Universidade do Minho, ²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

1. Indicações

A *Jefferson Scale of Physician Empathy - student version* (JSE-S) foi desenvolvida por Hojat e colaboradores (2001). Esta escala destina-se a avaliar a atitude face à empatia de estudantes do ensino superior a frequentar o curso de medicina.

A JSE-S, cuja versão portuguesa se designa Escala de Empatia para Médicos versão para estudantes (JSE-spv), avalia três dimensões da atitude face à empatia: *tomada de perspetiva* (TP, *perspective taking*), *compaixão* (C, *compassionate care*) e *capacidade de se colocar no lugar do paciente* (CCLP, *standing in the patient's shoes*). A dimensão *tomada de perspetiva*, composta por 10 itens, pode ser considerada o ingrediente chave, segundo Hojat e colaboradores (2002) da empatia, referindo-se à capacidade do médico ou profissional de saúde compreender o que experiencia, pensa e sente o paciente a partir do quadro de referência do paciente, i.e., da sua perspetiva (e.g. item 13 “Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal”; e item 16 “Um componente importante do relacionamento de um médico com os seus pacientes é a compreensão do estado emocional do paciente e da respetiva família”). A dimensão *capacidade de colocar-se no lugar do paciente* é composta por dois itens (e.g. item 6 “Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para um médico ver as coisas da perspetiva dos pacientes). Esta dimensão avalia o quanto é para o respondente difícil colocar-se no lugar do outro, como se fosse o outro (Hojat et al., 2001; Hojat et al., 2002). Finalmente, a dimensão *compaixão*,

composta por sete itens, designa, segundo Hojat e colaboradores (2001, 2002) uma combinação entre empatia com um grau suficiente de “*sympathy*” (e.g. item 11 “As enfermidades dos pacientes só podem ser curadas com tratamentos médicos ou cirúrgicos; conseqüentemente, os laços emocionais dos médicos com os seus pacientes não têm qualquer influência significativa no tratamento médico e cirúrgico”; item 8 “A atenção dedicada às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento”).

2. História

A JSE-S foi concebida por Hojat e colaboradores em 2001. Este instrumento nasce da necessidade de construir uma escala desenhada especificamente para estudantes de medicina, centrada no contexto da relação médico-utente. Trata-se de uma medida de autorrelato composta por 20 itens que avaliam a atitude dos estudantes face à empatia no contexto da relação médico-utente (Hojat et al., 2001).

A construção e validação da JSE-S compreendeu seis etapas (Hojat, 2007; Hojat et al., 2001):

- (i) Construção da versão preliminar com 90 itens. Para tal, os autores começaram por conduzir uma revisão da literatura publicada entre 1955 e 1999 e indexada na MEDLINE para identificar conceitos relacionados. Usaram-se os termos “empatia” e “médico/médicos”. A pesquisa resultou em 107 fontes bibliográficas. Com base nos conceitos relacionados com empatia identificados nas fontes selecionadas foram construídos 90 itens. Estes abrangiam, entre outras, a compreensão de experiências subjetivas, a relação interpessoal com o utente, o humor e a tomada de perspectiva do outro.
- (ii) Avaliação da validade facial da versão preliminar. Os autores recorreram ao método *theory-based* para seleção dos itens desenvolvido por Reiter-Palmon e Connelly (2000). Os itens foram avaliados por um painel de juizes não especialistas em empatia médica que se pronunciaram sobre a relevância do conteúdo dos itens.
- (iii) Avaliação da validade de conteúdo da versão preliminar. Os autores utilizaram uma versão abreviada do método de Delphi (Cyphert & Gant, 1970). A versão preliminar foi enviada a 100 médicos, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 55%. A carta de apresentação explicava brevemente a definição de empatia. Os participantes assinalaram os itens que considerassem irrelevantes, alteraram os restantes itens para aumentar a sua compreensibilidade, e sugeriram novos itens. Foram excluídos os itens considerados irrelevantes por pelo menos cinco participantes, e as sugestões de alteração foram incorporadas. Este processo resultou numa versão modificada da escala com 45 itens.

- (iv) Análise preliminar das propriedades psicométricas e construção da escala piloto com 20 itens. A escala modificada foi preenchida por 41 médicos residentes e por 193 estudantes de medicina. Os participantes assinalaram o grau de concordância com as afirmações numa escala de tipo Likert com sete pontos. Para avaliar a validade fatorial da escala, os autores realizaram uma análise de componentes principais. Esta análise resultou na retenção de 20 itens e na extração de quatro componentes (*physician's view from patient's perspective; understanding patient's experiences, feelings and clues; ignoring emotions in patient care; e thinking like the patient*), para 56% de variância explicada. Na amostra de estudantes a consistência interna para a escala total estimou-se em 0.89. A análise das correlações entre os resultados obtidos e outras variáveis (e.g. Interpersonal Rating Index – Davis, 1983; NEO Personality Inventory, NEO-PI-R – Costa & McCrae, 1992) suportou a validade convergente e divergente desta versão.
- (v) Adaptação da versão piloto e origem das versões finais para médicos (JSE-HP, Hojat et al., 2002) e para estudantes de medicina e outros profissionais de saúde (JSE-S, Hojat et al., 2001). Os autores realizaram ligeiras modificações à escala para balancear os itens construídos na positiva e na negativa, bem como para melhorar a compreensibilidade dos itens em futuras traduções para outros idiomas (Hojat, 2007).
- (vi) Estudo das propriedades psicométricas da versão final da JSE-S. Uma segunda amostra independente de 685 estudantes de medicina respondeu à JSE-S e a outros questionários de empatia e personalidade (*ibidem*). Os resultados suportaram a fiabilidade (α Cronbach = 0.80) e validade convergente e divergente da escala. A análise da estrutura fatorial da versão revista desta escala, permitiu estabilizar a sua estrutura em três fatores: *perspective taking, compassionate care, e standing in the patient's shoes* (cf. Hojat et al., 2002).

A JSE-S foi traduzida, adaptada e validada em vários idiomas e países (Hemmerdinger, Stoddart, & Lilford, 2007; Hojat, 2007; Leombruni et al., 2014; Preusche & Wagner-Menghin, 2013). A literatura suporta a fiabilidade e validade das versões traduzidas, as quais revelaram propriedades psicométricas similares às da versão original (*ibidem*).

3. Fundamentação Teórica

Desde muito cedo a empatia foi considerada um aspeto fundamental da relação terapêutica. O constructo foi proposto pela primeira vez por Robert Vicher em 1872 (Hojat et al., 2001) e tem granjeado a atenção de investigadores e clínicos desde então. Em 1959, Carl Rogers, salienta a importância deste constructo como uma das três condições fundamentais necessárias à auto-atualização do cliente em psicoterapia. Por outras palavras, a empatia, definida por Rogers como a capacidade de “perceive the internal

frame of reference of another with accuracy *as if one were* the other person but without ever losing the ‘as if’ condition” (p. 210), é condição necessária e suficiente ao crescimento pessoal do outro, a par da genuinidade do terapeuta e da aceitação incondicional.

A definição de empatia não é, no entanto, consensual (para uma revisão da literatura ver Hemmerdinger et al., 2007; Hojat, 2007; Hojat & Gonnella, 2015). Enquanto autores como Hogan (1969) e Wispé (1986) salientam o carácter cognitivo da empatia, Clark (1980) e Shafer (1959), entre outros, enfatizam a sua dimensão afetiva. Os primeiros definem este constructo como a capacidade de tomar a perspetiva do outro e apreender a condição e estado de espírito deste. Os segundos, pelo contrário, definem-no pela partilha de um estado interior e pela capacidade de sentir a experiência, necessidades, desejos e emoções de outrem *como se* fossem seus.

Na viragem do século, Hojat e colaboradores (2001, 2002) interessam-se pelo estudo da empatia no contexto da relação médico-utente. Os autores parecem concordar com a definição proposta por Rogers e com a concetualização cognitiva do constructo. Hojat (2007) refere-se à empatia como um atributo predominantemente cognitivo relacionado com a compreensão das experiências, preocupações e perspetivas de outrem, e com a capacidade de comunicar essa compreensão (ver também Hojat et al., 2002). O constructo de empatia distancia-se assim do conceito de “*sympathy*”. Enquanto a primeira apela à compreensão e comunicação desta, a “*simpatia*” apela à capacidade de “sentir com” e “sentir como” (Kunyk & Olson, 2001). Tratar-se-ia de um ato involuntário no qual prevalece o processamento mental das emoções (Hojat, 2007; Hojat et al., 2001). Em ambas, empatia e simpatia, parece haver partilha entre os intervenientes. Mas, enquanto na empatia há uma partilha de compreensão, na simpatia tratar-se-ia de uma partilha afetiva (Hojat et al., 2002).

No campo da medicina, a importância da empatia tem vindo a ser reconhecida por clínicos e académicos (Colliver, Conlee, Vershulst, & Dorsey, 2010). Entre os benefícios desta contam-se, por exemplo, a maior celeridade e correção do diagnóstico, a satisfação do utente com o médico, a adesão ao tratamento, e maior qualidade de vida e bem-estar do utente (Del Canale et al., 2012; Hojat, 2007; Pollak et al., 2007). Por isso, não é de estranhar que haja um crescente interesse da academia pelo estudo e promoção desta competência entre profissionais de saúde (Magalhães, DeChamplain, Salgueira, & Costa, 2010).

A dificuldade em chegar a uma definição consensual de empatia reflete-se na construção e publicação de mais de 40 instrumentos para a avaliar (ver Hemmerdinger et al., 2007 para uma revisão sistemática). Tais instrumentos, sejam escalas de autorrelato (e.g. Empathy Scale - Hogan, 1969; IRI – Davis, 1983) ou instrumentos de hétéroresposta, seja a perspetiva do paciente, seja a perspetiva de um observador/especialista (e.g. Consultation and Relational Empathy Measure – Mercer, Maxwell, Hany, & Watt, 2004; Four Habits Coding Scheme – Krupat, Frankel, Stein, & Irish, 2006), avaliam diferentes dimensões de empatia, em função da definição do constructo considerada.

A Escala de Empatia para médicos de Jefferson (Hojat et al., 2001, 2002) surge da necessidade de criar um instrumento centrado no contexto de prestação de cuidados médicos e desenhado para avaliar a empatia de profissionais de saúde. A escala conta com duas versões que avaliam o comportamento empático de médicos (JSE-HP; Hojat et al., 2002), e a atitude face à empatia de estudantes de medicina e outros profissionais de saúde (JSE-S; Hojat et al., 2001). Quer a versão original, quer as cerca de 25 versões adaptadas para outros idiomas demonstraram propriedades psicométricas satisfatórias (Hemmerdinger et al., 2007; Hojat, 2007; Preusche & Wagner-Menghin, 2013).

4. Estudos realizados em Portugal

A versão para estudantes da Escala de Empatia para Médicos de Jefferson (JSE-spv) foi adaptada para a população portuguesa por Magalhães e colaboradores (2010). Após tradução e retroversão, segundo a metodologia da *tradução direta modificada* (Behling & Kenneth, 2000), a JSE-spv foi submetida a preenchimento com *cognitive debriefing* por uma amostra piloto de estudantes de medicina (Magalhães et al., 2010). Magalhães, Salgueira, Costa, & Costa (2011) avaliaram as propriedades psicométricas da escala com base nos dados recolhidos numa amostra de 476 estudantes de medicina. Os resultados suportaram a fiabilidade da escala (α Cronbach = 0.77) e a análise fatorial confirmatória permitiu testar a estrutura de três fatores proposta pelos autores da versão original. O modelo modificado revelou um ajustamento satisfatório (CFI = 0.95). No entanto, este modelo apresenta uma estrutura fatorial diferente da original, dificultando, por isso, a comparação com outros estudos internacionais. Acresce que os autores não analisaram a sensibilidade dos itens, a fiabilidade das dimensões da escala e a validade convergente da JSE-spv, nem sugerem pontos de corte e normas para a população portuguesa. É, por isso, pertinente aprofundar o estudo das propriedades psicométricas da JSE-spv com uma amostra da população mais alargada.

O presente trabalho surge na sequência dos trabalhos realizados pelos autores da versão portuguesa e daquele levado a cabo recentemente por Hojat e Gonnella (2015). Com base em dados recolhidos junto de onze coortes de estudantes de medicina, os autores fazem a proposta preliminar das normas e pontos de corte para a população dos USA (Hojat & Gonnella, 2015). Apresentam-se neste capítulo a avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa desta escala e o cálculo dos pontos de corte para estudantes portugueses por sexo.

A amostra incluiu 979 participantes (66% do sexo feminino), estudantes do primeiro ano do curso de medicina da Escola de Medicina da Universidade do Minho de 8 diferentes coortes (anos letivos de 2007/2008 a 2014/2015). Os critérios de exclusão compreendem: não ter nacionalidade portuguesa e ter cinco ou mais respostas omissas à JSE-spv (Hojat, 2007). Como se pode ver na Tabela 1, os participantes tinham idades compreendidas entre 17 e 40 anos de idade ($M=19.14$; $DP=2.93$), sendo, na sua maioria, provenientes dos distritos de Braga (56%) e do Porto (23%).

Tabela 1 | Caracterização da Amostra por Ano de Admissão

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
N	104	133	130	126	141	131	106	108	979
Sexo (%)									
Feminino	65.4	69.2	66.2	64.3	63.1	67.9	66	69.4	66.4
Masculino	34.6	30.8	33.8	35.7	36.9	32.1	34	30.6	33.6
Idade									
<i>M</i>	19.25	19.23	18.88	18.76	19.87	19.83	18.57	18.35	19.14
<i>DP</i>	2.49	2.76	2.44	2.67	4.13	3.95	1.23	1.22	2.93

Todos os participantes responderam a um questionário sociodemográfico (e.g. idade, género, formas de acesso, distrito de origem) e à versão portuguesa para estudantes da JSE-spv (Magalhães et al. 2010), no âmbito do *Estudo Longitudinal da Escola de Medicina Universidade do Minho* (ELECSUM; Costa et al., 2009).

O ELECSUM foi apresentado aos participantes no dia de acolhimento dos estudantes no início do seu curso. Após assinatura do consentimento informado, e garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados (para uma descrição detalhada dos procedimentos ver Costa et al., 2009), os participantes preencheram individualmente os instrumentos. As análises estatísticas foram realizadas com recurso aos programas IBM SPSS (v. 22) e AMOS (v. 22).

As estatísticas descritivas para os 20 itens da JSE-spv são apresentadas na Tabela 2 (coloca-se breve descrição dos itens para se perceberem o seu conteúdo). Para 19 itens a escala foi usada na sua totalidade, com as respostas a variar entre 1 e 7. À exceção do item 2 ("Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem o que eles sentem"), os itens apresentaram valores absolutos de assimetria e curtose dentro dos limites (3 e 8-10, respetivamente) propostos por Kline (1998). A média das respostas aos itens variou entre 1.67 (*DP* = 1.15) para o item 19 ("Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte"), e 6.51 (*DP* = 0.81) para o item 2. Os itens invertidos a demonstraram uma média mais baixa ($1.67 < M < 3.64$) que os restantes ($4.88 < M < 6.51$).

Tabela 2 | Estatísticas Descritivas dos Itens da JSE-spv

Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Me	Mín-Max	Assimetria	Curtose
...não tem influência no tratamento	1.78	1.40	1	1-7	2.27	4.80
pacientes sentem-se melhor...	6.51	0.81	7	1-7	-2.60	10.27
tomar perspetiva dos pacientes	3.50	1.24	4	1-7	0.15	-0.41
perceber a linguagem não-verbal	5.98	1.04	6	2-7	-1.00	0.79
sentido de humor ajuda	4.99	1.45	5	1-7	-0.56	-0.11
difícil ver perspetiva do outro	3.64	1.41	4	1-7	0.23	-0.58
emoções não são importantes	1.73	1.11	1	1-7	2.20	5.75

Itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Me	Mín-Max	Assimetria	Curtose
não atenção às experiências	2.08	1.16	2	1-7	1.42	2.44
colocar-se no lugar dos pacientes	5.47	1.36	6	1-7	-0.76	0.03
pacientes valorizam compreensão só tratamento médico ou cirúrgico	5.90	1.12	6	1-7	-1.32	2.43
fazer perguntas não ajuda	1.87	1.07	2	1-7	1.50	2.74
tentar saber o que se passa	2.17	1.37	2	1-7	1.48	2.02
emoções não devem estar presentes	5.63	1.24	6	1-7	-1.03	1.09
empatia deve estar no tratamento	2.07	1.26	2	1-7	1.52	2.46
empatia importante para o médico	5.55	1.34	6	1-7	-1.06	0.99
relação do médico e doente	5.93	1.02	6	1-7	-1.13	1.83
relação do médico e doente	4.88	1.41	5	1-7	-0.52	-0.08
pensar como os pacientes	4.75	1.49	5	1-7	-0.43	-0.31
não aprecio literatura não médica	1.67	1.15	1	1-7	2.09	4.44
empatia é fator terapêutico	5.90	1.20	6	1-7	-1.50	3.08

Como pode ser visto na Tabela 3, o nível médio de empatia no momento de admissão variou entre 109.47 (*DP*= 11.15) em 2007 e 113.59 (*DP*= 9.45) em 2012. Para a escala total, os valores de assimetria e curtose estavam dentro dos limites considerados normais, com valores absolutos inferiores a 3 e a 8, respetivamente (Kline, 1998).

Tabela 3 | Estatísticas Descritivas e Consistência Interna para o Score Total de Empatia por Ano de Admissão

Ano de Admissão	n	<i>M</i>	<i>DP</i>	Me	Min-Max	Assimetria	Curtose	α Cronbach
2007	104	109.47	11.15	110.0	81-132	-0.28	-0.31	0.80
2008	133	110.98	10.41	111.0	76-134	-0.41	0.61	0.75
2009	130	110.62	10.06	111.0	85-135	-0.28	-0.20	0.74
2010	126	116.87	10.63	118.5	84-136	-0.88	0.78	0.81
2011	141	107.67	12.19	109.0	52-135	-0.90	2.51	0.81
2012	131	113.59	9.45	114.0	86-137	-0.38	0.11	0.72
2013	106	112.56	12.30	113.5	45-135	-1.59	7.47	0.84
2014	108	110.25	10.90	112.0	75-137	-0.30	0.04	0.78
Total	979	111.49	11.19	112.0	45-137	-0.68	1.74	0.79

A análise fatorial confirmatória resultou na replicação da estrutura fatorial com três fatores encontrada para a versão original na amostra. O ajustamento do modelo foi avaliado através dos índices habituais: qui-quadrado sobre os graus de liberdade (χ^2/df), comparative fit index (CFI), parsimony comparative fit index (PCFI), goodness of fit index (GFI), parsimony goodness of fit index (PGFI) e root mean square error of approximation (RMSEA). Considerou-se um ajustamento aceitável ou bom (respetivamente) quando: χ^2/df era menor do que 5 ou 2, CFI e GFI eram maiores do que 0.8 ou 0.9, PCFI e PGFI eram

maiores do que 0.6 ou 0.8 e RMSEA era menor do que 0.1 ou 0.08 (Hu & Bentler, 1999). Dois dos seis índices suportaram o bom ajustamento do modelo, ao passo que os restantes quatro indicam um ajustamento apenas aceitável do modelo inicial ($\chi^2/df = 4.06$; CFI = 0.86; PCFI = 0.76; GFI = 0.93; PGFI = 0.75; RMSEA = 0.06 ($p=0.01$); ECVI = 0.79).

A inspeção dos itens da JSE-spv sugere que os itens 9 (“Os médicos deviam experimentar ‘colocar-se no lugar’ dos seus pacientes quando lhes estão a prestar cuidados”) e 17 (“Os médicos deviam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados”) têm um conteúdo semelhante, o que pode dar origem a níveis de ajustamento mais reduzidos. Com base na análise dos índices de modificação, os termos dos erros para os itens 9 e 17 foram correlacionados. O modelo final apresentou um ajustamento aceitável a bom ($\chi^2/df = 3.36$; CFI = 0.89; PCFI = 0.78; GFI = 0.94; PGFI = 0.75; RMSEA = 0.05 (n.s.); ECVI = 0.66), e, em todo caso, um ajustamento melhor do que o encontrado para o modelo inicial (ECVI: 0.79 Vs. 0.66).

A Figura 1 apresenta os valores dos pesos fatoriais estandardizados e a fiabilidade individual de cada item no modelo final. Oito itens apresentam níveis de saturação inferiores aos valores de referência de 0.50, o que representa que menos de 25% do resultado desse item é explicado pela dimensão latente. No entanto, 18 dos 20 itens que compõem a JSE-spv apresentam níveis de saturação superiores a 0.30, dando assim suporte à significância prática mínima (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998).

A validade convergente da escala foi avaliada pelo cálculo da Variância Extraída Média (VEM; Fornell & Larcker, 1981). Apenas para a dimensão *capacidade de se colocar no lugar do paciente* se observou uma VEM adequada (0.59; Hair et al., 1998). Para as restantes dimensões, a VEM observada foi inferior aos valores de referência (0.28 para a dimensão *compaixão* e 0.36 para a dimensão *tomada de perspetiva*).

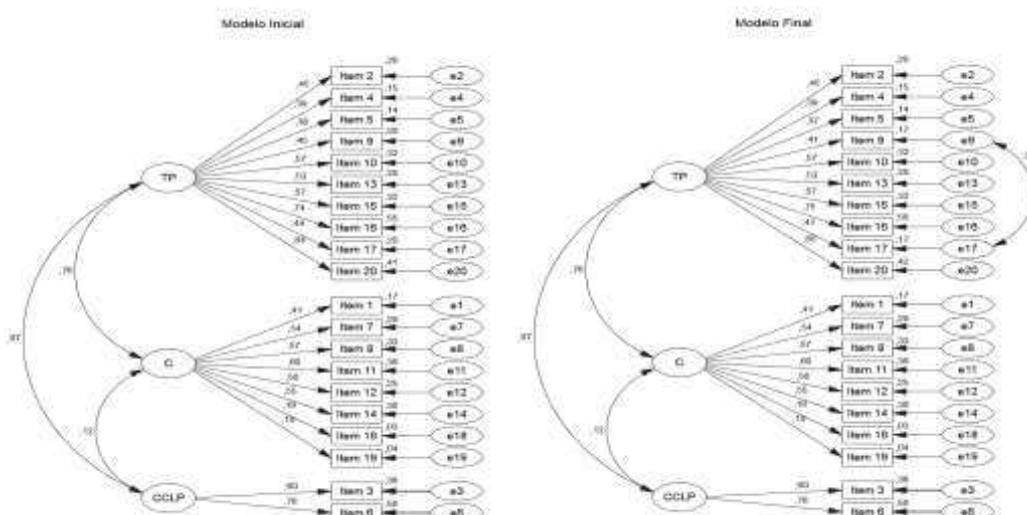


Figura 1 | Análise fatorial confirmatória: modelo inicial e modelo final

Estes resultados confirmam a estrutura trifatorial da JSE-spv definida pelos autores da escala original. No entanto, os baixos índices de correlação observados entre a terceira dimensão da escala e as restantes não suportam, na nossa amostra, a hipótese de Hojat (2007) sobre a existência de um fator geral de segunda ordem. À semelhança da escala original, verificou-se que a existência de dois itens JSE-spv que se agregam numa terceira dimensão, designadamente “É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes” (item 3) e “Porque as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas da perspectiva dos pacientes” (item 6). O facto da dimensão se restringir a dois itens poderá originar limitações ao nível da consistência e precisão da medida.

A fiabilidade da JSE-spv e suas dimensões foi avaliada pelo cálculo da consistência interna e da fiabilidade de constructo (Tabela 3). A JSE-spv demonstra uma consistência interna aceitável (α Cronbach = 0.79). A consistência interna para as três dimensões da JSE-spv tomadas individualmente varia entre 0.63 e 0.78. O cálculo da fiabilidade de constructo resultou em níveis aceitáveis a elevados de consistência interna dos itens reflexivos dos constructos ($0.74 < FC_j < 0.84$) para as dimensões da escala, e num nível de fiabilidade de constructo elevado ($FC_j = 0.91$) para a JSE-spv (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 1998).

5. Procedimentos de administração e cotação

A administração da escala, individual ou em grupo, pode ser realizada por escrito ou oralmente (Hojat, 2007; Magalhães et al., 2011). Num estudo recente, Hojat e Gonnella (2015) compararam os resultados obtidos por duas amostras que preencheram a versão papel-e-lápis da JSE-S ou a versão eletrónica da escala. Os autores concluíram que podem ser alcançados resultados semelhantes com ambas as versões da escala, recomendando, por isso, o uso de qualquer uma delas. O tempo médio de resposta situa-se entre 5 a 10 minutos.

Aos participantes é pedido que indiquem o grau de concordância com cada uma das afirmações ao longo de uma escala de tipo *Likert*, de 1 (“discordo totalmente”) a 7 (“concordo totalmente”). Dez itens são cotados de forma direta de um a sete; os restantes itens estão invertidos. Os autores da escala recomendam a exclusão do participante sempre que se verificarem mais do que quatro valores omissos (Hojat, 2007). Nos restantes casos, os autores sugerem que os valores omissos sejam substituídos pela média. A JSE-S permite a obtenção de quatro cotações diferentes: a pontuação total da escala e três pontuações relativas às dimensões da JSE-S. A primeira é obtida pela soma das cotações atribuídas a cada um dos itens da escala; as restantes através da soma das cotações dos itens que compõem cada dimensão.

6. Interpretação dos resultados

A JSE-S avalia três dimensões da atitude face à empatia: *tomada de perspectiva*, *compaixão* e *capacidade de se colocar no lugar do paciente*. Os valores superiores

correspondem a uma atitude face à empatia mais favorável, maior capacidade de tomada de perspetiva, maior compaixão ou maior capacidade de se colocar no lugar do paciente.

Num estudo recente Hojat e Gonnella (2015) publicaram as normas e os pontos de corte para homens e para mulheres (baixa empatia: $\leq M-1.5DP$; empatia elevada: $\geq M+1.5DP$) numa amostra de 2637 estudantes de medicina. A necessidade do cálculo de normas por sexo prende-se com o facto da investigação anterior ter vindo a demonstrar que as mulheres reportam, consistentemente, níveis de atitude face à empatia significativamente superiores do ponto de vista estatístico aos dos seus congéneres do sexo masculino (para uma revisão da literatura ver Hojat, 2007).

As normas da escala para a população portuguesa não foram ainda publicadas. A aplicação do procedimento adotado por Hojat e Gonnella (2015) permitiu estimar os pontos de corte preliminares para a população portuguesa a partir dos resultados obtidos para a nossa amostra. As estudantes do sexo feminino reportam um nível de empatia médica de 112.38 em média ($DP= 11.04$), considerando-se como ponto de corte para um baixo nível de empatia nas mulheres o valor 95.82 (corresponde a $M-1.5DP$), e um ponto de corte para um elevado nível de empatia o valor de 128.95 (corresponde a $M+1.5DP$). Os estudantes do sexo masculino reportam uma empatia média de 109.73 ($DP = 11.28$), estabelecendo-se como pontes de corte para um nível de empatia baixo e elevado os valores de 92.81 e de 126.65, respetivamente.

7. Avaliação crítica

A importância da empatia no contexto da prestação de cuidados de saúde tem sido demonstrada pela literatura (ver Hojat, 2007 para uma revisão). De entre as mais de 40 escalas de empatia, a JSE-S é utilizada como uma medida de empatia em estudantes de medicina no contexto da prestação de cuidados médicos. Afigura-se como uma escala específica quanto ao seu conteúdo e quanto ao seu contexto de aplicação (Hojat, 2007; Hojat & Gonnella, 2015). Trata-se da escala de empatia mais utilizada em todo o mundo na investigação em educação médica (Hemmerdinger et al., 2007), tendo demonstrado qualidades psicométricas satisfatórias em todas as suas versões traduzidas e adaptadas para diversos idiomas e culturas (Hemmerdinger et al., 2007; Hojat, 2007; Hojat & Gonnella, 2015; Leombruni et al., 2014; Preusche & Wagner-Menghin, 2013).

A sua vasta difusão testemunha a ampla aceitabilidade da JSE-S na comunidade científica da área da educação médica. Assim a utilização da JSE-S permite comparabilidade entre estudos levados a cabo em diferentes partes do mundo, bem como a prossecução de estudos transculturais sobre a empatia. Os resultados do nosso estudo suportam, ainda que de forma limitada, a sensibilidade dos itens, a validade de constructo e a fiabilidade da versão portuguesa da JSE-S. Por isso, a escala pode ser utilizada em Portugal para aferir a atitude face à empatia em estudantes de medicina portugueses.

A JSE-spv apresenta diversas limitações que deverão ser tidas em consideração aquando da sua utilização. Ao tratar-se de uma medida de autorrelato, as pontuações na JSE-spv são potencialmente condicionadas por enviesamentos, por exemplo decorrentes

de desejabilidade social. O risco de incorrer nestes enviesamentos é ainda ampliado pela natureza da própria escala. Com efeito, a JSE-spv avalia unicamente dimensões cognitivas da atitude face à empatia, e não a empatia em si mesma nas suas múltiplas facetas. À luz das múltiplas definições de empatia, é discutível que tais facetas de empatia incluam, para além da atitude face à empatia, a disposição para encetar um comportamento empático, a capacidade de o levar a cabo, assim como uma componente afetiva (Clark, 1980; Shafer, 1959). Por outro lado, a análise das estatísticas descritivas dos itens é reveladora de uma variabilidade limitada dos itens, particularmente do item 2. Isto traduz-se numa baixa sensibilidade de pelo menos um item da JSE-spv.

As qualidades psicométricas desta versão da escala são apenas razoáveis, à semelhança do que acontecia para a versão original e outras versões traduzidas (e.g. Leombruni et al., 2014). Se por um lado os resultados confirmam a estrutura trifatorial da JSE-spv, a escala é estruturalmente desequilibrada. Para além de o número de itens por dimensão ser heterogéneo, uma das dimensões tem um número muito reduzido de itens (apenas dois). Assim, não é de estranhar a obtenção de níveis apenas aceitáveis de consistência interna e de fiabilidade de constructo. Acresce ainda os baixos níveis de índices de correlação entre a dimensão *capacidade de se colocar no lugar do paciente* e as restantes dimensões. Isto traduz-se na não confirmação da existência de um fator de segunda ordem quando tal modelo foi testado. Este resultado pode dever-se, pelo menos em parte, à formulação dos próprios itens que integram cada uma das dimensões. Com efeito, dez dos itens da escala estão formulados na negativa, os quais se distribuem pela segunda e terceira dimensões da escala. No entanto, a maioria dos estudos publicados em Portugal e em outros países apresentam conclusões baseadas no *score* total da JSE-S (e.g. Hojat et al., 2002; Leombruni et al., 2014; Magalhães et al., 2011). Atendendo a estes resultados a interpretação destes *scores* totais deve ser feita com cuidado.

Os resultados indicam uma fiabilidade individual dos itens apenas aceitável. As diferenças encontradas na saturação dos itens podem ser, em parte, explicadas pela utilização do modelo de análise fatorial confirmatória (AFC), por oposição à análise de componentes principais (ACP) usada pelos autores da escala original. Com efeito a AFC é um modelo reflexivo que se baseia na variância comum entre as variáveis, e não um modelo formativo (como acontece na ACP) baseado na variância total entre variáveis. Os resultados encontrados são, porém, congruentes com aqueles reportados em estudos de validação de outras versões traduzidas da JSE-S que utilizam a AFC (e.g. Leombruni et al., 2014). Por último, os resultados dão um suporte apenas limitado à validade convergente da escala.

As limitações que discutimos anteriormente apontam para a necessidade de melhorar a robustez da JSE-spv, em particular no que toca à sua fiabilidade e validade convergente, bem como homogeneizar a formulação de alguns dos seus itens e equilibrar a sua estrutura. No futuro, a investigação deveria ainda estabelecer a validade de critério da JSE-spv, pelo estudo da correlação com as variáveis que a literatura demonstra estarem associadas à empatia (Hojat, 2007). A este respeito, pode ser pertinente a utilização de técnicas alternativas de avaliação da empatia de estudantes, tais como a observação em

contextos reais ou simulados por juizes experientes no estabelecimento de uma relação empática por profissionais de áreas diversas da saúde (e.g., psicoterapeutas). Pressupõe-se a existência de correlações positivas entre as pontuações obtidas com a JSE-spv e aquelas atribuídas por juizes. Finalmente, importa adaptar e estudar as propriedades psicométricas da JSE-spv em outras populações de estudantes e profissionais da área da saúde, bem como estabelecer as normas para a população portuguesa.

8. Bibliografia

- Behling, O., & Kenneth, S. (2000). Translating Questionnaires and Other Research Instruments: Problems and Solutions. *Sager University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*, series nº07-131. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clark, K. (1980). Empathy: A neglected topic in psychological research. *American Psychologist*, 35(2), 187-190. doi: [10.1037/0003-066X.35.2.187](https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.187)
- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(4), 588-593. doi: [10.1097/ACM.0b013e3181d281dc](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d281dc)
- Costa, M. J., Magalhães, E., Portela, M., Oliveira, P., Salgueira, A.P., & Sousa, N. (2009). O estudo longitudinal da Escola de Medicina da Universidade do Minho. In B. Silva, L. Almeida, A. Barca, & M. Peralbo (Eds.). *Atas do X Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (pp. 5195-5205). [Braga: Universidade do Minho]. ISBN- 978-972-8746-71-1.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cyphert, F., & Gant, W. (1970). The Delphi technique: A tool for collecting opinions in teacher education. *The Journal of Teacher Education*, 21, 417-425. doi: [10.1177/002248717002100316](https://doi.org/10.1177/002248717002100316)
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126. doi: [10.1037/0022-3514.44.1.113](https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113)
- Del Canale, S., Louis, D., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243-1249. doi: [10.1097/ACM.0b013e3182628fbf](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf)
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi: [10.2307/3151312](https://doi.org/10.2307/3151312)
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). New York, NY: Prentice Hall.
- Hemmerdinger, J., Stoddart, S., & Lilford, R. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7, 1-8. doi: [10.1186/1472-6920-7-24](https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-24)
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316. doi: [10.1037/h0027580](https://doi.org/10.1037/h0027580)
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York, NY: Springer.
- Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles and Practice*, 24, 344-350. doi: [10.1159/000381954](https://doi.org/10.1159/000381954)
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(10 Suppl), S58-S60. doi: [10.1097/00001888-200210001-00019](https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019)
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloksi, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349-365. doi: [10.1177/00131640121971158](https://doi.org/10.1177/00131640121971158)
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 1, 1-55. doi: [10.1080/10705519909540118](https://doi.org/10.1080/10705519909540118)
- Kline, R. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford.

- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38-45. doi: [10.1016/j.pec.2005.04.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015)
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325. doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x)
- [Leombruni, P.](#), [Di Lillo, M.](#), [Miniotti, M.](#), [Picardi, A.](#), [Alessandri, G.](#), [Sica, C.](#), Castelli, L., & Torta, R. (2014). Measurement properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Empathy in Italian medical students. *Perspectives on Medical Education*, 3(6), 419-430. doi: 10.1007/s40037-014-0137-9.
- Magalhães, E., De Champlain, E., Salgueira, E., & Costa, M. J. (2010). Empatia médica: adaptação e validação de uma escala para estudantes de medicina. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, et al. (Eds.). *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 77-89). [Braga: Universidade do Minho]. ISBN 978-989-96606-0-1
- Magalhães, E., Salgueira, A., Costa, P., & Costa, M. J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 11(1), 52. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/52>
- Mercer, S., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699-705. doi: [10.1093/fampra/cmh621](https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621)
- Pollak, K., Ostbye, T., Alexander, S., Gradison, M., Bastian, L., Brouwer, R., & Lyna, P. (2007). Empathy goes a long way in weight loss discussions. Female patients are more likely to step up weight loss efforts when a physician shows empathy and offers support. *The Journal of Family Practice*, 56(12), 1031-1036.
- Preusche, I., & Wagner-Menghin, M. (2013). Rising to the challenge: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSE-S). *Advances in Health Sciences Education*, 18(4), 573-587. doi: [10.1007/s10459-012-9393-9](https://doi.org/10.1007/s10459-012-9393-9)
- Reiter-Palmon, R., & Connelly, M. S. (2000). Item selection counts: a comparison of empirical key and rational scale validities in theory-based and non-theory-based item pools. *The Journal of Applied Psychology*, 85(1), 143-151. doi: [10.1037/0021-9010.85.1.143](https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.1.143)
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill.
- Schafer, R. (1959). Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 342-373.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321. doi: [10.1037/0022-3514.50.2.314](https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314)

9. Material

O material necessário consiste na folha com os itens da JSE-spv, a qual contém as instruções de preenchimento para os participantes.

10. Edição e distribuição

A JSE-spv pode ser obtida contactando os autores da escala original e da versão portuguesa.

11. Contacto com os autores

Manuel João Costa, mmcosta@med.uminho.pt

Escola de Medicina, Universidade do Minho
Campus de Gualtar, 4710-057 Braga

Alexandra Ferreira-Valente, mafvalente@gmail.com

Escola de Medicina, Universidade do Minho
Campus de Gualtar, 4710-057 Braga

Patrício Costa, pcosta@med.uminho.pt

Escola de Medicina, Universidade do Minho
Campus de Gualtar, 4710-057 Braga