

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

JULIANNI BERNARDELLI LACOMBE

**ESPIRITUALIDADE DOS ESTUDANTES E RESIDENTES DE MEDICINA:
ASSOCIAÇÕES COM EMPATIA E ATITUDE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

UBERLÂNDIA/MG

2017

JULIANNI BERNARDELLI LACOMBE

**ESPIRITUALIDADE DOS ESTUDANTES E RESIDENTES DE MEDICINA:
ASSOCIAÇÕES COM EMPATIA E ATITUDE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Nívea Macedo de Oliveira Morales

UBERLÂNDIA/MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- L142e
2017
- Lacombe, Julianni Bernardelli, 1978
Espiritualidade dos estudantes e residentes de medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente / Julianni Bernardelli Lacombe. - 2017.
100 p.
- Orientadora: Nívea Macedo de Oliveira Morales.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.
1. Ciências médicas - Teses. 2. Relação médico-paciente - Teses. 3. Educação médica - Teses. 4. Espiritualidade - Teses. I. Morales, Nívea Macedo de Oliveira. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

JULIANNI BERNARDELLI LACOMBE

**Espiritualidade dos estudantes e residentes de Medicina: associações com
empatia e atitude na relação médico-paciente**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Aprovado em 18 de agosto de 2017.

Profa. Dra. Nívea Macedo de Oliveira Morales (orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dra. Alessandra Carla de Almeida Ribeiro
Universidade Federal de Uberlândia

Aos meus queridos pais, Ângelo e Graça, que me ensinaram valores fundamentais para oferecer cuidado humanizado aos meus pacientes.

Ao Rodrigo, amore mio.

Ao Pedro, minha vida.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha eterna gratidão a todos aqueles que fizeram parte deste trabalho e desta história...

Ao Rodrigo, meu esposo, pelo amor, incentivo, compreensão, escuta e pela contribuição por vezes ativa em todo o estudo.

Ao Pedro, meu príncipe querido, pelo carinho e sensibilidade. Que minhas ausências sejam por você apreciadas como uma tentativa de evolução para cuidados mais humanizados aos pacientes.

Aos meus pais, Ângelo e Maria das Graças, pelo amor incondicional, pelo apoio, pela compreensão e pela oferta de valores fundamentais no cuidado humanizado aos meus pacientes.

À Profa. Dra. Nívea de Macedo de Oliveira Morales, minha orientadora, pelas grandiosas contribuições para meu crescimento, pela paciência, dedicação e competência.

À Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro pela solicitude, amizade e pela colaboração na minha evolução acadêmica.

Aos professores, Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva e Profa. Dra Alessandra Carla de Almeida Ribeiro, mestres que desde a minha formação em Pediatria, contribuem para meu progresso acadêmico.

Às amigas Renata Catani e Emiliana Valadares pela grande parceria, pelas alegrias, tristezas, angústias, resiliência, enfim, por propiciarem ajuda em momentos que já são históricos.

À Prof. Dra. Tânia Maria Mendonça Silva pelo incentivo, dedicação e paciência nos desafios da Estatística.

A todos do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia pelo apoio constante no aperfeiçoamento e crescimento profissional.

A todos os estudantes e residentes de Medicina que participaram desta pesquisa.

“O estudo dessa temática é um dos meus pontos de apoio para que eu não perca o idealismo do jovem que busca a medicina querendo fazer a diferença na vida das pessoas”.

MJI, estudante de Medicina

RESUMO

Lacombe, JB. Espiritualidade dos estudantes e residentes de Medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2017.

Introdução: Na atualidade, tem-se considerado relevante e oportuno estudar os fatores que contribuem para a melhoria das relações interpessoais no contexto da assistência ao paciente e da educação médica. Compreender os preditores em relação à empatia e à atitude do estudante e do jovem médico é tema em destaque na formação dos profissionais de saúde e em seu desempenho acadêmico e profissional. A espiritualidade tem sido apontada como tema importante tanto pelos pacientes como pelos estudantes de Medicina, porém ainda é pouco abordada nas escolas médicas. **Objetivo:** Verificar a associação entre o bem-estar relacionado à espiritualidade e crenças pessoais do estudante e residente de Medicina com a empatia e a atitude na relação médico-paciente. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa. O instrumento WHOQOL – Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais, a Escala Jefferson de Empatia e a Escala de Orientação Médico-Paciente foram autoaplicados a 64 estudantes dos últimos anos do curso de Medicina e 50 residentes. Foram realizadas a estatística descritiva, a correlação de Spearman e a regressão linear *stepwise* para análise dos dados. O nível de significância foi de $p < 0,05$. O alpha Cronbach foi utilizado para verificar a consistência interna dos instrumentos. **Resultados:** Foram encontradas correlações moderadas com $r > 0,3$ e $p < 0,05$: Tomada de Perspectiva: *Conexão com ser espiritual ou força espiritual* ($r = 0,309$; $p < 0,01$), *Admiração* ($r = 0,306$; $p < 0,01$), *Totalidade e Integração* ($r = 0,342$; $p < 0,01$), *Força Espiritual* ($r = 0,309$; $p < 0,01$) e Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,394$; $p < 0,01$); Escore Final JSE : *Integração* ($r = 0,337$; $p < 0,01$), *Paz Interior* ($r = 0,325$; $p < 0,01$) e Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,352$; $p < 0,01$); Compartilhar: *Integração* ($r = 0,334$; $p < 0,01$); Cuidar: Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,312$; $p < 0,01$); Escore PPOS Total: *Sentido da Vida* ($r = 0,323$; $p < 0,01$), *Admiração* ($r = 0,336$; $p < 0,01$), *Integração* ($r = 0,364$; $p < 0,01$), *Paz Interior* ($r = 0,315$; $p < 0,01$) e Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,358$; $p < 0,01$). O escore final do WHOQOL-SRPB apresentou efeito sobre o escore global de empatia ($R^2=0,12$; $p < 0,01$; $\beta=0,35$; VIF=1,00). A faceta *Sentido da Vida* apresentou efeito sobre o escore global da atitude centrada no paciente ($R^2=0,14$; $p < 0,01$; $\beta=0,38$; VIF=1,00). **Conclusão:** Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foram associadas à atitude centrada no paciente e à empatia dos internos e residentes de Medicina. Em geral, o bem-estar relacionado à espiritualidade foi preditor da empatia, e o *Sentido da Vida* foi preditor da atitude centrada no paciente. Esses resultados implicam na necessidade de considerar-se o bem-estar relacionado à espiritualidade na formação dos estudantes e residentes para uma melhor qualidade da relação médico-paciente. **Palavras-chave:** Espiritualidade. Empatia. Educação médica. Estudantes de Medicina. Relação médico-paciente.

ABSTRACT

Lacombe, JB. Spirituality in students and residents: association with empathy and attitudes. [Dissertation]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2017.

Background: Studying the factors that improve interpersonal relationships in patient care and medical education has been considered relevant and necessary. Understanding what predicts empathy among students and medical residents attitudes is a relevant issue in the education of health professionals. Although patients and medical students have pointed spirituality as an important issue, it is not frequently addressed in medical schools. **Objective:** To verify the association between students' and medical residents' well-being related to spirituality, religiousness and personal beliefs and students' and medical residents' empathy and attitudes in the physician-patient relation. **Methods:** Cross-sectional, observational study with a total of 64 students and 50 residents. Participants answered to the following self-administered instruments: WHOQOL-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs, Jefferson Scale of Empathy, and Patient-Practitioner Orientation Scale. Descriptive statistics, Spearman correlation and stepwise linear regressions were used to analyze data. The level of significance was $p < 0.05$. The Cronbach alpha was used to verify the internal consistency of the instruments. **Results:** Moderated correlations with $r > 0.3$ $p < 0.05$ were found: Perspective-taking: *Spiritual Connection* ($r = 0.309$; $p < 0.01$), *Experiences of Awe and Wonder* ($r = 0.306$; $p < 0.01$), *Wholeness and Integration* ($r = 0.342$; $p < 0.01$), *Spiritual Strength* ($r = 0.309$; $p < 0.01$) and WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.394$; $p < 0.01$); Final JSE score: *Wholeness and Integration* ($r = 0.337$; $p < 0.01$), *Inner Peace* ($r = 0.325$; $p < 0.01$) and WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.352$; $p < 0.01$); Sharing: *Wholeness and Integration* ($r = 0.334$; $p < 0.01$); Caring: WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.312$; $p < 0.01$); PPOS Total score: Meaning and Purpose in Life ($r = 0.323$; $p < 0.01$), *Experiences of Awe and Wonder* ($r = 0.336$; $p < 0.01$), *Wholeness and Integration* ($r = 0.364$; $p < 0.01$), *Inner Peace* ($r = 0.315$; $p < 0.01$) e WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.358$; $p < 0.01$). WHOQOL-SRPB final score affected the global score of empathy ($R^2=0.12$; $p<0.01$; $\beta=0.35$; VIF=1.00). The facet *Meaning and Purpose in Life* affected the global score of the patient-centered attitude ($R^2=0.14$; $p < 0.01$; $\beta=0.38$; VIF=1.00). **Conclusions:** Spirituality, religiousness and personal beliefs are associated with medical students' and residents' empathy and patient-centered attitudes. Well-being related to spirituality was a predictor of empathy, and *Meaning and Purpose in Life* predicted patient-centered attitudes. These results imply the need to consider well-being related to spirituality in medical education for a better physician-patient relation.

Keywords: Spirituality. Empathy. Medical Education. Medical Students. Physician-patient relation.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAMC – *Association of American Medical Colleges*

AMA – *American Medical Association*

GWISH – *Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde*

NAES – Núcleo Avançado de Estudos em Espiritualidade e Saúde na Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana

NInPES – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal Triângulo Mineiro

NUPE – Núcleo de Psiquiatria e Espiritualidade da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

NUPES – Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde

NUSE – *Grupo de Estudos em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de São Paulo*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ProSER – *Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade*

REUPE – Rede Universitária de Pesquisa em Espiritualidade

SBROME – *Spirituality and Brazilian Medical Education*

WHOQOL-SRPB – *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 15 |
| 2.1 Espiritualidade e medicina | 15 |
| 2.2 Espiritualidade e empatia | 21 |
| 2.3 Espiritualidade e medicina centrada no paciente | 24 |
| 2.4 Relevância do estudo da espiritualidade | 27 |
| 3 OBJETIVOS | 30 |
| 3.1 Objetivo geral | 30 |
| 3.2 Objetivos específicos | 30 |
| 4 ARTIGO: VERSÃO EM INGLÊS | 31 |
| 5 ARTIGO: VERSÃO EM PORTUGUÊS | 57 |
| REFERÊNCIAS | 83 |
| ANEXO A – COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA JEFFERSON SCALES OF EMPATHY | 90 |
| ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO | 91 |
| ANEXO C – INSTRUMENTO WHOQOL-SRPB, ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA E ESCALA DE ORIENTAÇÃO MÉDICO-PACIENTE | 92 |
| ANEXO D – COMPROVANTE DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA | 97 |

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem havido uma ampla preocupação com a re-humanização da Medicina. Em sua origem histórica, a Medicina era uma ciência sobretudo humanística, e sua base estruturava-se no solo da filosofia da natureza e em um sistema teórico com uma visão holística, que entendia o homem como ser dotado de *corpo e espírito* (GALLIAN, 2001). Os “primeiros médicos” eram identificados na figura dos curandeiros, xamãs e sacerdotes, sendo os males do corpo muitas vezes relacionados com a influência de espíritos, deuses e situações místicas incompreensíveis no mundo natural (LOPES, 1970). Para médicos como Hipócrates,

as doenças não são consideradas isoladamente e como um problema especial, mas é no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que [o médico] se fixa com segura visão. (JAEGER, 1995, p. 1.007).

No entanto, a partir do século XIX, com o rápido desenvolvimento do chamado método experimental – “método científico” – e a consolidação do Relatório Flexner na formação médica (PAGLIOSA; ROS; AURELIO, 2008), tem-se o predomínio do modelo biomédico, essencialmente centrado na doença, enquanto a humanização esvaneceu-se na área médica (GALLIAN, 2001). De fato, todo esse processo de supervalorização do modelo biologicista e dos meios tecnológicos que acompanharam o desenvolvimento da Medicina levantou o alerta sobre a desumanização. Por um lado, o jovem médico é exposto, desde muito cedo em sua formação, à alta tecnologia em detrimento do lado humanístico e filosófico da Medicina (CRISTINA et al., 2007). Por outro, os avanços tecnológicos na Medicina são inegáveis e foram de grande importância para o aprimoramento de diagnósticos e terapêuticas. Sobre esse paradoxo, as palavras de Bernard Lown são esclarecedoras:

a medicina jamais teve a capacidade de fazer tanto pelo homem como hoje. No entanto, as pessoas nunca estiveram tão desencantadas com seus médicos. A questão é que a maioria dos médicos perdeu a arte de curar, que vai além da capacidade do diagnóstico e da mobilização dos recursos tecnológicos. A chave dessa arte perdida está na relação médico-paciente. (LOWN, 2008).

No processo de re-humanização da Medicina, a relação médico-paciente é o ponto de ação. Não é possível humanizar a Medicina sem humanizar o médico (BLASCO, 2011). As escolas médicas, os conselhos da classe e os órgãos públicos que regulamentam a profissão médica – Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior e Ministério da Educação (BRASIL, 2014), a *Association of American Medical Colleges* (Associação Americana de Escolas de Medicina) (NUTTER; WHITCOMB, 1984) e *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America* (Instituto de Medicina (EUA) Comitê de Qualidade de Saúde na América) (INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001) – alertaram para essa questão e, ao mesmo tempo, publicaram vários documentos que regulamentam a prática e a educação médica com enfoque no resgate da empatia na relação médico-paciente, no cuidado centrado no paciente e, portanto, na formação de um profissional mais humanista. O documento *Médicos para o século XXI*, da AAMC (*Association of American Medical Colleges* – Associação Americana de Escolas de Medicina) (NUTTER; WHITCOMB, 1984), sublinha o altruísmo, a integridade, o carinho, a compaixão, o respeito, a responsabilidade, a excelência em estudos e a liderança. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina orientam novos modelos pedagógicos para as escolas médicas. Destaca que a estruturação curricular deve propor a formação do médico por meio do desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes interativas e globalizadoras nos âmbitos técnico, científico, humanístico e social (BRASIL, 2014).

Em cada momento histórico, em função do diagnóstico de saúde da população, da epidemiologia, do modo de organização do processo de trabalho, da elaboração do saber e do desenvolvimento de tecnologias, torna-se evidente a necessidade de redefinir-se o perfil profissional a ser formado para atender às exigências dos serviços de saúde (MARINS, 2003). A insatisfação referida pelos pacientes e o abalo na confiabilidade na relação médico-paciente apontam para deficiências humanas do profissional de saúde, mais do que para falhas técnicas (GOMES; DE FREITAS DRUMOND; DE FRANÇA, 2001). Também, no modelo médico hegemônico da medicina tecnológica, os baixos indicadores de saúde da população, o alto custo em saúde e os impasses sobre a sustentabilidade econômica deixam claro que esse modelo não se sustenta, e novas propostas pedagógicas emergem.

No panorama atual da educação médica, a ênfase está centrada nos aspectos técnico-científicos, prevalecendo o modelo flexneriano: o biologismo, o mecanicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. O currículo, aplicado pela maioria das escolas médicas brasileiras, é estruturado em disciplinas, no qual o conhecimento é compartimentalizado e subdividido em três etapas distintas – básico, profissionalizante e estágio supervisionado obrigatório –, e a maioria dos cenários de aprendizagem fica restrita ao ambiente hospitalar (MARINS, 2003). Nesse sentido, a formação do profissional médico está voltada para a especialização (MARINS, 2003). A *tecnologia pesada*, tais como equipamentos tecnológicos especializados presentes em hospitais e laboratórios, é muito valorizada em detrimento da *tecnologia leve*, que envolve as tecnologias de relações, a capacidade de vínculo, as habilidades de comunicação, o acolhimento e as atitudes em relação aos pacientes (MERHY; MERHY, 2005).

Ao estudante de Medicina, é proposto “aprender a aprender”, ‘aprender a fazer’ e ‘aprender a ser’” (SILVA, 2002). Diante do contexto de reforma do ensino médico, em que “aprender a ser” tem destaque tal como “aprender a fazer”, a empatia e a atitude centrada no paciente são elementos fundamentais na formação médica. Compreender os preditores em relação à empatia e a atitude do estudante e do jovem médico é tema em destaque na formação dos profissionais de saúde e no desempenho acadêmico e profissional.

Vários elementos estão relacionados com a empatia e a atitude do estudante/residente na relação médico-paciente. Dentre eles, qualidade de vida (PARO et al., 2014), níveis de *burnout* (THOMAS et al., 2007; BRAZEAU et al., 2010), depressão (THOMAS et al., 2007), anos de graduação na formação médica (NEUMANN et al., 2011) (HAIDET et al., 2002; TSIMTSIOU et al., 2007), sexo feminino (TAVAKOL; DENNICK; TAVAKOL, 2011) (HAIDET et al., 2002), idade, anos de prática clínica (CARMEL; GLICK, 1996), diferentes especialidades médicas (HOJAT et al., 2002) (HAIDET et al., 2002), renda familiar (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007), religiosidade (TSIMTSIOU et al., 2007), significado da vida e o tratamento anterior de saúde mental (DAMIANO et al., 2017b). Esse estudo investiga a associação de aspectos cognitivos e/ou comportamentais, tais como crenças espirituais, religiosas e pessoais com a atitude centrada no paciente e a empatia na relação médico-paciente. A espiritualidade tem sido apontada como um tema importante, tanto pelos pacientes (LUCCHETTI et al., 2010) (OYAMA; KOENIG, 1998) como pelos estudantes de

Medicina (LUCCHETTI et al., 2013), relacionado à saúde e à assistência à saúde, porém ainda pouco abordado nas escolas médicas (LUCCHETTI et al., 2012).

Até o momento, dois estudos avaliaram a associação de aspectos comportamentais e/ou cognitivos, como espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, com o nível de empatia dos estudantes de Medicina (DAMIANO et al., 2017b) (DAMIANO et al., 2017a). Nenhum estudo avaliou a associação da espiritualidade ou da qualidade de vida relacionada à espiritualidade com a atitude centrada no paciente na relação médico-paciente. Portanto, há a necessidade de maior elucidação quanto à relação entre os aspectos comportamentais e cognitivos – como a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais – com a empatia e a atitude na relação médico-paciente.

Além disso, um estudo relativo à avaliação da espiritualidade entre os estudantes e residentes de Medicina justifica-se tendo em vista todo o contexto atual referente à atuação do profissional médico na assistência integral à saúde, humanista, e os benefícios da abordagem do paciente como ser biopsicosocioespiritual em resposta ao processo saúde-adoecimento-cuidado (GARCIA et al., 2007).

O estudo poderá contribuir para embasar os benefícios e a importância da inclusão do tema espiritualidade na formação médica como propõem algumas escolas médicas no Brasil e no exterior (FORTIN; BARNETT, 2004; LUCCHETTI; GRANERO, 2010; LUCCHETTI et al., 2014). Assim, este estudo poderá favorecer nossa compreensão sobre a necessidade de considerar-se espiritualidade e crenças na educação médica, bem como colaborar para uma formação médica com a valorização de competências e uma melhor qualidade na relação médico-paciente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Espiritualidade e medicina

Ciência/Medicina e Espiritualidade/Religiosidade têm despertado grande interesse no âmbito científico e na prática clínica dos médicos. A publicação *The faith that heals* (A fé que cura), no *British Medical Journal*, em 1910, por William Osler, professor de Medicina da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore (EUA) (OSLER, 1910) (LUCCHETTI et al., 2010), foi decisiva na afluência entre ciência e religião a partir do século XX. Na década de 1960, foi publicado e indexado o *Journal of Religion and Health* (Jornal de Religião e Saúde). Nas décadas subsequentes, o enfoque principal foram publicações que avaliaram (i) os mecanismos pelos quais a fé contribui para os desfechos clínicos e o enfrentamento da condição saúde-doença e (ii) as formas como os médicos podem abordar esse assunto na prática clínica (LUCCHETTI et al., 2010).

As pesquisas e bases científicas sobre o assunto são abundantes. Uma medida objetiva que reflete essa importância está no número de artigos indexados nas principais bases de dados internacionais na área de saúde. Em acesso recente, na data de 21 de junho de 2017, ao banco de dados da PubMed, foram relacionados 8.884 estudos relacionados à palavra “*spirituality*” e 16.941 artigos considerando-se a entrada **spirit**.

Espiritualidade constitui um termo que se enquadra dentro dos “conceitos emergentes” (GLADIS et al., 1999), sendo, portanto, de difícil definição. Alguns autores utilizam os termos espiritualidade e religiosidade como sinônimos; já outros fazem uma distinção clara entre eles, sendo espiritualidade um conceito mais amplo. A grande maioria das definições relacionadas ao construto refere-se a uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente, e não estaria necessariamente relacionada com determinada religião (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Dessa forma, no livro *Handbook of Religion and Health*,

Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao sentido da vida, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades

religiosas. Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Outras definições, como da *Association of American Medical Colleges* e da Dra Christina Puchalski fundadora e diretora do Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde (GWISH), consideram a busca individual do significado da vida por meio da participação em família, naturalismo, racionalismo, humanismo e artes:

O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. É expresso em uma busca individual do significado final através da participação em religião e / ou crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e artes. Todos esses fatores podem influenciar como pacientes e profissionais de saúde percebem saúde e doença e como eles interagem uns com os outros. (AAMC, 1999)

Espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Essa definição é utilizada como base em cursos médicos sobre espiritualidade e saúde. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades. É expressa como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte (PUCHALSKI, 1999).

Crescente número de publicações ressalta a influência da espiritualidade na saúde humana (CULLIFORD, 2002), o que resultou na criação da expressão “espiritualidade baseada em evidências” (HILL et al., 2000). Estudos demonstram que a recuperação dos pacientes acontece de maneira mais rápida quando eles possuem um sistema de crenças e valores otimistas que forneçam um significado para a vida (KOENIG, 2001). A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a uma maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (PUCHALSKI; LARSON, 1998). Nesse sentido, o construto espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença (KOENIG, 2008). Também, estudos revelam a relação entre espiritualidade e saúde mental associada a uma menor

prevalência de depressão (SMITH; MCCULLOUGH; POLL, 2003), níveis menores de ansiedade (BOSCAGLIA et al., 2005) e menor taxa de suicídio (RASIC et al., 2009). Além disso, verificou-se a associação da espiritualidade com um maior bem-estar geral (LEVIN; MARKIDES; RAY, 1996) e melhor qualidade de vida (PETERMAN et al., 2002).

Como reflexo do impacto da espiritualidade nos desfechos em saúde, existe uma proposta para modificar-se o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), no sentido de incluir-se a dimensão não material ou espiritual: “um estado dinâmico completo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença”. (WHO, 1998a).

Na prática médica, muitos pacientes manifestam o desejo de que os médicos abordem a espiritualidade (LUCCHETTI et al., 2010) e reforçam que sentiriam mais empatia e confiança no médico que questionasse esse tema (OYAMA; KOENIG, 1998). Os pacientes desejam que suas preocupações espirituais sejam reconhecidas e abordadas, principalmente no contexto atual, que apresenta um aumento no número de pacientes com doenças crônicas e pacientes terminais (KOENIG, 2002). As publicações em periódicos de alto impacto na literatura médica, como o *Journal of the American Medical Association* (JAMA) (KOENIG, 2000), o *New England Journal of Medicine* (SLOAN et al., 2000) e o *Annals of Internal Medicine* (POST; PUCHALSKI; LARSON, 2000), reforçam a valorização da espiritualidade no contexto saúde-doença e a importância dela nos desfechos clínicos.

A Organização Mundial da Saúde anuncia:

Até recentemente, as profissões da saúde seguiram em grande parte um modelo médico, que procura tratar os pacientes concentrando-se em medicamentos e cirurgia, e dá menos importância às crenças e à fé na cura, no médico e na relação médico-paciente. Esta visão reducionista ou mecanicista dos pacientes não é mais satisfatória. Pacientes e médicos começaram a perceber o valor de elementos como fé, esperança e compaixão no processo de cura. (WHO, 1998b).

O conhecimento científico e prático em relação à espiritualidade por parte dos profissionais de saúde pode facilitar o atendimento médico, melhorar a relação médico-paciente, ao resgatar aspectos humanísticos, levar à compreensão do paciente como um ser biopsicosocioespiritual e, por fim, beneficiar os desfechos clínicos e o tratamento (MODJARRAD, 2004).

A *Association of American Medical Colleges* (NUTTER; WHITCOMB, 1984; INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001) coloca como sendo fundamental, na formação dos acadêmicos de Medicina, uma formação adequada na área da espiritualidade:

Os estudantes devem ser advertidos de que espiritualidade e crenças culturais e suas práticas são elementos importantes para a saúde e o bem-estar de muitos pacientes. Eles deverão ser advertidos de que é necessário incorporar esta espiritualidade, e crenças culturais em suas práticas, dentro dos cuidados dos pacientes numa variedade de contextos clínicos. Eles reconhecerão que sua própria espiritualidade, crenças e práticas possivelmente afetarão os caminhos de relacionamento e cuidados com os pacientes. (AAMC, 1999).

A Associação ressalta, ainda, que currículos médicos devem proporcionar aos alunos uma compreensão do papel que a espiritualidade desempenha no cuidado de pacientes em diferentes situações clínicas, além do efeito da própria espiritualidade na capacidade de fornecer cuidados compassivos aos pacientes (NUTTER; WHITCOMB, 1984).

Nesse contexto, tem-se um aumento significativo de cursos e disciplinas relacionados à espiritualidade nas universidades. Até o ano de 1993, a inserção do tema espiritualidade nas escolas de nível superior nos Estados Unidos limitava-se a menos de cinco escolas médicas com a disciplina Religião/espiritualidade no curso de Medicina, dado que subiu para mais de 100 escolas nos últimos 15 anos (FORTIN, 2004). Nas escolas médicas britânicas, 59% dos cursos de Medicina já possuem disciplinas relacionadas à espiritualidade. No Brasil, em estudo que investigou a extensão na qual espiritualidade/saúde é abordada nas escolas médicas brasileiras, das 86 escolas avaliadas, quatro (4,6%) ofereciam espiritualidade/saúde como disciplina obrigatória e cinco (5,8%) escolas médicas abordavam o tema em um curso eletivo. Em resumo, apenas nove (10,4%) escolas médicas brasileiras tinham um curso específico dedicado a esse assunto (LUCCHETTI et al., 2012). Portanto, o tema espiritualidade ainda é incipiente nas escolas médicas brasileiras.

Entretanto, a presença de vários centros de estudo de espiritualidade/saúde/religião dentro das universidades é dado que reforça a relevância desse tema no contexto acadêmico mundial: Centro de Estudos de Saúde, Religião e Espiritualidade da Universidade do Estado de Indiana; Centro de Espiritualidade e Saúde da Universidade da Florida; Centro de Espiritualidade,

Teologia e Saúde da Universidade de Duke; Centro de Espiritualidade e Saúde da Universidade de Minnesota; e Instituto George Washington de Espiritualidade e Saúde (LUCCHETTI et al., 2010). No Brasil, temos Núcleo de Psiquiatria e Espiritualidade (NUPE) da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora; Núcleo Avançado de Estudos em Espiritualidade e Saúde (NAES) na Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana; Rede Universitária de Pesquisa em Espiritualidade (REUPE), que envolve diferentes instituições da Bahia que estudam e pesquisam a temática espiritualidade; Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NInPES) na Universidade Federal Triângulo Mineiro; Núcleo de Pesquisas sobre Espiritualidade e Religiosidade (ProSER) da USP, ligado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de São Paulo; Grupo de Estudos em Espiritualidade e Saúde na Universidade Federal de São Paulo (NUSE) e diversas ligas acadêmicas e programas de pós-graduação em várias instituições de ensino médico. A Universidade Federal do Ceará oferece, em sua matriz curricular, disciplina optativa no curso de Medicina denominada Medicina e Espiritualidade, bem como a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – Saúde e Espiritualidade – e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Medicina, Saúde e Espiritualidade.

No entanto, ao considerar-se a espiritualidade na formação dos acadêmicos de Medicina, as lacunas são evidenciadas. Mesmo que, nas últimas décadas, tenha havido uma preocupação muito expressiva relacionada à inserção da espiritualidade na formação dos profissionais médicos, ainda se tem um grande desafio na introdução do conteúdo espiritualidade nas matrizes curriculares. Em estudo multicêntrico conduzido no Brasil, denominado SBAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*), a maioria dos estudantes de Medicina acredita que a espiritualidade tem um impacto sobre a saúde dos pacientes e que esse impacto é positivo. A maioria dos estudantes considerou relevante (75,3%) abordar espiritualidade em sua prática clínica e manifestou o desejo de realizá-lo (58%), embora quase metade (48,7%) sentiu-se despreparada para fazê-lo. No que diz respeito à sua formação, os estudantes relataram que nunca haviam participado de uma atividade envolvendo o tema espiritualidade e saúde (81,0%) e que seus docentes nunca ou raramente tinham abordado essa questão (78,3%). A maioria também acredita que deva estar preparada para lidar com questões espirituais relacionados com a saúde de seus pacientes

(61,6%) e que esse conteúdo deveria ser incluído no currículo médico (62,6%) (LUCCHETTI et al., 2013).

Na atualidade, a extensão, o volume e a qualidade das evidências têm proporcionado um crescente reconhecimento de que a espiritualidade constitui uma dimensão importante na vida das pessoas. É evidente a relevância da espiritualidade para o paciente em diversos cenários, assim como a importância dela na prática clínica e na educação médica. No entanto, as publicações são escassas quando o tema é a espiritualidade do próprio estudante ou médico. Um estudo realizado com 275 alunos de Medicina do quarto e quinto ano, ou seja, dos dois primeiros anos clínicos, na Universidade de Auckland, na Nova Zelândia, investigou os efeitos da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais sobre a qualidade de vida de estudantes afiliados ou não a uma fé religiosa. Os estudantes que revelaram uma fé religiosa apresentaram maiores escores do que os participantes não religiosos em todas as facetas do WHOQOL-SRPB, exceto na *Esperança*. Os escores de domínio de qualidade de vida não diferiram significativamente entre religiosos e não religiosos. Os escores WHOQOL-SRPB foram associados a domínios de qualidade de vida superiores, indicando que a extensão de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais esteve associada a percepções de qualidade de vida aumentadas em estudantes de Medicina. Baixos escores de *Sentido da vida* e *Esperança* foram os indicadores de sofrimento psicológico, sem nenhuma relação significativa com a religiosidade (KRÄGELOH et al., 2015b).

Outra publicação demonstra a influência de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais no contato prévio com problemas de saúde e no nível de empatia de estudantes de Medicina. Os achados mencionam que o significado da vida e o tratamento anterior de saúde mental, mas não a religiosidade, foram positivamente relacionados à empatia (DAMIANO et al., 2017b). As intervenções para melhorar o bem-estar mental dos estudantes de Medicina podem ser eficazes se orientadas a ensinar os estudantes a encontrarem o significado e o propósito em suas vidas (KRÄGELOH et al., 2015a). Ter uma crença profunda, religiosa ou não, poderia dar um significado transcendental à vida e funcionar como estratégia para lidar com o sofrimento humano, a ponto de refletir em um comportamento empático superior.

Atividades dentro da formação médica que estimulem o estudo da espiritualidade propiciam o entendimento para o cuidado de si e o autoconhecimento, condições essenciais para a formação de um profissional (REGINATO; BENEDETTO;

GALLIAN, 2016), e podem representar um impacto na atuação – comportamento empático e atitude centrada no paciente. Além disso, essas atividades contribuem como um mecanismo para enfrentamento do estresse e aumento da resiliência e da qualidade de vida (KRÄGELOH et al., 2015b) para os próprios estudantes e residentes. Por esses motivos, escolas de Medicina no Brasil e no mundo têm unido esforços para incluir o conteúdo espiritualidade no currículo médico (FORTIN; BARNETT, 2004; LUCCHETTI et al., 2014; LUCCHETTI; GRANERO, 2010).

2.2 Espiritualidade e empatia

A palavra empatia deriva do grego *empátheia* e, segundo dicionário da língua portuguesa, corresponde à experiência pela qual uma pessoa se identifica com outra, tendendo a compreender o que ela pensa e a sentir o que ela sente, ainda que nenhuma das duas o expressem de modo explícito ou objetivo (AULETE; VALENTE, 2007). A empatia é um conceito complexo e multidimensional (HOJAT et al., 2002b).

No contexto médico, a empatia tem sido descrita como um construto multidimensional com domínios cognitivos, emotivos e comportamentais. Na educação médica, é definida como um atributo predominantemente cognitivo que envolve a compreensão das experiências, preocupações e perspectivas dos pacientes, combinada com a capacidade de comunicar essa compreensão e a intenção de ajudar (HOJAT, 2007a). Empatia emocional refere-se à preocupação do indivíduo para com os sentimentos dos outros (WEST et al., 2006). Já o componente comportamental envolve a expressão externa dessas qualidades internas para influenciar o encontro com o paciente (THOMAS et al., 2007).

Também segundo Hojat (2002), empatia é um conceito que abrange os domínios cognitivo, emocional e afetivo. O domínio cognitivo inclui a habilidade de entender a experiência do mundo interno da outra pessoa; o domínio emocional abrange a resposta subjetiva adquirida pela afinidade com outra pessoa; e o domínio afetivo inclui adentrar ou participar da experiência e dos sentimentos do outro (HOJAT et al., 2002b), sendo que estes dois últimos domínios estão mais envolvidos com a simpatia do que com a empatia (HOJAT et al., 2002b). Assim, o médico com comportamento empático compreende, compartilha e interessa-se para o melhor entendimento do paciente. Já na simpatia, o médico compartilha suas emoções com

o paciente. Se exagerada, a simpatia pode interferir na objetividade necessária para o diagnóstico e o tratamento. Então, o termo “compassivo afastamento” é utilizado para descrever o interesse empático do médico, mas sustenta um afastamento coerente para manter o equilíbrio emocional (HOJAT et al., 2004).

A empatia é apontada como uma das habilidades de relações interpessoais mais importantes do profissional médico, ao considerar o benefício para a saúde do paciente. Ela é um elemento terapêutico particularmente eficaz na comunicação médico-paciente (NEUMANN et al., 2011). Um conteúdo importante na definição de empatia é o entendimento dos médicos sobre a perspectiva de seus pacientes e a comunicação da compreensão por parte do médico, o que implica ser necessário o paciente perceber a empatia do médico para beneficiar-se de resultados ótimos (HOJAT, 2009; SQUIER, 1990). Dessa forma, há relação entre os fatores de satisfação do paciente e a percepção do entendimento empático (SQUIER, 1990).

A empatia no contexto do atendimento clínico pode levar a resultados positivos para o paciente, incluindo maior satisfação e concordância do paciente, menores taxas de processos jurídicos de negligência, menor custo de assistência médica e índices baixos de erros médicos (HOJAT, 2009). Maiores níveis de empatia percebida pelos pacientes têm correlação positiva com a satisfação geral com os médicos, com a confiança interpessoal e com a maior adesão ao tratamento (HOJAT et al., 2010), inclusive com resultados clínicos positivos (HOJAT et al., 2011). Uma possível explicação é que um comportamento empático na relação médico-paciente aumenta a compreensão mútua e a confiança entre médico e paciente, o que, por sua vez, promove a partilha sem ocultação, levando a um melhor alinhamento entre as necessidades dos pacientes e planos de tratamento e, portanto, a diagnósticos mais precisos e maior aderência (NEUMANN et al., 2011). Dessa forma, a empatia deve ser vista como um componente integral da competência do “bom médico” (CARMEL; GLICK, 1996), e aumentá-la no cenário do cuidado com o paciente é uma das tarefas importantes da educação médica.

Na percepção do residente em Medicina, menores níveis de empatia estão associados a maiores probabilidades de erros médicos (WEST et al., 2006). Nos estudantes de Medicina, menores níveis de empatia foram associados a uma baixa qualidade de vida (PARO et al., 2014), níveis elevados de *burnout* (THOMAS et al., 2007; BRAZEAU et al., 2010) e à depressão (THOMAS et al., 2007). Níveis altos de empatia foram encontrados em estudantes de Medicina nos períodos iniciais da

formação médica e da prática clínica (NEUMANN et al., 2011) e associados ao sexo feminino (TAVAKOL; DENNICK; TAVAKOL, 2011). Outros estudos demonstram que a empatia está relacionada com médicos mais jovens, com menos anos de prática clínica e com maiores índices de atitudes pró-sociais não estereotipadas em relação aos pacientes (CARMEL; GLICK, 1996).

Um estudo comparou o grau de empatia entre as diferentes especialidades e encontrou escores mais elevados em psiquiatras, generalistas, pediatras e médicos emergencistas (HOJAT et al., 2002). Estudantes de Medicina que pretendiam escolher especialidades como pediatria ou medicina interna tinham escores mais elevados em medidas de empatia do que seus colegas que pretendiam fazer radiologia e patologia (NEWTON et al., 2000). As diferenças nos escores de empatia observados entre médicos de diferentes especialidades refletem a noção de que indivíduos com graus diferentes de habilidades interpessoais são motivados por especialidades diferentes (HOJAT et al., 2002). Assim, esses dados reforçam que a empatia está associada a diversos fatores inerentes e extrínsecos ao estudante e residente de Medicina.

Alguns autores reforçam que a empatia pode ser aperfeiçoada por meio de atividades educacionais específicas (LA MONICA et al., 1976), enquanto outros defendem que a empatia é um traço da personalidade que não pode ser facilmente ensinado (LA MONICA et al., 1987) e que influencia nas habilidades interpessoais. De fato, algumas variáveis estão envolvidas com maiores escores de empatia, dentre elas, o sexo feminino (HOJAT, 2007; KATAOKA et al., 2009), os primeiros anos da graduação no curso de Medicina (CHEN et al., 2012) e a atuação em especialidades médicas centradas na pessoa (HARSCH, 2014).

Nesse sentido, quando consideramos a educação médica e a abordagem da empatia, precisamos ampliar o foco e buscar outros fatores que influenciam o comportamento empático do estudante e jovem médico frente ao paciente. Uma publicação recente avaliou a qualidade de vida relacionada à espiritualidade em estudantes do curso médico e demonstrou que o *Sentido da Vida* está associado a maiores níveis de empatia (DAMIANO et al., 2017). Atividades dentro da formação médica que estimulem o estudo da espiritualidade por meio do conhecimento da subjetividade das pessoas, recursos para o entendimento do cuidado de si e do autoconhecimento, debates sobre transcendência, sensibilidade a culturas, valores, desejos de fim de vida e paz interior, mecanismos de resiliência e tópicos sobre bem-estar médico podem possibilitar condições essenciais para a formação de um

profissional (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016) e propiciar uma repercussão no comportamento empático.

2.3 Espiritualidade e medicina centrada no paciente

A medicina centrada no paciente foi elaborada com base nos estudos de Ian McWhinney e Moira Stewart, do Canadá, e Joseph Levenstein, da África do Sul, sobre os atendimentos médicos e motivos que levavam as pessoas a buscarem assistência. Os efeitos da relação médico-paciente ao longo da trajetória terapêutica eram pouco estudados e conhecidos. Tem-se a publicação da primeira edição do livro *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* em 1995 (STEWART, 1995).

A medicina centrada no paciente adota uma abordagem biopsicossocial ao valorizar as experiências do adoecer do paciente e as modificações de seu comportamento em busca de ajuda, estando associada às práticas de prevenção da doença e promoção da saúde. Assim, dois princípios orientam a medicina centrada no paciente: um refere-se aos cuidados da pessoa, com reconhecimento de suas ideias e emoções sobre o adoecer e suas reações frente ao adoecimento; e o outro refere-se ao compartilhamento de decisões e responsabilidades entre médicos e pacientes de acordo com objetivos comuns em relação à doença (STEWART et al., 2000).

A medicina centrada no paciente está estruturada em seis componentes complementares entre si, que foram propostos por Stewart (2010):

- 1) explorar a enfermidade e a experiência da pessoa com a doença: avaliar a história, o exame físico, os exames complementares e a dimensão da doença – sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas da pessoa;
- 2) entender a pessoa como um todo (pessoa, ambiente e contexto): sua história de vida; aspectos pessoais e de desenvolvimento; sua família, comunidade, emprego, suporte social; e sua comunidade, cultura, ecossistema;
- 3) elaborar um projeto comum de manejo dos problemas: avaliar quais são os problemas e prioridades; estabelecer os objetivos do tratamento e do manejo; avaliar e estabelecer os papéis da pessoa e do profissional de saúde;
- 4) incorporar a prevenção e a promoção de saúde: promover melhorias de

saúde; evitar ou reduzir riscos; identificar precocemente os riscos ou doenças; reduzir complicações.

- 5) intensificar a relação médico-pessoa: exercer a compaixão, a relação de poder, a cura (efeito terapêutico da relação), o autoconhecimento, a transferência e a contratransferência;
- 6) ser realista: considerar o tempo; construir e trabalhar em equipe; e utilizar adequadamente os recursos disponíveis.

Para Stewart (1995), a medicina centrada no paciente é um modo de transformar e qualificar o método clínico tradicional. A entrevista clínica centrada no paciente é um modelo que reconsidera a prática clínica tradicional em busca de humanizá-la e aumentar sua resolutividade.

A medicina centrada no paciente constitui umas das metodologias propostas na humanização da medicina (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Desde sua elaboração, foi sendo incorporada à educação médica, à verificação da qualidade dos serviços de saúde, aos cuidados com o paciente e às leis relativas à saúde – a exemplo do consentimento informado e da decisão pessoal prévia sobre medidas a serem tomadas no final da vida (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Tal prática proporciona maior satisfação do médico e do paciente, redução dos efeitos adversos associados às prescrições, diminuição do número de reclamações pelo atendimento, redução no volume de exames diagnósticos complementares, menor frequência de encaminhamentos para especialistas e, por fim, menores custos para o sistema de saúde e para o paciente (LITTLE et al., 2001; RIBEIRO; AMARAL, 2008; STEWART et al., 2000).

Segundo Stewart (1995),

[...] uma atuação centrada no paciente apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais de abordagem, pois diminui a utilização dos serviços de saúde, aumenta sua satisfação, diminui queixas por má-prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes.

A medicina centrada no paciente contribui para aprimorar a atenção médica individual e coletiva à medida que valoriza os aspectos culturais e as expectativas do paciente, transformando-o um coparticipante do cuidado com sua saúde (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Ela representa um dos seis principais objetivos de um sistema de saúde do século XXI, de acordo com o *Institute of Medicine* (INSTITUTE OF

MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001), e compreende as “qualidades de compaixão, empatia e responsividade às necessidades, valores e preferências dos pacientes de forma individual” (NEUMANN et al., 2011).

A *Association of American Medical Colleges* (AAMC, 1999) e o estudo de Koenig (2000) reforçam que a abordagem dos valores associados a espiritualidade e crenças pessoais dos pacientes compõe um modelo de atenção mais integral, no sentido de abrangência não apenas das condições físicas, mas também dos aspectos psicológico, social e espiritual. Somada à empatia (KOENIG, 2000), a integração da espiritualidade nos cuidados clínicos compõe uma medicina mais centrada no paciente (PUCHALSKI, 2013).

A avaliação das atitudes dos estudantes nas escolas médicas no que diz respeito ao cuidado centrado no paciente demonstra que estudantes do sexo feminino e que escolheram especialidades com cuidados primários (medicina comunitária, pediatria, medicina interna) são mais centrados no paciente (HAIDET et al., 2002). Em contrapartida, as atitudes dos estudantes de Medicina nos últimos anos da graduação são mais centradas no médico (HAIDET et al., 2002; TSIMTSIOU et al., 2007). Outro estudo indica que a religiosidade parece estar associada com atitudes centradas no médico (TSIMTSIOU et al., 2007). No Brasil, um estudo transversal realizado por Ribeiro, Krupat e Amaral (2007) avaliou 738 estudantes de Medicina do primeiro, quinto, sétimo, décimo e décimo-segundo semestre da Universidade Federal de Minas Gerais em relação às atitudes na relação médico-paciente. Ele revela que atitudes mais centradas no paciente ocorreram nos últimos anos do curso nos estudantes que escolheram especialidades de cuidados primários. Já a atitude mais centrada no médico esteve associada a uma maior renda familiar (RIBEIRO; KRUPAT; AMARAL, 2007). Outra pesquisa compara a atitude dos estudantes a respeito da relação médico-paciente de duas escolas médicas que adotam modelos pedagógicos diferentes – o tradicional e o inovador. Foi demonstrado que a atitude do estudante de Medicina é mais centrada no médico na escola de ensino tradicional. Não houve variação na atitude dos estudantes do início para o final do curso nas duas escolas estudadas (PEIXOTO; RIBEIRO; AMARAL, 2011).

O interesse no aperfeiçoamento de atitudes, comportamentos e valores profissionais dos estudantes de Medicina é motivo de inquietação e de inúmeros estudos na educação médica. Diante do cenário atual, com enfoque na melhoria das

relações interpessoais no contexto da assistência ao paciente e da formação médica, compreender os preditores em relação à atitude do estudante e do jovem médico é tema em destaque e de relevância dentro do âmbito da relação médico-paciente, bem como nas práticas de educação em saúde. A espiritualidade constitui um dos elementos que podem estar relacionados com a atitude centrada no paciente na prática clínica.

2.4 Relevância do estudo da espiritualidade

Para além do que foi exposto, a espiritualidade integra todas as culturas. Apesar de o Brasil ser o país com a maior população católica do mundo, correspondendo a 65% do contingente de brasileiros e 11,7% a nível global, temos desde religiões milenares, como o budismo, o islamismo, o cristianismo e o judaísmo, religiões com influência da cultura africana, como o candomblé e a umbanda, até religiões emergentes, como a dos evangélicos neopentecostais. Além disso, várias pessoas pertencem a uma determinada religião, mas frequentam outras. A simultaneidade entre estado laico e uma das maiores diversidades religiosas do mundo transforma o Brasil em um lugar privilegiado para novas crenças (MARIANO, 2011). Por isso, alguns fatores propiciam uma satisfatória investigação desse tema: múltipla e ampla expressão religiosa, receptividade da população e da academia, tolerância para estudos inovadores e um quantioso número de pesquisadores envolvidos em publicações de impacto.

Mas por que estudar espiritualidade? Lukoff, Lu e Turner (1992) orientam: “As dimensões religiosas e espirituais da cultura estão entre os mais importantes fatores que estruturam as crenças, os valores, os comportamentos e os padrões de adoecimento humanos, ou seja, a experiência”.

Também, ateus e agnósticos, de acordo com dados qualitativos de 18 países, experimentam e podem relatar a espiritualidade, a qual os ajuda a enfrentar os problemas e adversidades e está relacionada à qualidade de vida (O'CONNELL; SKEVINGTON, 2005). Os agnósticos confiam em algo mais elevado e com maior poder além do mundo material, além de assumirem ter dúvidas sobre a exata natureza disso; contudo, deixam claro que isso não envolve religião, mas pode incluir, por exemplo, a força curativa da Natureza. Os ateus têm crenças pessoais fortes, mas

não acreditam em uma entidade mais elevada e religiosa, apenas em uma teoria científica – darwinismo, psicanálise etc. Eles podem acreditar em um código moral/ético, como o feminismo, o ambientalismo, o naturalismo e o marxismo, e ter uma filosofia pessoal (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores mantidos por um indivíduo e que determinem seu comportamento e estilo de vida. Assim, pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não são obrigatoriamente de natureza não material, como, por exemplo, o ateísmo (PANZINI et al., 2007). Segundo o preâmbulo do WHOQOL-SRPB (WHO, 2002), as crenças pessoais podem recair “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético”.

A religião e a prática religiosa são cada vez mais criticadas como rígidas, moralistas e desnecessárias em muitos países ocidentais, e a palavra espiritual veio para se opor a essa condição (KING; KOENIG, 2009). Muitos trabalhos têm demonstrado que a espiritualidade, sob diversos parâmetros, pode ser mensurada de forma metodologicamente eficaz (MONOD et al., 2011).

O instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB), permite avaliar o bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. No sistema de classificação proposto por Monod et al. (2011), o WHOQOL-SRPB é reconhecido como uma medida de bem-estar espiritual. Além disso, o WHOQOL-SRPB é classificado como uma medida de expressões cognitivas da espiritualidade – pretende medir atitudes e crenças em direção à espiritualidade – e também como uma medida de expressões afetivas da espiritualidade – pretende capturar sentimentos associados à espiritualidade (por exemplo, paz) (MONOD et al., 2011). Um dos pontos fortes desse instrumento é a presença de conceitos considerados genuinamente transculturais, ou seja, ele agrega ideias internacionalmente aceitas (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Ainda, é o instrumento validado na maior e mais diversificada população – 5.087 participantes em 18 países do mundo (MONOD et al., 2011).

O construto espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais foi incluído na avaliação de bem-estar, pois as pessoas da comunidade em geral, pacientes e profissionais de saúde revelaram que esses atributos constituíam aspectos centrais de sua qualidade de vida (QV). Ter uma crença profunda, seja ela religiosa ou não, pode dar um significado transcendental à vida e às atividades diárias e, portanto, funcionar como um método para enfrentar o sofrimento humano e dilemas existenciais

(FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Implícitos no WHOQOL-SRPB, estão os conceitos de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. A qualidade de vida engloba vários domínios, como, por exemplo, o físico, o psicológico, o ambiental, o econômico e as relações sociais, profissionais e espirituais, sendo, portanto, multidimensional, complexa e ambígua (PANZINI et al., 2007). A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida assim: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995).

Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais constituem uma importante dimensão da qualidade de vida (PANZINI et al., 2007). Um estudo com estudantes de Medicina demonstrou que maiores escores no WHOQOL-SRPB estavam relacionados a um maior grau de percepções positivas da QV (KRÄGELOH et al., 2015b). Além disso, a relevância da religiosidade e da espiritualidade das pessoas para seu bem-estar e estado de saúde tem sido extensamente proclamada com base em centenas de estudos publicados (PETERMAN et al., 2002; BRADY et al., 1999; GIOIELLA; BERKMAN; ROBINSON, 1998; FLANNELLY; INOUE, 2001; PANZINI et al., 2017; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a influência do bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na empatia e na atitude centrada no paciente de internos e residentes do curso de graduação de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sócio demográfico dos internos e residentes de Medicina.
- Avaliar a percepção dos internos e residentes de Medicina sobre o bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.
- Avaliar a empatia dos internos e residentes de Medicina.
- Avaliar a atitude na relação médico-paciente dos internos e residentes de Medicina.
- Verificar a associação da percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais com a empatia e a atitude na relação médico-paciente de internos e residentes do curso de Medicina.

Nossa hipótese de pesquisa é que essa dimensão - percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais - seria preditora de empatia e atitude centrada no paciente na relação médico-paciente.

4 ARTIGO: VERSÃO EM INGLÊS

Artigo versão em inglês: “*Spirituality in students and residents: association with empathy and attitudes*”

Spirituality in students and residents: association with empathy and attitudes

Julianni B Lacombe^{1*}, Emiliana S Valadares², Renata R Catani³, Tânia M S Mendonça¹, Helena B M S Paro⁴, Nívea M O Morales⁵

¹Department of of Public Health, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

²Department of Ophthalmology, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

³Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

⁴Department of Bioethics and Medical Humanities, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

⁵PhD in Health Sciences, School of Medicine, Federal University of Uberlandia, Uberlandia, State of Minas Gerais, Brazil.

Corresponding author: Julianni Bernardelli Lacombe, Faculdade de Medicina, Avenida Pará, 1720; Bairro Umuarama, Campus Umuarama – Bloco 2U – Sala 23, Uberlândia – MG, Brasil CEP 38400-902.

Phone number: +55 34 3225-8604/ +55 34 3225-8628;

e-mail: juliannibl@gmail.com

1- INTRODUCTION

In the last decades, re-humanizing medicine has received a widespread concern. The influence of the biomedical model, which has been hegemonic for fourteen centuries, promotes a disease-centered approach, instead of a person-centered care (1). Since the 20th century, the psychosocial dimension has reintegrated medical education and health practices. It focuses on the construction of a biopsychosocial model as opposed to the biomedical model. The biopsychosocial model perspective points out the need for doctors to improve their relational skills (2). Thus, empathy in the doctor-patient relationship, patient-centered care and humanistic medical care are essential and central professional characteristics and skills for doctors (3).

Empathy is a multidimensional construct in cognitive, emotional and behavioral domains (4)(5)(6)(7). Higher levels of empathy perceived by patients have a positive correlation with their general satisfaction with doctors, interpersonal trust and higher adherence to treatment (8), including positive clinical results (9). Also, lower levels of empathy are associated to a higher probability of medical error (10).

Patient-centered medicine is one of the main methods to humanize medicine (11). It has two principles: person-centered care, which recognizes patients' ideas and emotions towards disease; and shared decision-making and responsibilities between doctors and patients related to the disease (12). Patient-centered medicine promotes greater patient and doctor satisfaction and reduces (i) adverse effects associated with prescriptions, (ii) complaints about medical care, (iii) the volume of complementary exams, (iv) referrals to specialists, and (v) costs to the healthcare system and to the patient (13)(11)(12).

Understanding what predicts empathy in clerkship students and residents' attitudes is a relevant issue in medical education. Some factors have already been related to higher levels of empathy, such as the female sex (14)(5), first years of medical training (15), and working on person-centered medical specialties (16) and primary care (17). Person-centered care has been positively related to female doctors, interest in community and primary practice, and psychosocial issues of students in the beginning of their course (18). Egalitarianism, global self-esteem and well-being are positively related to empathy and patient-centered attitude (19). Two studies with medical students analyzed spirituality and empathy as correlated variables (20)(21). Another study showed a positive association between spirituality feeling, care and empathy (22). A recent study related quality of life to spirituality in medical students and showed that the facet meaning and purpose in life is related to higher levels of empathy (20). No studies were found relating spirituality or spirituality-related quality of life to patient-centered attitude in the doctor-patient relationship.

Thus, many associations can be done regarding doctors' attitude and behavior in the doctor-patient relationship. However, the relation between behavioral and cognitive aspects – such as spirituality, religiousness and personal beliefs – and empathy and attitude in the doctor-patient relationships needs clarification. Concerning the importance of this issue in medical education, this research assesses how students' and residents' well being related to spirituality, religiousness and personal beliefs is associated with their empathy and attitudes in the doctor-patient relationship. Our hypothesis is that students' and residents' well being predicts empathy and a patient-centered care in the doctor-patient relationship.

2- Methods and Materials

2.1- Participants

The local research ethics committee Federal University of Uberlandia approved this cross-sectional, quantitative and observational study. A total of 150 medical clerkship students in the fifth and sixth year of medical training and 214 residents from the first to the fourth year of training at the university hospital at Federal University of Uberlandia, were eligible for the study. Participants recruitment was determined by convenience. Medical students were attending the following clerkships: pediatrics, surgery, obstetrics and gynecology, family medicine, and internal medicine. Residents were enrolled in the following specialties: pediatrics, family medicine, internal medicine, ophthalmology, dermatology, and surgery. In the second semester of 2015 and in the first semester of 2016, 129 subjects were invited to take part in the study, but 15 of them (10 students and 5 residents) refused to participate. After signing the informed consent form, 114 participants answered the study questionnaires (64 students and 50 residents, which represented 31.3% of the eligible participants). G power*(43) software was used to calculate the sample size. All participants were 18 years of age or older. Inclusion criteria were: medical students and residents who were in stages of pediatrics, surgery, obstetrics and gynecology, family medicine, and internal medicine and their specialties. Exclusion criteria: medical students and residents who were in stages of radiology, intensive care units, anesthesiology and emergency stages.

2.2- Instruments

The following instruments were used:

- The Brazilian version of the World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB) field-test instrument, a translated, validated, and cross-culturally adapted self-administered tool (26). It consists of 32 questions focused on aspects of quality of life related to spirituality, religiousness and personal beliefs. Individual items are rated on a 5-point Likert scale, providing eight scores/facets: Spiritual Connection, Meaning and Purpose in Life, Experiences of Awe and Wonder, Wholeness and Integration, Spiritual Strength, Inner Peace, Hope and Optimism, and Faith. Scores range from 20 to 100. This instrument assesses spiritual, religious or personal beliefs as components of quality of life. Higher scores denote a higher level of positive perceptions of quality of life regarding the SRPB domain (27).
- Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) (28). It is a self-administered instrument that assesses the attitudes of patients, doctors and medical students regarding the doctor-patient relationship. It was validated and translated into Portuguese with appropriate psychometric properties (29). Its scale has 18 items arranged into (i) items related to the dimension Sharing and (ii) items related to the dimension Caring. Items are rated in a 6-point Likert scale. Low scores (≤ 4.57) indicate a doctor-centered orientation (high medical control focused on biomedical issues) and high scores (≥ 5.00) indicate a patient-centered orientation (shared control and focus on the person as a whole). Scores from 4.57 and 5.00 indicate a moderately patient-centered orientation.
- The Jefferson Scale of Empathy (JSE) (30) was used to measure medical students' and residents' empathy. The instrument has 20 items and three domains: compassionate care, standing in the patient's shoes, and perspective taking. Possible

answers vary in a 7-point Likert scale. Empathy is as higher as the sum (20 to 140) of the answers for all items, in a maximum of 140 points. The validated version for medical students (JSE-S Version) (31), was designed to reflect students' orientation or empathic attitude in medical care. Was authorized by the author to use the scale.

A socio-demographic questionnaire identified age, sex, marital status, religious affiliation, year of undergraduate or internship training, current specialty (residents) or intended specialty (students) and religious involvement (low or high). All questionnaires were self-administered.

2.3-Procedures

Clerkship students and residents were approached during outpatient activities at the university hospital of Federal University of Uberlandia and at primary care clinics. They were invited to answer the WHOQOL-SRPB, PPOS and JSE scales and a socio-demographic questionnaire, all self-administered.

The intended and ongoing specialties were stratified into person-centered and technology-centered in line with analysis in previous studies (17).

At Federal University of Uberlandia medical training lasts six years, in which the first three are the preclinical phase and the last three are the clinical phase. The pedagogical model is structured into modules. Knowledge is subdivided into two distinct stages – pre-clinic and clerkship –, and most of the learning scenarios are restricted to the hospital environment.

2.4-Statistical Analysis

Descriptive statistics characterized the sample and determined the measures of central tendency and data position (mean, median, standard deviation, frequency and percentage). Internal consistency was assessed through Cronbach's alpha coefficients. Shapiro-Wilk test tested normality. Spearman correlation determined the correlation between WHOQOL-SRPB (and its subdomains) and all the other variables of the study (JSE-S and its three domains, PPOS and its two domains, and the socio-demographic data (clerkship student, resident, sex, age, religious involvement). Variables with moderate correlations ($r > 0.3$) (32) with $p < 0.05$ were used in the stepwise linear regressions. Independent variables: WHOQOL-SRPB (and its domains), sex, age, religious involvement, clerkship and resident. Dependent variables: JSE-S and PPOS and its domains. R^2 was used to assess the goodness of fit of the model. Multicollinearity was accepted when the value of variance inflation factor (VIF) was higher than 10 and / or when the tolerance score was below 0.1 (33). The software SPSS 20.0 analyzed the data. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

3- RESULTS

From the 114 participants, 56.2% were clerkship students in the fifth and sixth years of medical training and 43.9% were residents from the first to the fourth year.

The mean age was 25.9 years \pm 0.6, with a predominance of female participants (67.5%). The Catholic religion (44.7%) was the most frequent among participants, and high religious involvement (43%) was the most frequent, too (Table 1).

The Cronbach's alpha coefficients were: WHOQOL-SRPB (0.879), PPOS (0.714), and JSE (0.805).

Table 2 shows the mean scores of JSE-S, PPOS and WHOQOL-SRPB scales. For each WHOQOL-SRPB domain, the lowest and highest mean were Faith (69.29 ± 23.72) and Meaning and Purpose in Life (82.65 ± 13.56), respectively. In PPOS, the final score (4.59 ± 0.43) indicates a partially patient-centered orientation. The final score of JSE (118.56 ± 10.25) points out a number close to the maximum value of 140.

Table 3 presents the coefficients of Pearson correlation between WHOQOL-SRPB (and its domains S1 to S8), JSE-S and its domains, PPOS and its domains, intern, resident, sex, age, and religious involvement. Significant correlations ($p < 0.05$) varying from weak ($r = 0.10$) to moderate ($r = 0.30$) were found. Moderated correlations with $r > 0.3$ $p < 0.05$ were found: (a) Perspective-taking: Spiritual Connection ($r = 0.309$; $p < 0.01$), Experiences of Awe and Wonder ($r = 0.306$; $p < 0.01$), Wholeness and Integration ($r = 0.342$; $p < 0.01$), Spiritual Strength ($r = 0.309$; $p < 0.01$) and WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.394$; $p < 0.01$); (b) Final JSE score: Wholeness and Integration ($r = 0.337$; $p < 0.01$), Inner Peace ($r = 0.325$; $p < 0.01$), WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.352$; $p < 0.01$) ; (c) Sharing : Wholeness and Integration ($r = 0.334$; $p < 0.01$) ; (d) *Caring*: WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.312$; $p < 0.01$) ; (e)

PPOS Total score: Meaning and Purpose in Life ($r = 0.323$; $p < 0.01$), Experiences of Awe and Wonder ($r = 0.336$; $p < 0.01$), Wholeness and Integration ($r = 0.364$; $p < 0.01$), Inner Peace ($r = 0.315$; $p < 0.01$) e WHOQOL-SRPB global score ($r = 0.358$; $p < 0.01$).

The results and coefficients after multiple regression analysis (stepwise) are presented in Table 4. In the final regression model, the following variables were significantly associated: (a) Perspective-taking: WHOQOL-SRPB global score ($\beta = 0.39$; $p = 0.01$) ; (b) Compassionate care: Inner Peace ($\beta = 0.22$; $p = 0.01$) and Sex ($\beta = 0.20$; $p = 0.03$) ; (c) Final JSE Score: WHOQOL-SRPB global score ($\beta = 0.35$; $p = 0.01$) ; (d) Sharing : Wholeness and Integration ($\beta = 0.32$; $p = 0.00$) ; (e) Caring: Meaning and Purpose Life ($\beta = 0.33$; $p = 0.00$) ; (f) Total PPOS Score : Meaning and Purpose in Life ($\beta = 0.38$; $p = 0.00$). Multicollinearity was not a problem in our regression model when verifying both VIF and tolerance scores.

4- DISCUSSION

This study assessed the perception of well-being related to spirituality, religiousness and personal beliefs and its association with empathy and students' and residents' attitudes in the doctor-patient relationship. In line with our hypothesis, empathy and patient-centered attitudes were in general significantly associated with well being related to spirituality, religiousness, and personal beliefs. Students' and residents' spiritual quality of life predicted the empathic disposition and perspective-taking. The facet meaning and purpose in life predicted patient-centered attitudes. In addition, inner peace predicted compassionate care, while wholeness and integration predicted sharing attitudes related to the patient-centered care.

Spirituality and Empathy

We observed that levels of empathy were positively associated with the perception of well-being related to spirituality, religiousness, and personal beliefs. Students' and residents' global well being predicted global empathic and perspective-taking attitudes. Inner peace predicted compassionate care attitudes among participants. Other studies have also found a positive association between spirituality, care and empathy (22)(23) .

Previous studies have described that burnout is inversely correlated to empathy, while personal well being and quality of life is positively correlated with empathy in medical students (24)(7). A recent study with a sample of students has indicated that empathy in the doctor-patient relationship is associated with well being related to spirituality – Meaning and Purpose in Life (20). Therefore, some factors such as well

being (7), depression (24), and burnout (25) relate to empathy, supporting the idea that empathy is not only an isolated cognitive dimension.

Our results demonstrate that the perspective-taking disposition – cognitive dimension of empathy – held a larger number of associations with the perception of well-being related to spirituality and its facets. This means that the cognitive dimension of empathy – the ability to consider the perspective of others – (10) is related to factors connected with satisfaction, spirituality/religiousness/inner beliefs among young doctors. The search for questions about existence, meaning and purpose in life could give a transcendental meaning to life and work as a strategy to deal with human suffering. This can result in a superior empathic behavior.

In our study, compassionate care was related to inner peace. In fact, these results reinforce that the expression of compassion in the interpersonal relationship stimulates us to understand that we are part of a whole, contributing to the feeling of inner peace (26). Inner peace, which integrates one of the components of spirituality, is defined as: “To what degree people are at peace with themselves. The source of this peace comes from within the person and may be linked to the relationship that this person has with God or may originate from this person’s belief in a moral code or a set of beliefs. This is a feeling of serenity and calm. Whenever something goes wrong, inner peace helps one deal with the problem. It is considered a much desired condition” (27).

Sex was also an important predictor of compassionate care. Our study replicates the tendency described in the literature on the existence of superior empathy levels in female medical students (5)(14). Previous studies have suggested that women are more receptive to emotional cues than men. This characteristic may contribute to a better understanding of others and a better empathic relationship with

the patient (28), as well as to facilitated socialization attributed to women (29).

. The multivariate regression analysis indicated that well being related to spirituality, religiousness and personal beliefs predicted empathy. Nevertheless, empathy was only weakly associated with religious involvement. Previous studies have pointed out that religiousness has an association with better results in mental health (30)(31), but other studies have shown no association between religious beliefs and empathy (32)(22). Religiousness maybe defined as how much an individual believes, follows and practices a religion. It may be organizational (to attend a church or a religious temple) or non-organizational (to pray, read books, watch religious TV shows) (33). Having a religious affiliation or religious involvement was not equally associated with empathy as some domains of spirituality were.

Our results indicate that we should consider a broadening of our focus and look for other factors that influence students and young doctors' empathic behavior towards patients. The following ideas may provide essential conditions for professional education (34) in order to affect their practice: empathic behavior activities during medical training that stimulate the study of spirituality by acknowledging people's subjectivity, resources to understand self-care and self-knowledge, and debates about transcendence, inner peace, mechanisms of resilience, and topics on physicians' well-being. Besides, such activities may be a mechanism to face stress, to keep oneself highly resilient and to improve the quality of life (35) of students and residents. Medical schools all over the world should come together to include spirituality in the medical curriculum (36)(37)(38).

Spirituality and Patient-centered Medicine

Our study indicated a positive association between the well being related to spirituality/religiousness/beliefs and a more patient-centered medical attitude in a sample of medical clerkship students and residents. Meaning and purpose in life predicted global patient-centered and caring attitudes. Wholeness and integration was also a predictor factor of sharing dispositions.

If empathy is a critical factor in promoting a patient-centered care (39), and some studies have shown that it is also related to spirituality (40)(20), the perception of well being related to spirituality has an association with patient-centered attitudes, as identified in our study. Previous studies have described that doctors' spirituality and religiousness influence clinical decisions as well as the doctor-patient relationship (41).

This study demonstrates that the facet wholeness and integration is associated with sharing. Sharing concerns to whether power and control should be shared between the doctor and the patient and to what degree doctors should share information with patients (42). Wholeness and integration comprises, for example, "to what extent do you feel any connection between your mind, body and soul? How satisfied are you with having a balance between mind, body and soul? To what extent do you feel the way you live is in accordance with what you feel and think? How much do your beliefs help you create a coherence (harmony) between what you do, think and feel?." Thus, the balance among these three dimensions (body, mind and soul) and the help of beliefs as a mechanism to seek harmony can provide a patient-centered care on sharing decisions and responsibilities between doctors and patients with common goals regarding the health-disease-care process.

Our study highlights the association of meaning and purpose in life with a global patient-centered and caring attitudes. Caring reflects whether participants consider patients' expectations, feelings and emotions as critical elements (42). Meaning and

purpose in life concerns, for example, “to what extent do you find a meaning in life? To what extent does caring for others provide meaning in life for you? To what extent do you feel that your life has a purpose? How much do you feel you are here for a reason?.” In essence, caring for others – caring for the patient – can enable a meaning or purpose in life, and, at the same time, having meaning and purpose in life can provide a more patient-centered care. This is still an unexplored topic within medical schools.

Thus, this study indicates that having a more patient-centered care may not only require training throughout the years of medical education, but also knowledge and more experience in some domains of spirituality, especially in having a purpose and meaning in life. In this way, (i) an approach in the context of medical education focused on the spirituality of the medical student, (ii) activities that stimulate finding a meaning and purpose in life and possible devices to develop them, and (iii) understanding how to deal with emotions and expectations can produce perceptions of positive well-being related to spirituality. They can also result in patient-centered care in the doctor-patient relationship.

Study Limitations

We should consider some limitations to our study. We used self-administered questionnaires on empathy and doctor-patient orientation. Our responses can be influenced by the bias of social desirability. However, the use of self-report questionnaires allows the assessment of a large number of participants in studies with cross-sectional design.

Another limitation concerns the restriction of the sample to the clerkship years and to residents in the first four years of the internship. This may limit generalization of

our results to other phases of medical education. New research studies including students from the first years, known to show higher levels of empathy (20), should be conducted to elucidate how well being related to spirituality, religiousness and personal beliefs can affect students' empathy and patient-centered orientation.

Although the response rate was satisfactory for the eligible individuals (31.3%) in this study, the research was carried out in a single educational institution; then, external validity was not verified. However, WHOQOL-SRPB total score (74.02) in our study group is too close to the one found in other studies (71.76) (35) (73.5) (20) with a similar population – medical students in Brazil –, which strengthens the suitability of the selection method and the sample size.

5- CONCLUSION

Clerkship students' and residents' well being related to the spirituality of has a positive association with their patient-centered and empathic attitudes. This study enhances our understanding on the need to consider spirituality and beliefs in medical education. Debates on these issues, especially on the meaning and purpose in life and inner peace within the medical curriculum, will lead to better results in the humanization of medical practice.

Collaborators: JL contributed the study design, data collection, analysis, and interpretation of data. JL produced the original document and provided the final review of this paper. EV and RC contributed to data collection, analysis, and interpretation of data. TM contributed to the statistical analysis and interpretation of data. HP contributed to the study design, data collection, literature research, and document review. NM contributed to the study design, literature acquisition, interpretation of results, document review, and final approval of the version for publication. All authors approved the final manuscript for submission.

Acknowledgment: none.

Funding: none.

Conflict of Interest: none

Research Ethics Approval: Approved in the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Uberlândia, no. 960.744 as of Feb. 5, 2015.

REFERENCES

1. King LS. Editorial: The humanization of medicine. JAMA. 1975 Feb;231(7):738–9.
2. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns. 2000 Jan;39(1):5–15.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2017 May 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
4. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. Springer Science & Business Media; 2007. 303 p.
5. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2009 Sep;84(9):1192-7.
6. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study. JAMA [Internet]. 2006 Sep 6 [cited 2017 Mar 19 d];296(9):1071. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.296.9.1071>
7. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. J Gen Intern Med [Internet]. 2007 Feb [cited 2017 Jan 28];22(2):177-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1824738/>

8. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ* [Internet]. 2010 Dec 14 [cited 19 de março de 2017];1:83–7. Available from: <http://www.ijme.net/archive/1/patient-perceptions-of-physician-empathy/>
9. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Acad Med* [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Mar 19];86(3):359-64. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201103000-00026>
10. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2016 Sep;296(9):1071-8.
11. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Patient-centered medicine and medical teaching: the importance of caring for the person and medical power. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. março de 2008 [citado 23 de maio de 2017];32(1):90-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100012&lng=pt&tlng=pt
12. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804.
13. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb;322(7284):468-72.
14. Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement,

and Outcomes. Springer Science & Business Media; 2007. 303 p.

15. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012;34(4):305–11.
16. Harsch HH. The Role of Empathy in Medical Students' Choice of Specialty. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan 15 [cited 2016 Oct 11];13(2):96-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03341267>
17. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007 Oct;22(10):1434-8.
18. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(3):347-56.
19. van Ryn M, Hardeman RR, Phelan SM, Burke SE, Przedworski J, Allen ML, et al. Psychosocial predictors of attitudes toward physician empathy in clinical encounters among 4732 1st year medical students: a report from the CHANGES study. *Patient Educ Couns*. 2014 Sep;96(3):367-75.
20. Damiano RF, de Andrade Ribeiro LM, Dos Santos AG, da Silva BA, Lucchetti G. Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiousness Among Brazilian Medical Students. *J Relig Health*. 2017 Jun;56(3):1003-17.
21. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Student attitudes toward wellness, empathy, and spirituality in the curriculum. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2001 May;76(5):520.
22. Markstrom CA, Huey E, Stiles BM, Krause AL. Frameworks of Caring and Helping in Adolescence: Are Empathy, Religiousness, and Spirituality Related

Constructs? Youth Soc [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2017 May 23];42(1):59-80.

Available from: <http://yas.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0044118X09333644>

23. Bradley C. The Interconnection Between Religious Fundamentalism, Spirituality, And The Four Dimensions Of Empathy. Rev Relig Res [Internet]. 2009;51(2):201-19. Available from: <http://www.jstor.org/stable/20697334>

24. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB, et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? PloS One. 2014;9(4):e94133.

25. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2010 Oct;85(10 Suppl):S33-36.

26. Hawthorne DL, Yurkovich NJ. Human relationship: The forgotten dynamic in palliative care. Palliat Support Care [Internet]. 2003 Sep [cited 2017 Jun 15];1(03). Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S147895150303027X

27. Fleck MP, Skevington S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. Arch Clin Psychiatry São Paulo [Internet]. 2007 [cited 2016 Jul 26];34:146-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

28. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Med Educ. 2002 Jun;36(6):522–7.

29. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry. 2002 Sep;159(9):1563-9.

30. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can

J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2009 May;54(5):283-91.

31. AbdAleati NS, Mohd Zaharim N, Mydin YO. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. J Relig Health. 2016 Dec;55(6):1929-37.

32. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano ICB, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. Int J Med Educ. 2016 May; 7:149-53.

33. Koenig H, McCullough M, Larson D. Handbook of religion and health: A century of research reviewed historical context. Oxford University Press; 2001.

34. Reginato V, Benedetto MACD, Gallian DMC. Spirituality and health: an experience in graduation in medicine and nursing. Trab Educ E Saúde [Internet].

março de 2016 [citado 27 de maio de 2017];14(1):237-55. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100237&lng=pt&tlng=pt)

[77462016000100237&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100237&lng=pt&tlng=pt)

35. Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students.

Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 2015 Feb;39(1):85–9.

36. Fortin AH, Barnett KG. STUDENTJAMA. Medical school curricula in spirituality and medicine. JAMA. 2004 Jun;291(23):2883.

37. Lucchetti G, de Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti ALG, SBAME Collaborators. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. BMC Med Ethics. 2014;15:85.

38. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. Med Educ. 2010 May;44(5):527.

39. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical

Practice. JAMA [Internet]. 2000 Oct 4 [cited 2017 May 23];284(13):1708. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.284.13.1708-JMS1004-5-1>

40. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK, Department of Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med*. 2004;16(2):165-70.
41. Daaleman TP. Religion, spirituality, and the practice of medicine. *J Am Board Fam Pract*. 2004 OCT;17(5):370-6.
42. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):49-59.
43. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007; 39, 175-19.

Table 1 – Clerkship students' and residents' socio-demographic data

| Variable | N | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Sex | | |
| Female | 77 | 67.5% |
| Marital status | | |
| Single | 103 | 90.4% |
| Religion | | |
| Did not answer | 3 | 2.6% |
| Catholic | 51 | 44.7% |
| Afro-Brazilian | 1 | 0.9% |
| Protestant | 13 | 11.4% |
| Spiritist | 21 | 18.4% |
| None | 23 | 20.2% |
| Other | 2 | 1.8% |
| Religious involvement | | |
| High | 67 | 58.77% |
| Low | 47 | 41.22% |
| Clerkship students: | | |
| Intended Specialty | | |
| Person-centered | 32 | 50% |
| Technology-centered | 15 | 23.43% |
| Did not answer | 17 | 26.56% |
| Medical Residents: | | |
| Current Specialty | | |
| Person-centered | 45 | 90% |
| Technology-centered | 5 | 10% |

Table 2 - Mean and standard deviation of the instruments' scores

| Variable | Mean | SD | Minimum | Maximum |
|--------------------|--------|-------|---------|---------|
| WHOQOL-SRPB | | | | |
| S1 | 70.40 | 22.92 | 20 | 100 |
| S2 | 82.65 | 13.53 | 40 | 100 |
| S3 | 73.89 | 12.51 | 45 | 100 |
| S4 | 73.60 | 12.91 | 35 | 100 |
| S5 | 72.57 | 18.98 | 20 | 100 |
| S6 | 72.77 | 11.60 | 40 | 100 |
| S7 | 76.16 | 11.58 | 45 | 100 |
| S8 | 69.29 | 23.72 | 20 | 100 |
| Total Score | 74.02 | 12.17 | 36.25 | 99.37 |
| JSE | | | | |
| Sub1 | 49.27 | 4.62 | 37 | 56 |
| Sub2 | 8.48 | 2.77 | 2 | 14 |
| Sub3 | 60.81 | 7.13 | 39 | 70 |
| Total Score | 118.56 | 10.25 | 89 | 136 |
| PPOS | | | | |
| Sharing | 4.21 | 0.63 | 2.33 | 5.77 |
| Caring | 4.96 | 0.43 | 3.66 | 6.00 |
| Total Score | 4.59 | 0.43 | 3.21 | 5.55 |

WHOQOL-SRPB: WHOQOL- Spirituality, religiousness, and personal beliefs; JSE: Jefferson Scale of Empathy PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale. S1: Spiritual connection; S2: Meaning and purpose in life; S3 Experiences of awe and wonder; S4: Wholeness and integration; S5: Spiritual strength; S6: Inner peace; S7: Hope and optimism; S8: Faith. Sub1: Compassionate care; Sub2: Standing in the patient's shoes; Sub3: Perspective-taking. SD: Standard deviation.

Table 3 – Spearman correlation coefficient among spirituality, empathy, attitude and socio-demographic characteristics

| Variable | | Student/ resident | Age | Sex | Religious involvement | S1 Connecti on | S2 Meaning and purpose in life | S3 Experiences of awe and wonder | S4 Wholeness and Integratio n | S5 Spiritual strength | S6 Peace- Harmony | S7 Hope | S8 Faith | WHOQOL- SRPB Global score |
|-------------|-----|----------------------|-------|-------|--------------------------|----------------------|--|---|---|-----------------------------|-------------------------|------------|-------------|------------------------------------|
| JSE | | | | | | | | | | | | | | |
| Final Score | (r) | -.117 | -.093 | .203* | .222* | .237* | .252** | .272** | .337** | .250** | .325** | .191* | .199* | .352** |
| Sub1 | (r) | -.141 | .102 | .206* | .166 | .072 | .122 | .088 | .175 | .091 | .226* | .113 | .044 | .144 |
| Sub2 | (r) | -.066 | .048 | .023 | -.094 | -.037 | .121 | .071 | .066 | -.021 | .075 | .108 | .066 | .041 |
| Sub3 | (r) | -.051 | .086 | .149 | .248** | .309** | .236* | .306** | .342** | .309** | .291** | .160 | .283** | .394** |
| PPOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Final Score | (r) | .123 | .071 | .163 | .115 | .189* | .323** | .336** | .364** | .233* | .315** | .266** | .164 | .358** |
| Sharing | (r) | .087 | -.029 | .114 | .129 | .122 | .269** | .289** | .334** | .151 | .275** | .212* | .097 | .283** |
| Caring | (r) | .121 | .185 | .161 | .043 | .201* | .257** | .255** | .246** | .250** | .236* | .228* | .190* | .312** |

* p<0,05 **p<0.01. WHOQOL-SRPB: WHOQOL Spirituality, religiousness, and personal beliefs; JSE: Jefferson Scale of Empathy PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale. Sub1: Compassionate care; Sub2: Standing in the patient's shoes; Sub3: Perspective-taking.

Table 4 – Multiple linear regression analysis of variables moderately correlated with facets and total score of WHOQOL – spirituality/religiosity/personal beliefs and socio-demographic characteristics

| DEPENDENT VARIABLES | INDEPENDENT VARIABLES | Constant | R ² | Adjusted R ² | F | pvalue ^F | β | pvalueβ | VIF | Tolerance |
|---------------------|--------------------------------|----------|----------------|-------------------------|-------|---------------------|-----|---------|------|-----------|
| Perspective-taking | WHOQOL-SRPB Global score | 43.62 | .15 | .14 | 19.64 | .00** | .39 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Compassionate care | Sex | 39.47 | .09 | .07 | 5.45 | .01** | .20 | .03* | 1.00 | 1.00 |
| | S6- Inner peace | | | | | | .22 | .01** | 1.00 | 1.00 |
| JSE Global score | WHOQOL-SRPB Global score | 96.65 | .12 | .11 | 15.16 | .00** | .35 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Sharing | S4-Wholeness and Integration | 3.05 | .10 | .09 | 12.72 | .00** | .32 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Caring | S2-Meaning and purpose in life | 4.05 | .11 | .10 | 13.06 | .00** | .33 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| PPOS Global score | S2-Meaning and purpose in life | 3.53 | .14 | .13 | 18.08 | .00** | .38 | .00** | 1.00 | 1.00 |

* p<0,05 **p<0.01. WHOQOL-SRPB: WHOQOL Spirituality, religiousness and personal beliefs; JSE: Jefferson Scale of Empathy; PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale

5 ARTIGO: VERSÃO EM PORTUGUÊS

Artigo versão em português: “Espiritualidade dos internos e residentes de Medicina: associações com Empatia e Atitude na relação médico-paciente”

Espiritualidade dos internos e residentes de Medicina: associações com Empatia e Atitude na relação médico-paciente

Julianni B Lacombe^{1*}, Emiliana S Valadares², Renata R Catani³, Tânia M S Mendonça¹, Helena B M S Paro⁴, Nívea M O Morales⁵.

¹Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.

²Departamento de Oftalmologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.

³Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.

⁴Departamento de Bioética e Humanidades Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil

⁵Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.

*Autor Correspondente: Julianni Bernardelli Lacombe, Faculdade de Medicina, Avenida Pará, 1720; Bairro Umuarama, Campus Umuarama – Bloco 2U – Sala 23, Uberlândia – MG, Brasil CEP 38400-902.

Telefone: +55 34 3225-8604/ +55 34 3225-8628;

e-mail: juliannibl@gmail.com

Resumo

Contexto: Na atualidade tem se considerado relevante e oportuno estudar os fatores que contribuem para a melhoria das relações interpessoais no contexto da assistência ao paciente e educação médica. Compreender os preditores em relação à empatia e a atitude do interno de Medicina e do jovem médico é tema em destaque na formação dos profissionais de saúde, no desempenho acadêmico e profissional. A espiritualidade tem sido apontada como tema importante, tanto pelos pacientes como pelos estudantes de Medicina, porém ainda pouco abordada nas escolas médicas.

Objetivo: Verificar a associação entre o bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do interno e residente de Medicina com a empatia e a atitude na relação médico paciente.

Métodos: Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa. WHOQOL-espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, Escala Jefferson de Empatia e Escala de Orientação Médico-Paciente foram auto aplicadas a 64 estudantes dos últimos anos do curso e 50 residentes de Medicina. Foi realizada estatística descritiva, Correlação de Pearson e Regressão Linear Stepwise para análise dos dados.

Resultados: Foram encontradas correlações significativas ($p < 0,05$), variando de fracas ($r = 0,10$) a moderadas ($r = 0,39$). Escore Final do WHOQOL-SRPB apresentou efeito sobre o escore global de empatia ($R^2 = 0,12$; $p < 0,00$; $\beta = 0,35$; VIF=1,00). *Sentido da Vida* apresentou efeito sobre o escore global da atitude centrada no paciente ($R^2 = 0,14$; $p < 0,00$; $\beta = 0,38$; VIF=1,00).

Conclusões: A espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foram associadas à atitude centrada no paciente e à empatia dos internos e residentes de Medicina. Em geral, o bem-estar relacionado à espiritualidade foi preditora da empatia e o *Sentido da Vida* foi preditor da atitude centrada no paciente. Esses resultados implicam na necessidade de se considerar o bem-estar relacionado à espiritualidade na formação dos internos e residentes para uma melhor qualidade da relação médico paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Espiritualidade; Empatia; Educação Médica; Estudantes de Medicina; Relação médico-paciente.

1- INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem havido uma ampla preocupação com a re-humanização da medicina. A influência do modelo biomédico, hegemônico há quase 14 séculos, estimula os médicos aderirem a um comportamento essencialmente centrado na doença, enquanto tem-se a tendência de perder de vista a *pessoa* (KING, 1975). A partir do século XX, ocorre a reintegração da dimensão psicossocial ao ensino e às práticas em saúde tendo como enfoque a construção de um modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico. A perspectiva do modelo biopsicossocial coloca a necessidade de que o profissional médico avance nas capacidades relacionais (ROTTER, 2000). Assim, a empatia na relação médico-paciente, a atitude centrada no paciente e a formação de um médico humanista são atributos profissionais em destaque e habilidades essenciais do médico (INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001).

Empatia é um construto multidimensional com domínios cognitivos, emotivos e comportamentais (HOJAT, 2007b)(KATAOKA et al., 2009)(WEST et al., 2006a)(THOMAS et al., 2007). Maiores níveis de empatia percebida pelos pacientes têm correlação positiva com satisfação geral em seus médicos, confiança interpessoal e maior adesão ao tratamento (HOJAT et al., 2010), inclusive com resultados clínicos positivos (HOJAT et al., 2011). Também, menores níveis de empatia estão associados a maiores probabilidades de erros médicos (WEST et al., 2006b).

A medicina centrada no paciente constitui umas das metodologias propostas na humanização da medicina (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Dois princípios compõem a medicina centrada no paciente: um se refere aos cuidados da pessoa, com reconhecimento de suas ideias e emoções frente ao adoecimento; e o segundo refere-se ao compartilhamento de decisões e responsabilidades entre médicos e pacientes em relação à doença (STEWART et al., 2000). Tal

prática proporciona, maior satisfação do médico e do paciente, redução dos efeitos adversos associados às prescrições, diminuição do número de reclamações pelo atendimento, redução no volume de exames diagnósticos complementares, menor frequência de encaminhamentos para especialistas e, por fim, menores custos para o sistema de saúde e para o paciente (LITTLE et al., 2001) (RIBEIRO; AMARAL, 2008) (STEWART et al., 2000).

Compreender os preditores em relação à empatia e a atitude na relação médico-paciente é tema em destaque na formação dos profissionais de saúde, no desempenho acadêmico e profissional. Alguns fatores já foram relacionados com maiores níveis de empatia, como, sexo feminino (HOJAT, 2007a)(KATAOKA et al., 2009), primeiros anos da graduação do curso de medicina(CHEN et al., 2012), atuação em especialidades médicas centrada na pessoa (HARSCH, 2014) e em atenção primária (CHEN et al., 2007). A atitude centrada no paciente esteve positivamente associada ao sexo feminino, ao interesse pela prática comunitária e primária e com questões psicossociais em estudantes em fases precoces do curso de Medicina(KRUPAT et al., 1999). Igualitarismo, autoestima global e bem-estar estão associados positivamente à empatia e atitude centrada no paciente(VAN RYN et al., 2014). Em dois estudos, que envolveram estudantes de Medicina, a espiritualidade e empatia eram variáveis relacionadas(DAMIANO et al., 2017b)(HULL; DILALLA; DORSEY, 2001). Outra publicação demonstra associações positivas entre sentimento de espiritualidade, cuidado e empatia (MARKSTROM et al., 2010). Uma publicação recente, ao avaliar qualidade de vida relacionada à espiritualidade em estudantes do curso médico, demonstrou que o *Significado da Vida* está associado a maiores níveis de empatia(DAMIANO et al., 2017b). Nenhum estudo avaliou associação da espiritualidade ou da qualidade de vida relacionada à espiritualidade com a atitude centrada no paciente na relação médico-paciente.

Assim, inúmeros elementos podem estar associados com a atitude e comportamento

médico na relação médico-paciente. Contudo, ainda há necessidade de maior esclarecimento quanto a relação entre os aspectos comportamentais e cognitivos - como a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais - com a empatia e a atitude na relação médico-paciente. Em virtude da relevância dessa temática na formação médica, o objetivo deste estudo é verificar a associação da percepção de bem-estar (qualidade de vida) relacionada à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais com a empatia e a atitude na relação médico-paciente de internos e residentes do curso de Medicina. Nossa hipótese de pesquisa é que esta dimensão seria preditora de empatia e atitude centrada no paciente na relação médico-paciente.

2- Métodos

2.1- Participantes

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da (anonymised manuscript). Foram elegíveis para a pesquisa 150 internos do curso de Medicina do quinto e sexto ano e 214 residentes de Medicina do primeiro ao quarto ano do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Os participantes foram selecionados por conveniência. Os internos recrutados no estudo frequentavam os seguintes estágios: pediatria, cirurgia, ginecologia, medicina de família e comunidade e clínica médica. Os residentes atuavam nas especialidades: pediatria, medicina de família, clínica médica, oftalmologia, dermatologia e cirurgia. No segundo semestre do ano de 2015 e primeiro semestre do ano de 2016, foram convidados 129 indivíduos, destes, 15 (10 internos e 5 residentes) não consentiram em participar do estudo. Após a assinatura do termo de consentimento, responderam os questionários um total de 114 participantes, sendo 64 internos e 50 residentes (31,3 % dos indivíduos elegíveis para o estudo). Os participantes eram maiores de 18 anos de idade.

2.2-Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Instrumento Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (*WHOQOL-SRPB*). Questionário auto-aplicável em uma versão traduzida, validada e adaptada transculturalmente para o Brasil (26). O instrumento é composto por 32 itens que focam aspectos da qualidade de vida relacionados com a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. As opções de resposta se apresentam em uma escala Likert de 5 pontos, fornecendo 8 escores/facetas: *Conexão a ser espiritual ou força espiritual, Sentido na vida, Admiração, Totalidade e Integração, Força espiritual, Paz interior, Esperança e Otimismo e Fé*. Os escores

variam de 20 a 100. O instrumento avalia as crenças espirituais, religiosas ou pessoais como componente da qualidade de vida (QV). Maior pontuação corresponde a um maior grau de percepções positivas da QV, no domínio da SRPB (27).

- Escala *PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale)* (28). Uma escala de orientação médico-paciente (auto-aplicável) que avalia a atitude de pacientes, médicos e estudantes de medicina a respeito da relação médico-paciente. Instrumento validado e traduzido para a língua portuguesa com propriedades psicométricas adequadas (29). A escala contém 18 itens agrupados da seguinte forma: itens relacionados a dimensão *Compartilhar* e itens relacionados a dimensão *Cuidar*. Os itens são pontuados por meio de uma escala de Likert com 6 posições. Baixos escores (≤ 4.57) refletem uma orientação centrada no médico (alto controle médico focado em questões biomédicas) e altos escores (≥ 5.00) indicam preferências para um relacionamento mais centrado no paciente (controle partilhado, enfoque na pessoa com um todo). Escores entre 4.57 a 5.00 indicam orientação medianamente centrada no paciente.

- Escala *JSE (Jefferson Scales of Empathy)* (30) - Escala (auto-aplicável) utilizada para medir empatia dos estudantes de medicina e residentes. Instrumento constituído por 20 itens e 3 domínios: *compaixão, tomada de perspectiva e capacidade de se colocar no lugar do paciente*. Respostas possíveis variam numa escala tipo Likert com 7 posições. A empatia é tanto maior, quanto maior for o somatório (20 a 140) das respostas de todos os itens, num máximo de 140 pontos. A versão para estudantes de medicina (*JSE – S Version*), validada para uso no Brasil (31), foi desenhada para refletir a orientação ou a atitude empática do estudante na assistência médica.

O alfa de Cronbach dos questionários foi de: WHOQOL-SRPB (0,879), PPOS (0,714) e JSE (0,805).

Também foi utilizado um questionário sócio demográfico com questões sobre idade, sexo, estado marital, filiação religiosa, ano em curso, especialidade em curso (residentes) ou pretendida (internos) e envolvimento religioso (baixo ou alto). Todos os questionários foram auto aplicados.

2.3-Procedimentos

Os internos e residentes de Medicina foram abordados durante as atividades ambulatoriais do Hospital de Clínicas (anonymised manuscript) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família após autorização prévia do professor/preceptor responsável. Foram convidados a responder, de maneira auto-aplicada, um questionário sócio demográfico, as escalas WHOQOL-SRPB, PPOS e JSE.

As especialidades pretendidas e em curso foram estratificadas em centradas na pessoa e centradas na tecnologia (CHEN et al., 2007).

Na Universidade (anonymised manuscript) o curso de graduação de Medicina tem duração de 6 anos, sendo os três primeiros anos a fase pré-clínica e os últimos três, a fase clínica. O modelo pedagógico é estruturado em disciplinas, o conhecimento é compartimentalizado e subdividido em duas etapas distintas – básico e internato curricular- e a maioria dos cenários de aprendizagem ficam restritos ao ambiente hospitalar.

2.4-Análise estatística

A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra e determinar as medidas de tendência central e posição dos dados (média, mediana, desvio-padrão, frequência e porcentagem). A normalidade dos dados foi verificada pelo Teste de Shapiro-Wilk. A Correlação de Pearson foi utilizada para determinar a correlação entre WHOQOL-SRPB (e os subdomínios) e todas as outras variáveis do estudo (JSE-S e seus três domínios, PPOS e seus dois domínios, e dados do questionário sócio demográfico: interno, residente, sexo, idade, envolvimento religioso). Então, foi utilizada a Regressão Linear Múltipla Stepwise incluindo

as variáveis com correlações $r > 0,3$ (moderadas) (32) com $p < 0,05$. Variáveis independentes: WHOQOL-SRPB (e seus subdomínios), sexo, idade, envolvimento religioso, interno e residente. As variáveis dependentes: JSE-S e PPOS e seus domínios. Medidas de qualidade do ajuste foram avaliadas através de R^2 . Além disso, a multicolinearidade foi admitida utilizando fator de inflação de variância (VIF) maior que 10 e/ou uma pontuação de tolerância abaixo de 0,1 (33). O alpha Cronbach foi utilizado para verificar a consistência interna dos instrumentos. O software utilizado foi o SPSS 20.0. O nível de significância do presente estudo foi de $p < 0,05$.

3- Resultados

Dos 114 participantes, 56,2% são internos do quinto ao sexto ano e 43,9% residentes do primeiro ao quarto ano.

A idade média foi de 25,9 anos \pm 0,6, com predomínio do sexo feminino (67,5%). A religião católica (44,7%) foi a de maior frequência, o alto envolvimento religioso (43%) foi o mais frequente (Tabela 1).

O escores médios das Escalas (JSE-S, PPOS e WHOQOL-SRPB) são apresentados na Tabela 2. Em relação a cada domínio do WHOQOL-SRPB, a menor e maior média foram *Fé* ($69,29 \pm 23,72$) e *Sentido da Vida* ($82,65 \pm 13,56$), respectivamente. Na PPOS, o Escore Final ($4,59 \pm 0,43$) indica orientação medianamente centrada no paciente. Escore final da JSE ($118,56 \pm 10,25$) sinaliza número próximo do valor máximo de 140.

Tabela 3 apresenta os coeficientes da Correlação de Pearson entre WHOQOL-SRPB (e seus domínios S1 a S8), JSE-S e seus domínios, PPOS e seus domínios, interno, residente, sexo, idade e envolvimento religioso. Foram encontradas correlações significativas ($p < 0,05$), variando de fracas ($r = 0,10$) a moderadas ($r = 0,30$). Correlações moderadas com $r > 0,3$ $p < 0,05$ foram encontradas: (a) *Tomada de Perspectiva : Conexão com ser espiritual ou força espiritual* ($r = 0,309$; $p < 0,01$), *Admiração* ($r = 0,306$; $p < 0,01$), *Totalidade e Integração* ($r = 0,342$; $p < 0,01$), *Força Espiritual* ($r = 0,309$; $p < 0,01$) e Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,394$; $p < 0,01$) ; (b) Escore Final JSE : *Integração* ($r = 0,337$; $p < 0,01$), *Paz Interior* ($r = 0,325$; $p < 0,01$), Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,352$; $p < 0,01$) ; (c) *Compartilhar : Integração* ($r = 0,334$; $p < 0,01$) ; (d) *Cuidar*: Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,312$; $p < 0,01$) ; (e) Escore PPOS Total : *Sentido da Vida* ($r = 0,323$; $p < 0,01$), *Admiração* ($r = 0,336$; $p < 0,01$), *Integração* ($r = 0,364$; $p < 0,01$), *Paz Interior* ($r = 0,315$; $p < 0,01$) e Escore Global WHOQOL-SRPB ($r = 0,358$; $p < 0,01$).

Os resultados e coeficientes após análise de regressão múltipla (stepwise) são apresentados na tabela 4. No modelo final de regressão as seguintes variáveis foram significativamente associadas: (a) *Tomada de Perspectiva*: Escore Global WHOQOL-SRPB ($\beta = 0,39$; $p = 0,01$) ; (b) *Compaixão : Paz Interior* ($\beta = 0,22$; $p = 0,01$) e Sexo ($\beta = 0,20$; $p = 0,03$) ; (c) Escore Final JSE : Escore Global WHOQOL-SRPB ($\beta = 0,35$; $p = 0,01$) ; (d) *Compartilhar : Totalidade e Integração* ($\beta = 0,32$; $p = 0,00$) ; (e) *Cuidar: Sentido da Vida* ($\beta = 0,33$; $p = 0,00$) ; (f) Escore PPOS Total : *Sentido da Vida* ($\beta = 0,38$; $p = 0,00$). A multicolinearidade não foi um problema em nosso modelo de regressão ao verificar as pontuações tanto do VIF quanto da tolerância.

4- Discussão

Este estudo avaliou a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e sua associação com empatia e atitude na relação médico-paciente de internos e residentes do curso de Medicina. De um modo geral, a empatia e a atitude centrada no paciente foram associadas de forma significativa com o bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, conforme nossa hipótese. A QV espiritual foi preditora dos escores finais de empatia e de *tomada de perspectiva*. *Sentido da Vida* foi preditor da atitude global centrada no paciente. Além disso, *Paz Interior* foi preditor da *Compaixão*, enquanto *Totalidade e Integração* foi preditor do domínio *Compartilhar* da atitude centrada no paciente.

Espiritualidade e Empatia

No presente estudo, encontramos que níveis de empatia foram positivamente associados com a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Escore Final do WHOQOL-SRPB foi preditor da empatia global e *Tomada de Perspectiva*. Faceta *Paz Interior* foi preditora do domínio *Compaixão* da JSE. Outros estudos encontraram associações positivas entre espiritualidade, cuidado e empatia (MARKSTROM et al., 2010) (BRADLEY, 2009) .

Estudos anteriores retratam que burnout correlacionou-se inversamente com a empatia, ao mesmo tempo que bem-estar pessoal e qualidade de vida apresentaram correlação positiva com escores de empatia em estudantes de medicina (PARO et al., 2014) (THOMAS et al., 2007). Também, em publicação recente, a empatia na relação médico-paciente está associada à percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade – *Sentido da Vida* - em uma amostra de estudantes (DAMIANO et al., 2017b). Assim, alguns fatores como, bem-estar (THOMAS et

al., 2007), depressão (PARO et al., 2014) , burnout (BRAZEAU et al., 2010), têm relação com a empatia, o que nos reforça que a empatia não parece ter apenas uma dimensão cognitiva isolada.

Este estudo expressou que a *Tomada de Perspectiva* da empatia- dimensão cognitiva- apresenta maior número de associações com a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade e suas facetas. Indica que a dimensão cognitiva da empatia – capacidade de considerar a perspectiva de outra pessoa- (WEST et al., 2006b) está associada a fatores ligados com a satisfação em relação à espiritualidade/religiosidade/crenças do interno e do jovem médico. Sinaliza que a busca por questões sobre a existência, o significado e propósito da vida poderiam dar um significado transcendental à vida e funcionar como estratégia para lidar com o sofrimento humano, a ponto de refletir em superior comportamento empático.

A *Paz Interior*, faceta do WHOQOL-SRPB, esteve relacionada à *Compaixão*. De fato, estudo reforça que a expressão de compaixão na relação interpessoal nos estimula ao entendimento que somos parte de um conjunto, o que poderia estar associado com a sensação de paz interior (HAWTHORNE; YURKOVICH, 2003) . A faceta *Paz Interior*, integra componentes da espiritualidade, é definida como: “O quanto as pessoas estão em paz consigo mesmas. A fonte dessa paz vem de dentro da pessoa e pode estar ligada a uma relação que ela tem com Deus ou pode se originar de sua crença em um código moral ou um conjunto de crenças. O sentimento é de serenidade e calma. Sempre que alguma coisa dá errado, essa paz interior ajuda a lidar com o problema. É considerada uma condição muito desejada” (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Também, o sexo foi preditor no domínio *Compaixão* da empatia e nosso estudo replica tendência descrita na literatura para a existência de níveis superiores de empatia no sexo feminino em estudantes de Medicina (KATAOKA et al., 2009)(HOJAT, 2007a) .Tem sido sugerido em estudos anteriores, que as mulheres são mais receptivas aos sinais emocionais do que os homens e essa qualidade pode contribuir para uma melhor

compreensão e para um melhor relacionamento empático com o paciente(HOJAT et al., 2002a) bem como a própria socialização do sexo feminino(HOJAT et al., 2002b).

Também, houve correlação fraca entre a empatia e o envolvimento religioso. Ao considerar a análise de regressão multivariada, a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foram preditoras de empatia e explicou melhor o modelo em relação ao envolvimento religioso. Em estudos anteriores, a religiosidade esteve associada a melhores resultados de saúde mental (KOENIG, 2009)(ABDALEATI; MOHD ZAHARIM; MYDIN, 2016), mas outros demonstram nenhuma associação entre crenças religiosas e empatia (SANTOS et al., 2016)(MARKSTROM et al., 2010). Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão) (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Ter uma filiação religiosa ou envolvimento religioso, não teve a mesma associação com a empatia do que alguns domínios da espiritualidade.

Nesse sentido, quando consideramos a educação médica e a abordagem da empatia, precisamos ampliar o foco e buscar outros fatores que influenciam o estudante e jovem médico no seu comportamento empático frente ao paciente. Atividades dentro da formação médica que estimulem o estudo da espiritualidade, por meio do conhecimento da subjetividade das pessoas, recursos para o entendimento do cuidado de si e autoconhecimento, debates sobre transcendência, paz interior, mecanismos de resiliência, tópicos em bem- estar médico podem propiciar condições essenciais para a formação de um profissional (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016) e podem ter efeito na atuação – comportamento empático. Além disso, tais atividades também podem contribuir como mecanismo de enfrentamento do estresse, maior resiliência e qualidade de vida (KRÄGELOH et al., 2015b) para os próprios estudantes e residentes. Escolas Médicas de todo o mundo têm unido esforços para incluir o

conteúdo espiritualidade no currículo médico (FORTIN; BARNETT, 2004)(LUCCHETTI et al., 2014)(LUCCHETTI; GRANERO, 2010).

Espiritualidade e Medicina Centrada no Paciente

Nosso estudo indica que existe associação positiva entre a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade/religiosidade/crenças e atitude médica mais centrada no paciente, em uma amostra de internos e residentes de Medicina que estão em treinamento quanto às habilidades da prática clínica. *Sentido da vida* foi preditor da atitude centrada no paciente – escore global da PPOS- e do domínio *Cuidar. Totalidade e Integração* foi preditor do domínio *Compartilhar* da PPOS.

Se a empatia é um fator crítico na promoção do cuidado centrado no paciente (KOENIG, 2000) e, estudos indicam que a mesma está associada à espiritualidade (DILALLA et al., 2004) (DAMIANO et al., 2017b), é possível que a percepção de bem-estar relacionado à espiritualidade se relaciona com uma atitude centrada no paciente, o que foi demonstrado em nosso estudo. Pesquisas retratam que a espiritualidade e religiosidade do médico influenciam as decisões clínicas bem como a relação médico paciente (DAALEMAN, 2004).

Este estudo demonstra que *Totalidade e Integração* está associada com *Compartilhar*. *Compartilhar* diz respeito se o poder e o controle devem ser compartilhados entre o médico e o paciente e em que grau o médico deve compartilhar informações com o paciente (KRUPAT et al., 2000). *Totalidade e Integração* refere-se, por exemplo, “até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma? quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma? até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa? quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente? “. Assim, o equilíbrio das três dimensões (corpo,

mente e alma) e o auxílio das crenças como mecanismo para busca desta harmonia, podem propiciar atitude centrada no paciente, relativa ao compartilhamento de decisões e responsabilidades entre médicos e pacientes de acordo com objetivos comuns em relação à doença.

Este estudo aponta associação de *Sentido da Vida* com atitude centrada no paciente, bem como com o domínio *Cuidar*. O *Cuidar* reflete se os participantes consideram como elementos críticos as expectativas, os sentimentos e emoções dos pacientes (KRUPAT et al., 2000). Estudo demonstra que participantes reportam a faceta *Sentido da Vida* como uma das mais importantes do instrumento WHOQOL-SRPB (43). *Sentido da Vida* diz respeito, por exemplo, “até que ponto você encontra um sentido na vida? até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você? até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade? até que ponto você sente que está aqui por um motivo? “. Na essência, cuidar de outras pessoas- cuidado com o paciente- pode permitir um sentido ou propósito na vida e, ao mesmo tempo, ter sentido e propósito na vida pode proporcionar um cuidar mais centrado no paciente. Esta é uma lacuna ainda pouco explorada dentro das escolas médicas.

Assim, o estudo sinaliza que ter uma atitude mais centrada no paciente, talvez não exija somente capacitação ao longo dos estágios do curso, mas também conhecimento e vivência maior de alguns domínios da espiritualidade, especialmente em ter um propósito e significado na vida. Desta forma, uma abordagem no contexto da educação médica com foco na espiritualidade do estudante de medicina, atividades que estimulem o encontro de sentido e propósito na vida e possíveis dispositivos para desenvolvê-los, compreensão de como lidar com as emoções e expectativas, podem gerar percepções de bem-estar positivas relacionadas à espiritualidade e resultados em atitudes centradas no paciente na relação médico-paciente.

Limitações do Estudo

Utilizamos questionários de auto-relato de empatia e de orientação médico paciente, que podem ser influenciados pelo viés da desejabilidade social, direcionando as respostas dos internos e residentes ao que é aceito socialmente. Porém, esta limitação e subjetividade de respostas é inerente a este tipo de estudo.

Outra limitação refere-se à restrição da amostra aos internos dos últimos dois anos da graduação e residentes dos 4 primeiros anos do estágio, portanto os dados não podem representar os demais estudantes. Novas pesquisas poderiam incluir estudantes dos primeiros anos, uma vez que há indícios de que os primeiros anos da graduação sejam preditores significativos para maiores níveis de empatia (DAMIANO et al., 2017b).

Embora a taxa de resposta tenha sido satisfatória para os indivíduos elegíveis (31,3 %) para o estudo, a pesquisa foi realizada em uma única instituição de ensino, não sendo possível verificar a validade externa. No entanto, o valor do escore total do WHOQOL-SRPB (74.02) no grupo em estudo, é muito próximo ao de outros estudos (71.76) (KRÄGELOH et al., 2015b) (73,5) (DAMIANO et al., 2017b) que envolveram população semelhante – estudantes de Medicina no Brasil- o que reforça a adequação do método de seleção e do tamanho da amostra.

5- CONCLUSÃO

O bem-estar relacionado à espiritualidade dos Internos e Residentes de Medicina está associada positivamente com a atitude centrada no paciente e o comportamento empático. Esse estudo avança nossa compreensão sobre a necessidade de se considerar espiritualidade e crenças na educação médica. É possível que debates sobre esses assuntos, especialmente sobre o sentido da vida e a paz interior dentro do currículo médico favoreçam melhores resultados na humanização da prática médica.

Colaboradores: A JL esteve envolvida na concepção e design do estudo, coleta de dados, análise e interpretação de dados. A JL produziu o original do documento e conduziu para a revisão final do artigo. A EV e RC estiveram envolvidas na coleta de dados, análise e interpretação de dados. A TM esteve envolvida na análise estatística do estudo e interpretação dos dados. A HP contribuiu para a concepção e design do estudo, aquisição de literatura e revisão do documento. A NM esteve envolvida na concepção, design do estudo, aquisição de literatura, interpretação dos resultados, revisão do documento e aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores aprovaram o manuscrito final para submissão.

Agradecimentos: nenhum.

Financiamento: nenhum.

Conflito de interesse: nenhum.

Aprovação ética: Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas com seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o parecer 960.744 de 05/02/2015.

REFERÊNCIAS

1. King LS. Editorial: The humanization of medicine. *JAMA*. 1975 Feb;231(7):738–9.
2. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan;39(1):5–15.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2017 May 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
4. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Science & Business Media; 2007. 303 p.
5. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2009 Sep;84(9):1192-7.
6. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study. *JAMA* [Internet]. 2006 Sep 6 [cited 2017 Mar 19 d];296(9):1071. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.296.9.1071>
7. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 Feb [cited 2017 Jan 28];22(2):177-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1824738/>
8. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ* [Internet]. 2010 Dec 14 [cited 19 de março de 2017];1:83–7. Available from: <http://www.ijme.net/archive/1/patient-perceptions-of-physician-empathy/>
9. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients: *Acad Med* [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Mar 19];86(3):359-64. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201103000-00026>
10. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2016 Sep;296(9):1071-8.
11. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Patient-centered medicine and medical teaching: the importance of caring for the person and medical power. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. março de 2008 [citado 23 de maio de 2017];32(1):90-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100012&lng=pt&tlng=pt

12. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804.
13. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb;322(7284):468-72.
14. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Science & Business Media; 2007. 303 p.
15. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012;34(4):305–11.
16. Harsch HH. The Role of Empathy in Medical Students' Choice of Specialty. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan 15 [cited 2016 Oct 11];13(2):96-8. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03341267>
17. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007 Oct;22(10):1434-8.
18. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(3):347-56.
19. van Ryn M, Hardeman RR, Phelan SM, Burke SE, Przedworski J, Allen ML, et al. Psychosocial predictors of attitudes toward physician empathy in clinical encounters among 4732 1st year medical students: a report from the CHANGES study. *Patient Educ Couns*. 2014 Sep;96(3):367-75.
20. Damiano RF, de Andrade Ribeiro LM, Dos Santos AG, da Silva BA, Lucchetti G. Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiousness Among Brazilian Medical Students. *J Relig Health*. 2017 Jun;56(3):1003-17.
21. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Student attitudes toward wellness, empathy, and spirituality in the curriculum. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2001 May;76(5):520.
22. Markstrom CA, Huey E, Stiles BM, Krause AL. Frameworks of Caring and Helping in Adolescence: Are Empathy, Religiousness, and Spirituality Related Constructs? *Youth Soc* [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2017 May 23];42(1):59-80. Available from: <http://yas.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0044118X09333644>
23. Bradley C. The Interconnection Between Religious Fundamentalism, Spirituality, And The Four Dimensions Of Empathy. *Rev Relig Res* [Internet]. 2009;51(2):201-19. Available from: <http://www.jstor.org/stable/20697334>
24. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB, et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PloS One*. 2014;9(4):e94133.
25. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2010

Oct;85(10 Suppl):S33-36.

26. Hawthorne DL, Yurkovich NJ. Human relationship: The forgotten dynamic in palliative care. *Palliat Support Care* [Internet]. 2003 Sep [cited 2017 Jun 15];1(03). Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S147895150303027X
27. Fleck MP, Skevington S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Arch Clin Psychiatry São Paulo* [Internet]. 2007 [cited 2016 Jul 26];34:146-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002 Jun;36(6):522-7.
29. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002 Sep;159(9):1563-9.
30. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2009 May;54(5):283-91.
31. AbdAleati NS, Mohd Zaharim N, Mydin YO. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *J Relig Health*. 2016 Dec;55(6):1929-37.
32. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano ICB, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016 May; 7:149-53.
33. Koenig H, McCullough M, Larson D. *Handbook of religion and health: A century of research reviewed historical context*. Oxford University Press; 2001.
34. Reginato V, Benedetto MACD, Gallian DMC. Spirituality and health: an experience in graduation in medicine and nursing. *Trab Educ E Saúde* [Internet]. Março de 2016 [citado 27 de maio de 2017];14(1):237-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100237&lng=pt&tlng=pt
35. Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2015 Feb;39(1):85-9.
36. Fortin AH, Barnett KG. STUDENTJAMA. Medical school curricula in spirituality and medicine. *JAMA*. 2004 Jun;291(23):2883.
37. Lucchetti G, de Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti ALG, SBAME Collaborators. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Ethics*. 2014;15:85.

38. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Med Educ*. 2010 May;44(5):527.
39. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. *JAMA* [Internet]. 2000 Oct 4 [cited 2017 May 23];284(13):1708. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.284.13.1708-JMS1004-5-1>
40. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK, Department of Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med*. 2004;16(2):165-70.
41. Daaleman TP. Religion, spirituality, and the practice of medicine. *J Am Board Fam Pract*. 2004 OCT;17(5):370-6.
42. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):49-59.
43. CATRE, Maria Nazarete Costa et al. O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Aná. Psicológica* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Jun 15]; 32(4):401-417. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312014000400003&lng=pt&nrm=iso.

Tabela 1- Dados Sócio Demográficos dos Internos e Residentes de Medicina

| Variável | N | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 77 | 67.5% |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 103 | 90.4% |
| Religião | | |
| Não respondeu | 3 | 2.6% |
| Católica | 51 | 44.7% |
| Afro-Brasileira | 1 | 0.9% |
| Evangélica | 13 | 11.4% |
| Espírita | 21 | 18.4% |
| Nenhuma | 23 | 20.2% |
| Outras | 2 | 1.8% |
| Envolvimento Religioso | | |
| Alto | 67 | 58.77% |
| Baixo | 47 | 41.22% |
| Internos de Medicina | | |
| Especialidade Pretendida | | |
| Centrada na Pessoa | 32 | 50% |
| Centrada na Tecnologia | 15 | 23.43% |
| Não responderam | 17 | 26.56% |
| Residentes de Medicina | | |
| Especialidade em Curso | | |
| Centrada na Pessoa | 45 | 90% |
| Centrada na Tecnologia | 5 | 10% |

Tabela 2- Média, desvio-padrão dos escores dos instrumentos.

| Variável | Média | DP | Mínimo | Máximo |
|--------------------|--------|-------|--------|--------|
| WHOQOL-SRPB | | | | |
| S1 | 70.40 | 22.92 | 20 | 100 |
| S2 | 82.65 | 13.53 | 40 | 100 |
| S3 | 73.89 | 12.51 | 45 | 100 |
| S4 | 73.60 | 12.91 | 35 | 100 |
| S5 | 72.57 | 18.98 | 20 | 100 |
| S6 | 72.77 | 11.60 | 40 | 100 |
| S7 | 76.16 | 11.58 | 45 | 100 |
| S8 | 69.29 | 23.72 | 20 | 100 |
| Escore Total | 74.02 | 12.17 | 36.25 | 99.37 |
| JSE | | | | |
| Sub1 | 49.27 | 4.62 | 37 | 56 |
| Sub2 | 8.48 | 2.77 | 2 | 14 |
| Sub3 | 60.81 | 7.13 | 39 | 70 |
| Escore Final | 118.56 | 10.25 | 89 | 136 |
| PPOS | | | | |
| Compartilhar | 4.21 | 0.63 | 2.33 | 5.77 |
| Cuidar | 4.96 | 0.43 | 3.66 | 6.00 |
| Escore Final | 4.59 | 0.43 | 3.21 | 5.55 |

WHOQOL-SRPB: WHOQOL Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; JSE: Escala Jefferson de Empatia; PPOS: Escala de Orientação Médico-Paciente. S1: Conexão com ser ou força espiritual; S2: Sentido na vida; S3 Admiração; S4: Totalidade e Integração; S5: Força Espiritual; S6: Paz Interior/Harmonia; S7: Esperança e Otimismo; S8: Fé. Sub1: Compaixão; Sub2: Colocar-se no lugar do paciente; Sub3: Tomada de Perspectiva. DP: Desvio-Padrão.

Tabela 3- Coeficientes da Correlação de Pearson entre espiritualidade, empatia, atitude e características sócio demográficas.

| Variável | | Estudante/Residente | Idade | Sexo | Envolvimento Religioso | S1 Conexão | S2 Sentido na vida | S3 Admiração | S4 Integração | S5 Força espiritual | S6 Paz-Harmonia | S7 Esperança | S8 Fé | WHOQOL-SRPB Escore Global |
|--------------|-----|---------------------|-------|-------|------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------------------|--------------------|-----------------|----------|------------------------------|
| JSE | | | | | | | | | | | | | | |
| Final Score | (r) | -.117 | -.093 | .203* | .222* | .237* | .252** | .272** | .337** | .250** | .325** | .191* | .199* | .352** |
| Sub1 | (r) | -.141 | .102 | .206* | .166 | .072 | .122 | .088 | .175 | .091 | .226* | .113 | .044 | .144 |
| Sub2 | (r) | -.066 | .048 | .023 | -.094 | -.037 | .121 | .071 | .066 | -.021 | .075 | .108 | .066 | .041 |
| Sub3 | (r) | -.051 | .086 | .149 | .248** | .309** | .236* | .306** | .342** | .309** | .291** | .160 | .283** | .394** |
| PPOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Final Score | (r) | .123 | .071 | .163 | .115 | .189* | .323** | .336** | .364** | .233* | .315** | .266** | .164 | .358** |
| Compartilhar | (r) | .087 | -.029 | .114 | .129 | .122 | .269** | .289** | .334** | .151 | .275** | .212* | .097 | .283** |
| Cuidar | (r) | .121 | .185 | .161 | .043 | .201* | .257** | .255** | .246** | .250** | .236* | .228* | .190* | .312** |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$. WHOQOL-SRPB: WHOQOL Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; EJE: Escala Jefferson de Empatia; EOMP: Escala de Orientação Médico-Paciente. Sub1: Compaixão; Sub2: Colocar-se no lugar do paciente; Sub3: Tomada de Perspectiva.

Tabela 4- Análise da Regressão Linear Múltipla de variáveis moderadamente correlacionadas com facetas e escore total do WHOQOL- espiritualidade/ religiosidade/crenças pessoais e características demográficas.

| VARIÁVEIS DEPENDENTES | VARIÁVEIS INDEPENDENTES | Constante | R ² | R ² Ajustado | F | p _{valor} F | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
|--------------------------|------------------------------|-----------|----------------|-------------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|------|------------|
| Tomada de Perspectiva | | 43.62 | .15 | .14 | 19.64 | .00** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | WHOQOL-SRPB Escore Global | | | | | | .39 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Compaixão | | 39.47 | .09 | .07 | 5.45 | .01** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | Sexo | | | | | | .20 | .03* | 1.00 | 1.00 |
| | S6- Paz Interior | | | | | | .22 | .01** | 1.00 | 1.00 |
| EJE Escore Global | | 96.65 | .12 | .11 | 15.16 | .00** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | WHOQOL-SRPB Escore Global | | | | | | .35 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Compartilhar | | 3.05 | .10 | .09 | 12.72 | .00** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | S4-Totalidade Integração | | | | | | .32 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| Cuidar | | 4.05 | .11 | .10 | 13.06 | .00** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | S2-Sentido da Vida | | | | | | .33 | .00** | 1.00 | 1.00 |
| EOMP Escore Global | | 3.53 | .14 | .13 | 18.08 | .00** | β | p _{valor} β | VIF | Tolerância |
| | S2-Sentido da Vida | | | | | | .38 | .00** | 1.00 | 1.00 |

* p<0,05 **p<0.01. WHOQOL-SRPB: WHOQOL Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; EJE: Escala Jefferson de Empatia; EOMP: Escala de Orientação Médico-Paciente

REFERÊNCIAS

AAMC. Association of American Medical Colleges. **Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine, Medical School Objectives Project.** Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999. p. 25–26. Disponível em: <<http://www.aamc.org/meded/msop/report3.htm#task>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

AULETE, F. J. C.; VALENTE, A. L. S. **Dicionário Caldas Aulete.** Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital Ltda., 2007. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/empatia>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

BLASCO, P. G. The medical humanism: the pursuit of sustainable medical humanization. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 68, n. 1, 2011.

BOSCAGLIA, N. et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. **International Journal of Gynecological Cancer**, Cambridge, v. 15, n. 5, p. 755-761, out. 2005.

BRADY, M. J. et al. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psycho-Oncology**, Chichester, W. Sussex, England: Wiley, v. 8, n. 5, p. 417-428, out. 1999.

BRAZEAU, C. M. L. R. et al. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. **Academic Medicine**, Washington, v. 85, n. 10 Suppl., p. S33-36, out. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CSE n. 3**, de 20 de junho 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 13 maio 2017.

CARMEL, S.; GLICK, S. M. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. **Social Science & Medicine**, Oxford; New York, v. 43, n. 8, p. 1253-1261, out. 1996.

CHEN, D. C. R. et al. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. **Medical Teacher**, London, v. 34, n. 4, p. 305-311, 2012.

CRISTINA, M. et al. A humanização da medicina. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 897-897, dez. 2007.

CULLIFORD, L. Spirituality and clinical care: Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care. **British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7378, p. 1434-1435, 21 dez. 2002.

DAMIANO, R. F. et al. Empathy in Medical Students Is Moderated by Openness to Spirituality. **Teaching and learning in medicine**, Philadelphia, v. 29, n.2, p.188-195, jun. 2017.

DAMIANO, R. F. et al. Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiosity Among Brazilian Medical Students. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 56, n. 3, p. 1003-1017, jun. 2017.

FLANNELLY, L. T.; INOUE, J. Relationships of religion, health status, and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 22, n. 3, p. 253-272, maio 2001.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 146-149, 2007.

FORTIN, A. H. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 23, p. 2883-2883, 16 jun. 2004.

FORTIN, A. H.; BARNETT, K. G. Student Jama. Medical school curricula in spirituality and medicine. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 23, p. 2883, 16 jun. 2004.

GALLIAN, D. M. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica** São Paulo, v. 34, n. 4, 2001/2002; Disponível em: <<http://unifesp.br/dpsiq/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 21 maio 2017.

GARCIA, M. A. A. et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-155, ago. 2007.

GIOIELLA, M. E.; BERKMAN, B.; ROBINSON, M. Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. **Cancer Practice**, Philadelphia, v. 6, n. 6, p. 333-338, dez. 1998.

GLADIS, M. M. et al. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 67, n. 3, p. 320-331, jun. 1999.

GOMES, J. C. M.; FREITAS DRUMOND, J. G.; FRANÇA, G. V. **Erro médico**. Montes Claros: Unimontes, 2001.

HAIDET, P. et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. **Medical Education**, Oxford, v. 36, n. 6, p. 568-574, jun. 2002.

HARSCH, H. H. The Role of Empathy in Medical Students' Choice of Specialty. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 13, n. 2, p. 96-98, 15 jan. 2014.

HILL, P. C. et al. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, New York, v. 30, n. 1, p. 51-77, mar. 2000.

HOJAT, M. et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 9, p. 1563-1569, set. 2002.

HOJAT, M. et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, Oxford, v. 38, n. 9, p. 934-941, set. 2004.

HOJAT, M. **Empathy in Patient Care**: Antecedents, development, measurement, and outcomes. [s.l.]: Springer Science & Business Media, New York, 296 p, 2007.

HOJAT, M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. **Journal of Health and Human Services Administration**, Randallstown, v. 31, n. 4, p. 412-450, 2009.

HOJAT, M. et al. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. **International Journal of Medical Education**, United Kingdom, v. 1, p. 83, 2010.

HOJAT, M. et al. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. **Academic Medicine**, Washington, v. 86, n. 3, p. 359-364, mar. 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **Crossing the Quality Chasm**: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

JAEGER, Werner. **Paidéia**: a formação do homem grego. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995. p. 1.007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/28921462/JAEGER-Werner-Paideia-A-Formacao-do-Homem-Grego>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

KATAOKA, H. U. et al. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. **Academic Medicine**, Washington, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, set. 2009.

KING, M. B.; KOENIG, H. G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 1, dez. 2009.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 13, p. 1708, 4 out. 2000.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 76, n. 12, p. 1189-1191, dez. 2001.

KOENIG, H. G. A Commentary: The Role of Religion and Spirituality at the End of Life. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 42, n. Supplement 3, p. 20-23, 1 out. 2002.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 196, n. 5, p. 349-355, maio 2008.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: A century of research reviewed historical context.** Oxford; New York: Oxford University Press, 2001.

KRÄGELOH, C. U. et al. Spiritual quality of life and spiritual coping: evidence for a two-factor structure of the WHOQOL spirituality, religiousness, and personal beliefs module. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 13, n. 1, p. 26, 2015a.

KRÄGELOH, C. U. et al. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. **Academic Psychiatry**, Washington, v. 39, n. 1, p. 85-89, fev. 2015b.

LA MONICA, E. L. et al. Empathy and nursing care outcomes. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, New York, v. 1, n. 3, p. 197-213, 1987.

LA MONICA, E. L. et al. Empathy training as the major thrust of a staff development program. **Nursing Research**, New York, v. 25, n. 6, p. 447-451, dez. 1976.

LEVIN, J. S.; MARKIDES, K. S.; RAY, L. A. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 36, n. 4, p. 454-463, ago. 1996.

LITTLE, P. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 322, n. 7284, p. 468-472, 24 fev. 2001.

LOPES, O. DE C. **A Medicina no tempo: notas de história de medicina.** São Paulo: Edições Melhoramentos, 1970.

LOWN, B. **A arte perdida de curar.** São Paulo: JSN Ed., 2008.

LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, London, v. 12, p. 78, 18 ago. 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Medical students, spirituality and religiosity: results from the multicenter study SBAME. **BMC medical education**, London, v. 13, p. 162, 7 dez. 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. **BMC medical ethics**, London, v. 15, p. 85, 2014.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Medical Education**, Oxford, v. 44, n. 5, p. 527, maio 2010.

LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 180, n. 11, p. 673-682, nov. 1992.

MARIANO, R. Laicidade à brasileira: católicos, pentecostais e laicos em disputa na esfera pública. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 16 set. 2011.

MARINS, J. J. N. A Formação Médica e o Processo de Trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 3-4, 2003.

MERHY, E. E.; MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, SP: Hucitec, 2005.

MODJARRAD, K. Medicine and Spirituality. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 23, p. 2880-2880, 16 jun. 2004.

MONOD, S. et al. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 26, n. 11, p. 1345-1357, nov. 2011.

NEUMANN, M. et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. **Academic Medicine**, Washington, v. 86, n. 8, p. 996-1009, ago. 2011.

NEWTON, B. W. et al. Differences in medical students' empathy. **Academic Medicine**, Washington, v. 75, n. 12, p. 1215, dez. 2000.

NUTTER, D.; WHITCOMB, M. **The AAMC Project on the Clinical Education of Medical Students**. Washington: AAMC, 1984. Disponível em: <<https://www.aamc.org/download/68522/data/clinicalskillsnutter.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

O'CONNELL, K. A.; SKEVINGTON, S. M. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. **British Journal of Health Psychology**, Leicester, v. 10, n. Pt 3, p. 379-398, set. 2005.

OSLER W. The faith that heals. **British Medical Journal**, London, v.1, n. 2581, p.1470-1472, jun. 1910.

OYAMA, O.; KOENIG, H. G. Religious beliefs and practices in family medicine. **Archives of Family Medicine**, Chicago, v. 7, n. 5, p. 431-435, out. 1998.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, D.; AURELIO, M. The Flexner report: for good and for bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 105-115, 2007.

PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, Abingdon, v. 29, n. 3, p. 263-282, jun. 2017.

PARO, H. B. M. S. et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? **PloS One**, São Francisco, v. 9, n. 4, p. e94133, 2014.

PEIXOTO, J. M.; RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Atitude do estudante de medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 229-236, jun. 2011.

PETERMAN, A. H. et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). **Annals of Behavioral Medicine**, Knoxville, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.

POST, S. G.; PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 132, n. 7, p. 578-583, 4 abr. 2000.

PUCHALSKI, C. M. Task Force Report: Spirituality, Cultural Issues, and End of Life Care. **Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine**. Medical School Objectives Project, New York, pp. 25-26, 1999.

PUCHALSKI, C. M. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. **Polish archives of internal medicine**, Liszki, v. 123, n. 9, p. 491-497, 2013.

PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Academic Medicine**, Washington, v. 73, n. 9, p. 970-974, set. 1998.

RASIC, D. T. et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 114, n. 1-3, p. 32-40, abr. 2009.

REGINATO, V.; BENEDETTO, M. A. C. D.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e Saúde: uma Experiência na Graduação em Medicina e Enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, mar. 2016.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

RIBEIRO, M. M. F.; KRUPAT, E.; AMARAL, C. F. S. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. **Medical Teacher**, London, v. 29, n. 6, p. e204-208, set. 2007.

SILVA, G. E. G. A Educação Médica e o Sistema de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 125-127, 2002.

SLOAN, R. P. et al. Should physicians prescribe religious activities? **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 342, n. 25, p. 1913-1916, 22 jun. 2000.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religious ness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events.

Psychological Bulletin, Washington, v. 129, n. 4, p. 614-636, jul. 2003.

SQUIER, R. W. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. **Social Science & Medicine**, Oxford; New York: Pergamon, v. 30, n. 3, p. 325-339, 1990.

STEWART, M. (Ed.). **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 49, n. 9, p. 796-804, set. 2000.

STEWART, M. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2010.

TAVAKOL, S.; DENNICK, R.; TAVAKOL, M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. **Education for primary care**, Abingdon, v. 22, n. 5, p. 297-303, set. 2011.

THOMAS, M. R. et al. How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 177-183, fev. 2007.

TSIMTSIOU, Z. et al. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. **Medical Education**, Oxford, v. 41, n. 2, p. 146-153, fev. 2007.

WEST, C. P. et al. Association of Perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy: a prospective longitudinal study. **JAMA**, Chicago, v. 296, n. 9, p. 1071-1078, 6 set. 2006.

WHO. WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford; New York, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)-report on WHO Consultation**. Genebra: WHO, 1998a.

WHO. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs: report on WHO consultation**. Genebra, 1998b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2017.

WHO. **WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument**. Genebra: ONU, 2002.

ANEXO A – COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA JEFFERSON SCALES OF EMPATHY

De: **empathy svc** empathy@jefferson.edu 
Assunto: FW: Doubt in ESJ
Data: 27 de maio de 2016 11:06
Para: JULIANNI BERNARDELLI LACOMBE juliannib@yahoo.com.br

ES

Julianni:

My apologies for the e-mail below. I see that you are working with Helena who was a translator of the JSE. Please find the scoring algorithm attached. Please be aware that permission is required for any single use in a study. If you are conducting a new study you must first request permission to use the Scale. Please note that Jefferson is the sole copyright holder of and all versions/translations of the JSE, permission to use any translation of the JSE may be given only by us.

Sincerely,

Shira Carroll
Empathy Project Coordinator
Center for Research in Medical Education & Health Care
Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University
1015 Walnut Street, Curtis Bldg., Suite 319
Philadelphia, PA 19107
P: 215-955-9458
F: 215-923-6939
empathy@jefferson.edu
Jefferson.edu/ScaleofEmpathy

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

De: **Medical Education** onbehalfof+med+mededuc.com@manuscriptcentral.com
Assunto: **Manuscript submitted - MED-2017-0815**
Data: **5 de julho de 2017 12:08**
Para: juliannibl@gmail.com, nivea.neuroped@gmail.com, helenabmsparo@gmail.com, renata_rcatani@hotmail.com, valadaresemiliana@gmail.com, taniacore@hotmail.com

ME

Dear Dr. Lacombe

Thank you for submitting your manuscript to Medical Education. You can follow the progress of your paper through the system by logging in to the author centre on the <https://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation> website. We aim to provide you with a first decision within 12 weeks of submission, with the exception of submitted papers for the Really Good Stuff section. Decisions on papers submitted for the Really Good Stuff section will be made within approximately 10-12 weeks of the submission deadline for that section.

Any enquiries should be made to med@mededuc.com, and the manuscript reference number, MED-2017-0815 should be included to facilitate a quick response.

Yours sincerely

Sue Symons
Medical Education
1, Tamar Science Park
Davy Road
Plymouth PL6 8BX
UK

Tel: +44 (0)1752 764412

<https://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation>

ANEXO C – INSTRUMENTO WHOQOL-SRPB, ESCALA JEFFERSON DE EMPATIA E ESCALA DE ORIENTAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

• INSTRUMENTO WHOQOL

Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB)

WHOQOL-SRPB



Instrumento para Teste de Campo do WHOQOL

Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL

Nº

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas **crenças espirituais, religiosas ou pessoais**, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é: “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se às **últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP1.2 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP1.3 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranqüiliza você?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP7.1 Quão esperançoso você se sente?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Mais ou menos 3 | Bastante 4 | Extremamente 5 |
|-----------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|

SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP4.4 O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP6.3 O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP7.4 O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

| | | | | |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|
| Nada 1 | Muito pouco 2 | Médio 3 | Muito 4 | Completamente 5 |
|-----------|------------------|------------|------------|--------------------|

SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------|---|-----------------|-----------------------|
| Muito insatisfeito 1 | Insatisfeito 2 | Nem satisfeito nem insatisfeito 3 | Satisfeito 4 | Muito satisfeito 5 |
|-------------------------|-------------------|---|-----------------|-----------------------|

Escala JSE (Jefferson Scales of Empathy)

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

ANEXO D – COMPROVANTE DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da espiritualidade dos estudantes e residentes de medicina

Pesquisador Responsável: Nívea de Macedo Oliveira Morales

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37556814.0.0000.5152

Submetido em: 04/02/2015

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

