

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



ESCOLA MÉDICA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Curso Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde-
Novas Metodologias



Maria Eduarda Magalhães Castro

**Empatia na relação médico-paciente:
Sociodrama como ferramenta de ensino e desenvolvimento**

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Metodologia de Aprendizagem Ativa da PUC-Rio
como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientador: Professor Jorge Biolchini

Rio de Janeiro
Outubro 2016

Maria Eduarda Magalhães Castro

Graduou-se em Medicina pela
Universidade Gama Filho, em 1980.
Especialista em Cirurgia Geral e
Colo-Proctologia pelo CBC e MEC, 1983.

Ficha catalográfica

Magalhães Castro, Maria Eduarda

Empatia na relação médico-paciente: sociodrama
como ferramenta de ensino e desenvolvimento; Orienta-
dor: Professor Jorge Biolchini - 2016
34f.

Monografia: Especialização em Formação docente
em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodolo-
gias) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Ja-
neiro, Rio de Janeiro, 2016

1. Empatia. 2. Relação médico-paciente. 3. Metodo-
logias de aprendizagem ativa. 4. Sociodrama. 5. Conclu-
sões I. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Regina Maria e Everardo,
pela construção de meu caráter
À minha madrinha Ana Lucia e ao meu tio Miguel,
pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é, antes de tudo, reconhecer.

Através do reconhecimento tomamos consciência daquilo que, por intermédio do outro, nos foi incorporado, passando à fazer parte de nossa própria construção.

Ao longo da vida temos a oportunidade de conviver com uma ampla e riquíssima diversidade e, ao reconhecê-la, damos o primeiro passo em direção à sua compreensão e aceitação.

E como reconhecê-la? Simplesmente nos permitindo navegar nas ondas, voar com as nuvens, tocar a terra, ouvir o canto das florestas, sentir a carícia dos ventos e das brisas.....

Entender e querer os antigos e novos ciclos, sabendo que fazem parte de um mesmo movimento cósmico de permanente impermanência.

Há que se ter inquietude por novos saberes, há que se ter coragem de inovar. Há que se abrir às infinitas possibilidades do ser humano integralizado à sua essência superior.

Reconheço e agradeço aos mestres na arte de ensinar, com os quais tive o privilégio de compartilhar minhas experiências.

Ao Professor Hilton Koch pela visão e coragem de transformar um sonho em realidade.

Ao Professor Jorge Biolchini por sua crença inabalável e sua competência inegável.

Aos Professores Claudia, Helenice, Luíza, Rosália, Marcelo, Daniel e Ralph pela troca enriquecedora.

Aos queridos Solange, Milene e Luiz Eduardo pela parceria e “facilitação.”

À minha amada família - Tania, Carlos Alberto, Otavio, Ana Beatriz, Bruno, e Daniel - pela compreensão, incentivo, paciência e amor incondicional.

Às queridas amigas Andreia e Jacqueline pela parceria, amizade e lealdade de tantos anos.

Aos amigos da MedPUC 2015 por todos os momentos lúdicos e intensos que compartilhamos, pela diversidade convergente e motivadora, pelo verdadeiro afeto construído.

À minha irmã, Maria Cristina, por ter acreditado e alçado esse vôo de mãos dadas comigo.

RESUMO

A boa relação médico-paciente é de fundamental importância na adesão ao tratamento e consequente melhora nos desfechos clínicos. Baseia-se na competência comunicadora que tem, como principal pilar, o exercício da empatia. Essa, por sua vez, é uma habilidade multidimensional, com quatro aspectos principais: emocional, moral, cognitivo e comportamental e, portanto, passível de ser ensinada e desenvolvida. Diversos estudos apontam uma perda progressiva da empatia ao longo do curso de Medicina, cabendo à nós docentes e às instituições de ensino o papel de utilizar meios eficazes, alinhados à uma nova forma de construção do conhecimento, no intuito de formar médicos mais comprometidos com seus pacientes e com uma prática assistencial integralizada.

Tendo como referência as metodologias de aprendizagem ativa, propomos o sociodrama como ferramenta de ensino, desenvolvimento e promoção da empatia, habilidade fundamental no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente nos diversos ambientes e contextos do exercício profissional (atenção primária à saúde, saúde comunitária e familiar, consultórios, clínicas e hospitais), estendendo-se para além dos espaços físicos, criando vínculos de confiança mútua, impactando na adesão ao tratamento bem como nos desfechos clínicos.

PALAVRAS-CHAVE: Empatia; Sociodrama; Estudantes de Medicina; Graduação médica; TBL

ABSTRACTS

The good doctor-patient relationship is fundamental in treatment adherence and consequent improvement in clinical outcomes. It is based on competence communicator that has, as its main pillar, the exercise of empathy. This, in turn, is a multidimensional skill, with four main aspects: emotional, moral, cognitive, and behavioral and therefore subject to be taught and developed. Several studies show a progressive loss of empathy over the course of Medicine, while the teachers and educational institutions have the role of utilization effective means, aligned to a new form of construction of the knowledge, in order form more committed physicians with their patients and with a paid-care practice.

With reference methodologies of active learning, we choose a sociodrama as a teaching tool, development and promotion of empathy, an essential skill in establishing a good doctor-patient relationship in different environments and contexts of professional practice (primary health, community and family health, offices, clinics and hospitals), extending to beyond the physical spaces, creating mutual trust bonds, impacting on treatment adherence and clinical outcomes.

KEYWORDS: Empathy; Sociodrama; Medical Students; Medical Education; TBL

SUMÁRIO

1. Introdução	11
1.1. Objetivo	11
1.2. Metodologia	11
1.3. Referencial Teórico	12
 2. A educação médica no século XX	 13
2.1. Considerações históricas	13
2.2. Relatório Flexner	14
2.3. Modelo flexneriano	15
 3. Novo modelo de educação médica	 16
3.1. Modelo biopsicossocial	16
3.2. Novas diretrizes curriculares nacionais e suas implicações ...	17
3.3. Metodologias de aprendizagem ativa (MMA) – Modelo MedPUC	17
 4. Empatia e a relação médico-paciente	 21
4.1 Métodos de ensino e avaliação da empatia	21
4.2 Fatores que influenciam na empatia	22
4.3 Sociodrama e atividades grupais reflexivas	23
4.4 Sociodrama como ferramenta de ensino e desenvolvimento da empatia	23
 5. Considerações finais	 28

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1	Medical education in United States and Canada	15
----------	---	----

QUADROS

Quadro 1	Metodologia de aprendizagem tradicional x metodologia de aprendizagem ativa	18
Quadro 2	Nova taxonomia de Bloom	19
Quadro 3	Modelo Med-PUC de competências	20
Quadro 3	Fases de preparação do TBL	25

TABELAS

Tabela 1	Questionário de avaliação de atividade	26
Tabela 2	Escala Jefferson-modelo para estudantes	30

SIGLAS

ABCa	Aprendizagem Baseada em Caso
ABE	Aprendizagem Baseada em Equipe
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABPe	Aprendizagem Baseada em Pergunta
C H A	Conhecimento Habilidade Atitude
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EUA	Estados Unidos da America
MAA	Metodologia(s) de Aprendizagem Ativa
MedPUC	Curso de Graduação em Medicina da PUC-Rio
PBL	Problem Based Learning
TBL	Team Based Learning

1. INTRODUÇÃO

O termo empatia origina-se da palavra grega **empathia**, tendo como significado **afeição**. Foi utilizado pela primeira vez em 1904 pelo escritor Vernon Lee (1856-1935), para quem o processo empático correspondia à projeção da energia, atividades e sentimentos de cada indivíduo, equivalendo ao fenômeno psicológico **Einfühlung**, identificado pelo psicanalista alemão Theodor Lipps (1851-1914), seu contemporâneo. Ao longo do século XX, outros psicanalistas, como Carl Rogers (1902-1987) e Sigmund Freud (1856-1939), sugeriram que a empatia fosse vista de uma forma mais abrangente, representando um verdadeiro interesse pelo paciente. Torna-se assim um aspecto inerente à personalidade do ser humano.

Engloba tanto aspectos subjetivos-emocionais quanto objetivos-cognitivos, sendo passível de ser aprendida e desenvolvida ao longo da vida.

1.1 Objetivos

O objetivo desse trabalho foi promover intervenções didáticas, baseadas em metodologias de aprendizagem ativa (MMA) para estimular e desenvolver a empatia. Como ferramenta utilizamos o sociodrama de Jacob Levy Moreno¹⁹, aplicado à estudantes de Medicina de uma instituição privada, do 9º e 10º períodos, ao longo de 8 semanas de prática em ambulatório de Colo-Proctologia, em um hospital da rede pública da cidade do Rio de Janeiro.

1.2 Metodologia

Seguimos os princípios da Metodologia de Aprendizagem Ativa (MAA), praticados ao longo do Curso de Especialização em Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias/PUC Rio, turma 2015.

Elegemos como ferramenta de ensino e desenvolvimento da empatia o sociodrama (Jacob Moreno), aplicado à alunos do 9º e 10º períodos do curso de Medicina, durante estágio prático no ambulatório de Colo-Proctologia de um hospital do SUS (Sistema Único de Saúde). Ao longo do estágio foi realizadas práticas baseadas em TBL (Team Based Learning) com o intuito de avaliar e consolidar conceitos adquiridos ao longo da experiência vivida.

1.3 Referencial teórico

Como referencial teórico adotamos o sociodrama educacional, atividade grupal caracterizada como um linha de pesquisa-ação em Psicologia da Educação. Segundo a definição de Moreno, sociodrama é um método de ação que trata das relações intergrupais e ideologias coletivas, podendo ser utilizado tanto na área da saúde quanto na educação.

No contexto da educação médica, constatamos que as técnicas sociodramáticas propiciam o aflorar de questionamentos sobre o papel do “ser médico” e da própria relação médico-paciente, além de estimular e aprimorar as práticas em grupo, trabalhando conflitos e sugerindo soluções.

O TBL, metodologia focada na prática grupal, foi de grande valor no processo de avaliação de conceitos prévios e transformações resultantes.

2. A EDUCAÇÃO NO SÉCULO XX

2.1 Considerações históricas

A prática da educação existe desde os primórdios da humanidade, inicialmente de forma exclusivamente intuitiva, por simples imitação. Há relatos de que os povos egípcio, hebreu e hindu aplicavam modelos de educação intencional em crianças e adolescentes.

Na antiga Atenas, capital da Grécia, há exemplos claros de modelos educacionais baseados em liberdade de expressão, reflexão, interação com a natureza e entre os envolvidos no processo. Em suas academias Sócrates e Platão fomentavam pensamentos e pensadores.

Assim como em outras partes do mundo, a educação no Brasil sofreu forte influência religiosa, especialmente dos jesuítas (1549-1759). As primeiras escolas públicas surgem sob a influência do iluminismo, atendendo aos interesses políticos dos governantes (reforma pombalina 1759-1827).

Já a Prússia adotou um modelo espartano, dividido em castas, baseado em disciplina e castigo, sob a regência dos governantes, os quais desejavam um povo servil, obediente e apto para as batalhas. Tal modelo extrapolou fronteiras sendo visto como exemplo de êxito educacional.

A educação do século XX foi desenhada à luz de diversos pensadores – partindo das ideias de aprendizagem pelo condicionamento de Montessori, a aprendizagem por experiência de Frenet, chegando a Piaget, Vygotsky e, no século XX, a aprendizagem significativa de David Ausubel, a crítica de Paulo Freire ao modelo de educação tecnicista e o construtivismo do francês Michael Foucault. Apresentam, como ponto de convergência, a discussão sobre os modelos de ensino, expressando a necessidade da autonomia do estudante.

No tocante ao ensino médico, vê-se nos EUA, à partir da metade do século XIX, o início de uma grande proliferação de escolas médicas, com as mais diversas tendências terapêuticas e metodologias de ensino. As escolas eram abertas sem qualquer padronização, vinculadas ou não às universidades, com ou sem equipamentos, adotando diferentes critérios de admissão e tempo de duração, independentemente de fundamentação teórico-científica.

Com o advento da revolução industrial (1760-1840), trazendo consigo a necessidade de aperfeiçoamento técnico e compromisso com lucro e resultados, o modelo de escola tecnicista e conteudista ganhou força, prevalecendo até os dias de hoje. Nesse contexto vimos o crescimento da indústria farmacêutica e suas interseções com o exercício da medicina, alinhando essa última ao mundo corporativo, exercendo grande impacto nos governos e instituições.

“Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica as universidades” (Mendes-1985).

2.2 Relatório Flexner

Em 1907 o educador Abraham Flexner, de origem judaico-alemã, publicou um livro *The American College: the criticism*, no qual faz críticas ao sistema de educação dos Estados Unidos. Essa publicação lhe rendeu um convite da Fundação Carnegie para realizar estudo sobre a situação do ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá. Durante 180 dias Flexner visitou 155 escolas médicas e, com base nessas observações, elaborou seu relatório, publicado em 1910, que traz, como principal proposta, a clara divisão do ensino de graduação em dois ciclos: básico, com suas respectivas disciplinas, seguido do clínico no qual o estudante entraria em contato com os pacientes e a realidade da prática médica.

Em 1912 Flexner publicou um estudo sobre a educação médica na Europa, intitulado *Medical Education in Europe: a report of Carnegie Foundation of the advancement of teaching*. Em 1925 foi a vez de um estudo comparativo entre a educação médica nos EUA e alguns países europeus (*Medical Education: a comparative study*).

Cabe ressaltar que, à época desses estudos, a educação médica já vinha passando por transformações em todo o mundo.

Alguns vieses podem ser apontados no Relatório Flexner:

- Ausência de critérios de avaliação padronizados Pouco tempo disponibilizado à coleta de dados (155 escolas visitadas em 180 dias)
- Ausência de instrumentos padronizados para a coleta de dados
- Avaliação realizada por uma só pessoa

2.3 Modelo flexneriano

Várias críticas foram feitas ao modelo flexneriano, podendo-se apontar pontos positivos e negativos.

Pontos positivos

- Reorganização e regulamentação das escolas médicas
- Busca da excelência
- Estímulo ao raciocínio científico
- Priorização das atividades práticas, em hospitais e laboratórios

Pontos negativos

- Desconsidera aspectos que impactam no ensino médico e, consequentemente, na prática médica e na organização dos próprios sistemas de saúde
- Aprendizado focado na doença, sem levar em conta o contexto social, coletivo, comunitário em que a mesma se desenvolve
- Ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital

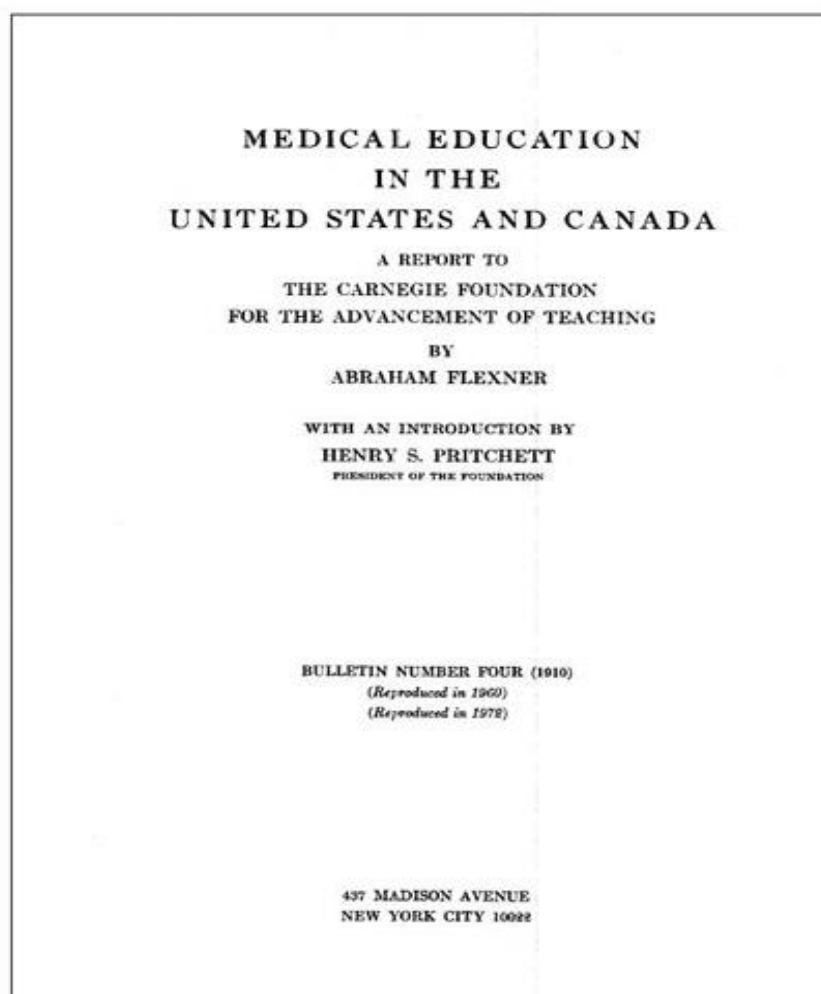


Figura 1 – Medical Education in the United States and Canadá

3.0 NOVO MODELO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Nos anos 1960 começam à surgir severas críticas ao sistema de ensino médico no EUA, estabelecendo-se a chamada “crise da medicina”. Esse fato causou repercussão nos meios acadêmicos, institucionais (OMS-Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde), governos, fundações (Fundação Rockfeller) e sociedade em geral.

À partir de 1980 iniciam-se reformas no setor de saúde em vários países, baseadas em diversos modelos e estratégias, incluindo o Brasil, onde tais reformas foram amplamente debatidas dentro da sociedade civil. As escolas médicas preocupam-se cada vez mais em trabalhar qualidades humanísticas em seus alunos.

Em 2007 Ferreira defende a tese de que a educação médica necessita diversificar os cenários de aprendizagem, valorizando e melhor explorando diversos ambientes¹⁰.

Em 1995, o Comitê de Acreditação em Educação Médica dos EUA (Liaison Committee on Medical Education) e o Comitê de Acreditação das Escolas Médicas Canadenses (Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools) adotaram uma resolução segundo a qual “as habilidades de comunicação são fundamentais para a educação e o funcionamento eficiente dos médicos” e que “deve haver instrução e avaliação específicas destas habilidades, já que estão relacionadas a responsabilidades médicas, incluindo comunicação com pacientes, famílias, colegas e outros profissionais de saúde”³.

3.1 Modelo biopsicossocial

Emerge da necessidade de se rever o papel do médico na sociedade, face aos questionamentos frente à esse papel. Segue algumas diretrizes:

- o conceito de atenção integral
- valorizar aspectos psicológicos e sociais
- trabalhar a interface entre a medicina técnico-científica e a assistencialista
- médico precisa desenvolver a competência de se comunicar e compreender as demandas de seus pacientes em vários níveis de complexidade, tendo a empatia como ferramenta imprescindível para o desenvolvimento dessa competência

3.2 Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e suas implicações

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN-2001) do Curso de graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” e o perfil do médico egresso como um profissional:

*“[...] 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 assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano [...]”*⁶

As DCN propõem, como fio condutor do currículo acadêmico, as próprias necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. As Diretrizes propõem, ainda, novas estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação do aprendizado (metodologias de aprendizagem ativa)⁶.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve :

I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, as segurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão .

Em 2004, o Ministério da Educação instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que pretende avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes¹⁶.

Surge, assim, a possibilidade de se reestruturar o ensino médico em nosso país, mudando o perfil do egresso e das instituições de ensino, ampliando e aprofundando o debate nas escolas médicas, tendo no bem estar da sociedade sua principal motivação.

3.3 Metodologias de aprendizagem ativa (MMA)

As MMA baseiam-se na Aprendizagem Significativa (David Ausubel-1976), em que o aluno aprende à medida que uma nova informação interage como sua própria estrutura cognitiva, de forma natural e espontânea. Os conceitos são melhor aprendidos quando dentro do contexto no qual são ensinados, praticados e avaliados. O aluno representa o eixo central do processo, o professor atua como mediador/facilitador, há valorização do conhecimento prévio, considerando-se os mecanismos cognitivos como espinha dorsal do processo ensino-aprendizagem.

Os conceitos de Ausubel se alinham aos de outros educadores contemporâneos, tais como Paulo Freire, para quem o indivíduo não deve ser tratado como um recipiente vazio, devendo o conhecimento prévio ser identificado, respeitado e explorado⁴.

“Se tivesse que reduzir toda a psicologia da educação a um único princípio, diria o seguinte: o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe. Averigue isso e ensine-o de acordo.” (Ausubel-1980)

Quadro 1 - Metodologias de Aprendizagem Tradicional x Metodologias de Aprendizagem Ativa

CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DIDÁTICO DO ENSINO TRADICIONAL	CARACTERÍSTICAS DA APRENDIZAGEM COLABORATIVA
O professor é o responsável pela aprendizagem.	O aluno é responsável pela aprendizagem.
O ensino é um processo de instrução.	O ensino-aprendizagem é um processo de construção.
Os alunos são passivos.	Os alunos são ativos.
O professor instrui e dá aulas expositivas.	O professor facilita e aconselha (o professor atua como um tutor)
O aluno trabalha com material apenas escrito, gravado ou televisionado.	O aluno tem possibilidade de ter acesso a um número muito grande de informações por meio das novas tecnologias educacionais.
O aluno recebe informação.	O aluno é uma pessoa criativa que resolve problemas e usa a informação.
Projetos e conquistas individuais.	Trabalho colaborativo.

Fonte: <http://www.avd.kuleuven.ac.be/bic/products/handbook/handbookchapters/01hdbkindex.html>

Características desejáveis em metodologias de aprendizagem ativa:

- Construtivista – basear-se em aprendizagem significativa;
- Colaborativa – favorecer a construção do conhecimento em grupo;
- Interdisciplinar – proporcionar atividades integradas a outras disciplinas;
- Contextualizada – permitir que o educando entenda a aplicação deste conhecimento na realidade;
- Reflexiva - fortalecer os princípios da ética e de valores morais;
- Crítica – estimular o educando a buscar aprofundamento de modo a entender as limitações das informações que chegam até ele;
- Investigativa – despertar a curiosidade e a autonomia, possibilitando ao educando a oportunidade de aprender a aprender;
- Humanista – ser preocupado e integrado ao contexto social;
- Motivadora – trabalhar e valorizar a emoção;
- Desafiadora – estimular o estudante a buscar soluções.

Tão importante quanto as metodologias de aprendizagem são as de avaliação, destacando-se, dentre outras, a Taxonomia de Bloom. Esse modelo possibilita a avaliação do conhecimento levando em conta diversos níveis cognitivos, desde a capacidade de lembrar até a de criar. Considerando a dimensão metacognitiva, os alunos que conhecem diferentes estratégias de aprendizagem poderão utilizá-las na resolução de problemas. Trata-se do conhecimento do próprio conhecimento.

Processo Cognitivo	Dimensão do Conhecimento
Criar	Metacognição
Avaliar	Metacognição
Analisar	Metacognição
Aplicar	Processual
Compreender	Conceitual
Lembrar	Fatual

Quadro 2 – Nova Taxonomia de Bloom

Na aprendizagem ativa, além do conhecimento, são desenvolvidas habilidades e atitudes (**CHA**). Surge, então, o conceito de **competências**, as quais deverão ser aprendidas e lapidadas ao longo do curso.

Utilizamos como fonte de referência e inspiração o modelo MedPUC, com sua grade de competências, definindo o perfil do egresso, alinhado às DCN.

Dentre as competências damos ênfase à **comunicadora** e sua importância na relação médico-paciente, tendo como elemento fundamental a **empatia**. Como ferramenta de ensino e desenvolvimento da empatia elegemos uma prática grupal: o sociodrama (Jacob Levy Moreno)¹⁹.

PERITO MÉDICO	Aplica conhecimentos, habilidades clínicas e atitudes profissionais na provisão de cuidado médico centrado no paciente.
DEFENSOR DA SAÚDE	Influencia o avanço da saúde e do bem-estar de pacientes, comunidades e populações, contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde.
GESTOR	Participa na organização de cuidados de saúde e contribui para a efetividade do sistema de saúde.
COMUNICADOR	Possui habilidades de comunicação efetivas, facilitando o estabelecimento de relações sadias com pacientes, familiares e colegas.
COLABORADOR	Garante ótimo cuidado médico através de trabalho efetivo em uma equipe de saúde.
ESTUDIOSO	Demonstra compromisso vitalício com o aprendizado reflexivo, bem como com a criação, disseminação, aplicação e tradução de conhecimento médico.
PROFISSIONAL	Exerce prática ética e sustentável, sendo coerente com seus valores pessoais e contribuindo para a regulação profissional.

Quadro 3 - Perfil do egresso do MedPUC: os sete papéis essenciais

4. EMPATIA E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente extrapola o encontro entre os sujeitos, indo além de uma anamnese, exame clínico, solicitações de exames complementares e propostas terapêuticas, envolvendo habilidades técnicas e pessoais. Remonta aos tempos de Hipócrates e seu conceito de medicina voltada para o ser humano e não para a doença. Entre outros fatores que a influenciam podemos destacar a **empatia** que, segundo definição de Rogers, envolve a sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas momento à momento pela outra pessoa²². Davis a classifica como um processo afetivo, cognitivo e comportamental, podendo ser facilitado pela intervenção do docente, que ofereceria aos alunos experiências que aumentassem o autoconhecimento, o poder de escuta, o respeito e a tolerância, ajudando-os a identificar suas fraquezas, medos e preconceitos, além de proporcionar-lhes uma visão ampliada da atuação médica, por si só terapêutica⁸.

Segundo Di Blasi e Kleijnen⁹ a empatia seria uma ferramenta útil para transformar o paciente propriamente dito em um ser autônomo, sem ser visto apenas como um número de prontuário ou um leito de hospital.

Considerando sua importância na prática médica, surge a proposta de ensiná-la e discuti-la a sob a ótica de docentes e discentes do curso de Medicina.

Partindo do princípio de respeito à autonomia, tanto médico quanto paciente assumem o papel de sujeitos, atuando co-participativamente na busca pelo melhor desfecho.

“Os profissionais/alunos devem sentir-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais. Como sujeito, entende-se uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento.” (L’Abbate-1994)

4.1 Métodos de ensino e avaliação da empatia

Existem várias formas de se ensinar e desenvolver habilidades de comunicação, tais como: leitura de artigos, palestras, discussões, observação da atuação do preceptor frente ao paciente, e atividades em grupo (representação de papéis com pacientes simulados, interação com pacientes simulados, análise de consultas gravadas em fitas de som ou vídeo).

A simulação de consultas médicas por meio de dramatização permite que os estudantes observem e discutam sua própria atuação e de seus pares.

A Ghent University (Bélgica), em 1999, implantou o treinamento teórico e prático em comunicação em todos os anos do curso. Entre os métodos didáticos utilizados estão a demonstração das habilidades em vídeos e leitura de casos de histórias de pacientes, **dramatização com colegas ou pacientes simulados** em pequenos grupos (de 5 a 10 estudantes) com foco na filmagem das consultas reais, que proporcionam uma idéia do desempenho de cada estudante. Os estudantes são avaliados anualmente.

A Associação Americana de Universidades Médicas (Association of American Medical Colleges - AAMC), e suas diretrizes publicadas em 1998, incluiu o desenvolvimento da empatia como um dos objetivos para a graduação em medicina, visto sua importância na prática médica. Assim surge a necessidade de melhor avaliá-la e mensurá-la. Em 2001, a Jefferson Medical College desenvolveu a **Escala Jefferson**, o primeiro instrumento de avaliação de empatia elaborado especificamente para a medicina, o médico e o estudante de medicina, logo ganhando ampla aceitação e se tornando o mais utilizado em pesquisas sobre o tema no mundo¹⁵. Paro et al. realizaram a tradução e validação para a língua Portuguesa do Brasil e encontraram, na análise fatorial, o componente *Compassionate Care* como fator principal da escala na realidade cultural Brasileira²⁰.

O desenvolvimento de instrumentos psicométricos para a medida de empatia tornou possível confirmar seu papel em desfechos positivos para o paciente e para o médico.

4.2 Fatores que influenciam na empatia

Segundo Schweller, em sua tese de doutorado publicada em 2014 na Revista Brasileira de Educação Médica, estudos comprovam índices mais elevados de empatia entre as mulheres e pessoas mais jovens. Do mesmo modo, estudantes que optam por seguir a medicina de família, clínica médica, psiquiatria e pediatria apresentam níveis de empatia maiores que os estudantes que buscam especialidades voltadas para tecnologia ou procedimentos, como anestesiologia, radiologia e patologia. Tal observação é válida também para médicos formados.

Evidências sugerem que há um declínio progressivo da empatia ao longo

do curso de medicina. Dentre as principais causas relacionadas à essa perda podemos citar o currículo oculto, sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, influência negativa de maus modelos de prática médica.

Ao ingressar na faculdade cada estudante traz consigo sua própria bagagem sócio-cultural que, no decorrer do curso, poderá entrar em desacordo com o que acredita ser a realidade da prática da medicina, gerando um conflito de ordem moral frente às decisões e atitudes relacionadas ao atendimento de seus pacientes, ao contato com outros profissionais e à sua própria vida pessoal. Essa situação de conflito desestimula a prática de uma atitude empática, fundamental para uma boa relação médico-paciente.

À partir da percepção de tais fatos, desenvolveram-se estudos visando promover atividades didáticas de ensino e desenvolvimento da empatia. Os resultados foram, em sua maioria, positivos^{24,25}.

4.3 Sociodrama e atividades grupais reflexivas

As atividades em grupo permeiam a vida acadêmica desde seu início, caracterizando-se como um método auxiliar no processo de ensino-aprendizagem. Como exemplo podemos citar a Aprendizagem Baseada em Problema (PBL), Aprendizagem Baseada em Caso (CBL), Aprendizagem Baseada em Pergunta (POGIL), Problematização (PBZ) e a Aprendizagem Baseada em Time (TBL). Tais atividades estimulam o estudante a refletir sobre sua aprendizagem, num mecanismo de ação-reflexão-ação em direção à autonomia.

O Sociodrama, criado pelo médico romeno Jacob Levy Moreno (1889-1974), é um método de investigação e intervenção nas relações interpessoais, nos grupos, entre grupos ou mesmo no relacionamento de uma pessoa consigo mesma. Segundo ele “sociodrama é um método de ação que trata das relações intergrupais e das ideologias coletivas.”

Em 1925, já morando nos EUA, Moreno desenvolveu e sistematizou a **socionomia** (estudo do grupo e suas relações). A socionomia se divide em sociometria, sociodinâmica e a sociatria.

Sociometria: mede as relações entre os membros do grupo, evidenciando as preferências e evitações presentes nas relações grupais. Utiliza como método o teste sociométrico.

Sociodinâmica: interessa-se pela dinâmica do grupo e utiliza, como método, o *role-playing* ou jogo de papéis.

Sociatria: busca tratar as relações grupais e utiliza três métodos: o sociodrama, a psicoterapia de grupo e o psicodrama.

O sociodrama permite a investigação psicológica dos papéis sociais dos grupos ou instituições envolvidas., deixando aflorar novas percepções, treinando a empatia, o auto-conhecimento, a espontaneidade e a criatividade.

No contexto da educação médica é pertinente por trazer à tona conflitos existentes entre o indivíduo/estudante, com suas crenças e valores, a vivência prática acadêmica e hospitalar e a expectativa da própria sociedade em relação ao papel do médico.

Numa representação sociodramática estão presentes cinco elementos:

1. Diretor é o elemento principal, responsável pelo evento.
2. Egos-auxiliares têm a função de contribuir para o esclarecimento da trama, por meio da representação de personagens, seguindo a orientação do diretor.
3. Protagonista é o indivíduo que retrata e reflete o problema à ser trabalhado; traz o conteúdo principal.
4. Platéia são os observadores da representação.
5. Espaço cênico é o local onde ocorre a representação.

O diretor deve seguir as etapas propostas por Moreno. 1) Aquecimento: preparação dos membros do grupo para o evento, através da utilização de diversos recursos, tais como: exposição oral, música, textos relacionados ao tema a ser abordado, buscando mobilizá-los; 2) Dramatização: interpretação e vivência do tema/problema pelos membros do grupo. O diretor coordena o grupo com técnicas de ação, dando espaço para a manifestação da maioria sobre o tema; 3) Comentários: momento do compartilhamento de sentimentos e identificações com os problemas abordados. O diretor busca uma reflexão, por parte de todos, do que aconteceu no sociodrama; 4) Processamento teórico: momento em que a unidade funcional, formada pelo diretor e egos auxiliares, fazem uma análise das ações ocorridas no evento.

Durante a dramatização algumas técnicas podem ser utilizadas pelo diretor:

1. Duplo: diretor ou ego auxiliar expressa verbalmente o que o grupo não está conseguindo expressar.

2. Espelho: diretor ou ego auxiliar expressa fisicamente o sentimento do grupo em relação ao tema, para que o mesmo possa “se ver”.
3. Inversão de papéis: sujeitos trocam de papel, possibilitando colocar-se no lugar do outro.

4.3 Sociodrama como ferramenta de ensino e desenvolvimento da empatia

A proposta desse estudo é a utilização do sociodrama como ferramenta de ensino e desenvolvimento da empatia, pilar da boa relação médico-paciente. A escolha baseou-se na possibilidade oferecida de colocar-se no lugar do outro, vivenciar diferentes papéis, observa-se e ser observado, refletir sobre os vários papéis e promover mudanças internas e externas positivas.

O público alvo é constituído de alunos do 9º e 10º períodos do curso de Medicina de uma Escola Particular, no decorrer de estágio prático no ambulatório de Colo-Proctologia de um hospital do SUS (Sistema Único de Saúde)

O estudo foi desenhado em etapas:

Etapa 1

1. Divisão em dois grupos com cinco integrantes cada (atribuição do professor);
2. Aplicação de questionário individual objetivando saber os conhecimentos prévios acerca da atividade prática-ambulatorial a ser desenvolvida, bem como as expectativas em relação a mesma (IRAT);
3. Discussão em grupo sobre as respostas individuais;
4. Consenso grupal em torno das respostas fornecidas (TRAT).
5. Explanação, por parte do professor, sobre princípios do sociodrama, seus objetivos e regras.
6. Disponibilização de artigos para leitura sobre relação médico-paciente e empatia

Preparação	Compromisso Compartilhado	Aplicação dos Conceitos do Curso
Estudo individual. Leitura dos textos sobre temas recomendados. Análise do material de estudo.	Teste individual. Teste em grupo. Explicações do especialista, presencialmente ou a distância.	Aplicação de uma atividade orientada. Aprofundamento do assunto.

Quadro 4 - Fases de preparação do TBL

Etapa 2

Os dois grupos tem oportunidade de frequentar por tres semanas consecutivas o ambulatório de Colo-Proctologia.

Etapa 3

Na quarta semana, logo após o término dos atendimentos ambulatoriais, cada um dos grupos representa um sócio-drama, baseado em caso clínico real, no qual cada estudante desempenha um papel, à saber: médico, paciente, enfermeiro(a), acompanhante do paciente e diretor/interventor. O grupo que não está representando desempenha o papel de plateia-observador.

Fornecido novo questionário para ser respondido individualmente, com o propósito de avaliar o que havia se modificado, na percepção dos alunos, após vivenciar outros papéis que não o de médico (IRAT), seguido de discussão em grupo (TRAT).

Table 2- Students' perceptions on other aspects of the simulation activity and the impact of the activity on their academic and professional daily lives	
<i>Regarding the medical consultation simulation activity:</i>	<i>% of students who answered YES</i>
Did you feel comfortable during the consultation with the simulated patient?	8
Were you able to be involved with the scenes, despite their being simulated?	9
Did you feel comfortable during the debriefing with the professors?	9
Did this simulation activity motivate you to study?	5
Do you think the activity improved your interaction with the simulation group?	7
Do you think that the activity improved your ability to listen to the patient?	9
Do you think the activity improved your ability to listen to others?	9
Do you think you will use what you learned in your professional life?	9
Do you think you will use what you learned in your personal life?	9

Table 2 – Students' perceptions on other aspects of the simulation activity and the impact of this activity on their academic and professional daily lives. For each question, the student could answer "YES", "NO" or "INDIFFERENT".

Extraído de Schweller M, Passeri SMRR, Carvalho-Filho MA. Simulation with standardized patients and an extended in-depth debriefing: dealing with students' emotions

Etapa 4

Seguem-se mais três semanas de atividades no ambulatório e, na oitava semana, mais dois sociodramas são representados.

Etapa 5

A atividade final presencial baseia-se numa discussão em grande grupo, nos moldes de um Círculo Socrático, fazendo o professor papel de moderador.

O eixo central da discussão deverá ser a empatia, seu papel e importância na relação médico-paciente, assim como as mudanças de percepção ao longo das oito semanas de atividade.

Como conclusão do ciclo aplica-se o questionário padrão para avaliação da empatia baseado na Escala Jefferson de Empatia Médica em sua versão para estudantes (Tabela 2). Os alunos deverão responder e enviar para email previamente informado pelo professor.

À partir da tabulação das respostas, poderemos avaliar o impacto da atividade na percepção dos alunos acerca da empatia e da própria relação médico-paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devemos adotar intervenções de ensino que ofereçam uma apresentação positiva da medicina e da relação médico-paciente logo no início do curso de graduação, como meio de promover a empatia entre os estudantes. O contato com a prática da medicina baseada em modelos positivos parece influenciar benéficamente no exercício da empatia associada à atividades reflexivas.

Nesse trabalho as intervenções são realizadas no ciclo clínico, onde exercemos a docência.

Esperamos sensibilizar nossos estudantes à um novo modelo educacional, o qual privilegia uma assistência voltada às demandas da população, com ênfase na prevenção e manutenção da saúde, respaldada nos princípios da autonomia e da boa relação médico-paciente.

“A educação médica deve atribuir à empatia o mesmo destaque gozado por ela na boa prática da medicina. É provável que uma forma eficiente de fazê-lo seja apresentar ao estudante a boa prática médica, garantida por outra, a da reflexão crítica sobre experiências cognitivas e afetivas vivenciadas no curso e na atividade profissional.”

(Schweller-2014)

Tabela 2

Jefferson Scale of Empathy – S version

Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes
--

Por favor, indique o seu nível de concordância com as seguintes afirmações:

(Assinale a opção escolhida na seguinte escala com um ☐ ; em caso de erro, preencha por completo o quadrado ■ e assinale com um ☒ a opção correta)

	Discordo fortemente					Concordo fortemente						
	1	2	3	4	5	6	7					
1. A compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva dos pacientes.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia o resultado dos tratamentos.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os pacientes valorizam a compreensão que o médico tem dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact: Empathy.Scales@Jefferson.edu

© Jefferson Medical College, All rights reserved

Referências bibliográficas

- 1.ALMEIDA, CA. (Org.) Grupos. **A proposta do Psicodrama**.São Paulo: Agora; 1999.Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

- 2.ANDRADE, AS. **Intervenções grupais na educação**. In: Fleury HJ, MARRA, MM. **Sociodrama Educacional: uma estratégia de pesquisa-ação em psicologia escolar institucional**. São Paulo: Agora; 2005. p.49-66.

- 3.ASSOCIATION COLLEGE OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Functions and Structure of a Medical School: Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree**. Washington, DC: Association of American Medical Colleges/Liaison Committee on Medical Education; 1997.

- 4.AUSUBEL, D. P. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

- 5.BAT-RAWDEN, SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. Acad Med. 2013;88(8):11717.

- 6.BRASIL, MUNISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

- 7.COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, Resolução CNRM nº 008/2004, de 05 de agosto de 2004. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004 ago13. Seção 1, p. 25.

8.DAVIS,MH. Empathy: A Social Psychological Approach. Madison: Brown and Benchmark Publishers; 1994.

9.DI BLASI, Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? Eval Health Prof. 2003;26(2):166-79

10.FERREIRA, RC, Silva RF, Aguera CB. **Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde.** Rev Bras Educ Med. 2007; 31(1). [acesso 2010 Ago.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1590/S010055022007000100008>

11.FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo/SP: Paz e Terra; 2011.

12.GELHAUS, P. **The desired moral attitude of the physician:** (III) care. Med Health Care Philos. 2013;16(2):125-39. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019012-9380-1>

13.GROSSEMAN,S.,Stoll C. **Ensino-aprendizagem da relação médico paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina.** Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3): 301-308

14.HALPERIAN, EC, Perman JA, Wilson EA. Abraham Flexner of Kentucky, his report, **Medical Education in the United States and Canada, and the historical questions raised by the report.** Acad Med. 2010;85(2):203-10.
<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c88506>

15.HOJART, M, Mangione S. **Jefferson Scale of Physician Empathy.** Health Policy Newsl. 2001;14(4).

16.INSTITUTO NACIONAL DE ESTUOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, **Sinaes.** Brasília: Ministério da Educação; 2006. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/sinaes>

17.L'ABBATE, S. **Health Education: A New Approach**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, Oct/Dec, 1994

18.MENDES,EV. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985

19.MORENO, JL. **Quem sobreviverá? Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama**. Goiânia: Dimensão, 1992 a v. 1.

20.PARO HB, Daud-Galotti RM, Tiberio IC, Pinto RM, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: Psychometric properties and factor analysis. BMC Med Educ 2012;12:73.

21.PROVENZANO,BC., André P. G. Machado, Mary T. A. S. Rangel, Renata N. Aranha, **A empatia medica e a graduação em medicina** Vol. 13 , N. 4 - Educação Médica

22.ROGERS CR. **The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change**. J Consult Clin Psychol. 1992;60(6):827-32.

23.ROMANA,MA. **Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama**. Campinas, SP: Papirus;

24.SHAPIRO, J, Morrison E, Boker J. Teaching empathy to first year medical students: Evaluation of an elective literature and medicine course. Educ Health (Abingdon). 2004;17:73–84.

25.STEPIEN,KA, BAERNSTEIN, A. **Educating for empathy: a review**. J Gen Intern Med. 2006;21(5):524-30.

26.ZANOLLI, MB. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica.** In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. (Org.). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.40-61.