

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira
Mestrado em Saúde Brasileira

Alexander Cangussu Silva

**Empatia, bem-estar, burnout, saúde mental e abertura as crenças espirituais
dos pacientes: as diferenças de gênero dos estudantes de medicina nas
diferentes fases do curso**

Juiz de Fora

2017

Alexander Cangussu Silva

Empatia, bem-estar, burnout, saúde mental e abertura as crenças espirituais dos pacientes: as diferenças de gênero dos estudantes de medicina nas diferentes fases do curso

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação de Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Brasileira.

Área de concentração: Saúde Brasileira

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti

Co-Orientadora: Prof^a Dra. Oscarina da Silva Ezequiel

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cangussu Silva, Alexander.

Empatia, bem-estar, burnout, saúde mental e abertura as crenças espirituais dos pacientes: as diferenças de gênero dos estudantes de medicina nas diferentes fases do curso / Alexander Cangussu Silva. -- 2017.

148 f. : il.

Orientador: Giancarlo Lucchetti

Coorientadora: Oscarina da Silva Ezequiel

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2017.

1. Educação médica. 2. Viés de gênero. 3. Empatia. 4. Espiritualidade. 5. Qualidade de vida. I. Lucchetti, Giancarlo, orient. II. Ezequiel, Oscarina da Silva, coorient. III. Título.

ALEXANDER CANGUSSU SILVA

Empatia, bem-estar, burnout, saúde mental e abertura as crenças espirituais dos pacientes: as diferenças de gênero dos estudantes de medicina nas diferentes fases do curso


Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Brasileira.



Dr. Giancarlo Lucchetti (Orientador) – UFJF



Dra. Oscarina da Silva Ezequiel (Co-orientadora) – UFJF



Dra. Luciano Magalhães Vitorino – UFJF



Dr. Décio Landoli Júnior – UNIDERP/MS

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Helvia, que mesmo nos muitos momentos de reclusão e ausências e ainda que sobrecarregada manteve sempre seu apoio.

Aos meus filhos Henrique, Davi e Amanda que são juntos um dos grandes motivos que me motivam a crescer em espírito e força.

Aos meus pais, Ildete e Ozi, que sempre entenderam a importância da busca pelo conhecimento e souberam incentivar aos filhos nesse caminho.

Ao Giancarlo e à Oscarina, meus orientadores, pela paciência, dedicação, prestreza e ensinamentos que foram cruciais até este momento e continuarão a ser nos dias por vir.

Ao Dr. Décio Iandoli e Dra. Sandra Tibiriçá por aceitarem participar da minha banca e contribuírem ainda mais com meu crescimento.

Aos colegas da Pós-Graduação pelo convívio e companheirismo nos momentos de aprendizado no NUGGER.

Ao alunos que participaram do estudo doando parte de seu tempo.

E, acima de todas essas coisas, à Deus doador e mantenedor da vida que permitiu que até aqui houvesse fôlego em mim para concluir este projeto.

RESUMO

Introdução: A relevância das questões envolvendo saúde mental e bem estar dos estudantes de medicina têm sido amplamente discutida nas últimas décadas, podendo influenciar na própria empatia e na relação médico-paciente. Nesse contexto, estudos vêm mostrando que existem diferenças biológicas e comportamentais entre os gêneros para determinados comportamentos. Apesar disso, essa questão ainda é pouco discutida na área de educação médica e pouco se sabe sobre a influência do gênero na saúde mental e empatia nas diferentes fases da formação médica.

Objetivos: O objetivo primário do estudo é investigar se existem diferenças em relação ao gênero quanto a empatia, burnout, tolerância, abertura a espiritualidade, bem-estar e saúde mental em estudantes de medicina e se essas diferenças são influenciadas pelas fases do curso. Como objetivo secundário, foi realizada a tradução, adaptação e validação da escala Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey (ESWIM) para uso no Brasil.

Métodos: Realizou-se estudo transversal em estudantes dos seis anos de um curso de medicina brasileiro. Foram avaliados: qualidade de vida (WHOQOL-Bref), Burnout (Oldenburg), saúde mental (DASS-21), empatia (IE e ESWIM) e tolerância, bem-estar e abertura à espiritualidade (ESWIM). A escala ESWIM foi traduzida e adaptada transculturalmente para o contexto brasileiro no presente estudo. Os desfechos foram então comparados entre os gêneros e também entre as diferentes fases do curso de medicina: pré-clínica, clínica e internato.

Resultados: Um total de 776 estudantes foram incluídos. A escala ESWIM em português mostrou boas propriedades psicométricas e na análise fatorial confirmatória apresentou-se com três dimensões: empatia, bem-estar e abertura a espiritualidade. Com relação ao objetivo primário, foram observadas diferenças importantes entre os

gêneros e entre as fases do curso de medicina. As mulheres apresentaram maiores níveis de empatia, flexibilidade, altruísmo, sensibilidade, burnout, tolerância, ansiedade e stress, enquanto os homens tiveram maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida. As fases finais do curso estiveram associadas a piores níveis de empatia, altruísmo, sensibilidade e exaustão, porém com melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida física e psíquica. Com o avançar do treinamento médico, as diferenças entre os gêneros presentes nos primeiros anos (maior empatia, pior qualidade de vida e pior saúde mental nas mulheres) tenderam a diminuir e tornar-se não significantes na fase do internato.

Conclusões: Encontrou-se que as diferenças em empatia e saúde mental entre homens e mulheres diminuíram nas fases mais avançadas do curso. Estes resultados podem denotar que a condução nos processos ensino-aprendizagem no curso de medicina não tem considerado as especificidades dos gênero, reforçando características positivas importantes para o exercício da medicina como a empatia, flexibilidade, altruísmo, sensibilidades do gênero feminino e desenvolvendo ações que promovam o desenvolvimentos destas características no gênero masculino, ao contrário o currículo parece “uniformizar” os estudantes. Educadores devem considerar esses achados na reestruturação dos currículos de forma a respeitar e valorizar as peculiaridades dos gêneros favorecendo suas potencialidades.

Palavras-chave: Viés de gênero, gênero, educação médica, empatia, espiritualidade, qualidade de vida, bem-estar

ABSTRACT

Introduction: The relevance of questions involving medical students' mental health and well-being has been widely discussed in recent decades. It has thus been able to exert an influence on empathy itself and the doctor-patient relationship. In this context, studies have shown that there are biological and comportmental differences between genders for determined behaviors. Nevertheless, this question is still infrequently discussed in the field of medical education and little is known regarding the influence of gender on mental health and empathy during the different phases of medical training.

Objectives: This study's primary objective is to investigate whether differences exist regarding gender in terms of empathy, burnout, tolerance, openness to spirituality, well-being, and mental health in medical students, and if these differences are influenced by the course phase in which those students are enrolled. As a secondary objective, a translation, adaptation, and validation of the Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey (ESWIM) was undertaken for use in Brazil.

Methods: A cross-sectional study was conducted using students from all six years of course work at a Brazilian medical school. The following were evaluated: quality of life (WHOQOL-Bref), burnout (Oldenburg), mental health (DASS-21), empathy (EI and ESWIM), and tolerance, well-being, and openness to spirituality (ESWIM). The ESWIM scale was translated and transculturally adapted for use in Brazil. Outcomes were then compared between the genders as well as among the preclinical, clinical, and clerkship phases of medical studies.

Results: A total of 776 students were included in this study. The ESWIM scale's Portuguese language version demonstrated good psychometric properties, and confirmatory factorial analysis was shown in three dimensions – empathy, well-being,

and openness to spirituality. In relation to the primary objective, important differences were observed between the genders and among the phases of medical studies. Women showed greater levels of empathy, flexibility, altruism, sensitivity, burnout, tolerance, anxiety, and stress, while men had greater levels of well-being and quality of life. The final phases of coursework were associated with poorer levels of empathy, altruism, sensitivity, and exhaustion, but with better levels of well-being and physical and psychic quality of life. As medical training advanced, the differences between genders present during the early years (greater empathy, worse quality of life and mental health in women) tended to diminish and become insignificant during the clerkship phase.

Conclusions: It was found that differences in empathy and mental health between men and women diminished during the course's more advanced phases. These results can indicate that the approach in medical schools' teaching-learning processes has not considered gender specificities, and thus have not reinforced important positive characteristics for the practice of medicine like empathy, flexibility, altruism, sensitivities of women, nor developed actions promoting the advancement of these characteristics in men. On the contrary, the curriculum seems to approach students as a "uniform body". Educators should consider these findings when restructuring curriculum to respect and valorize the peculiarities of genders, thus fostering their potential.

Key words: Gender bias, gender, medical education, empathy, spirituality, quality of life, well-being

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama ilustrativo entre confiabilidade e validade.....	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC	Associação de Colégios Médicos Americanos
ANOVA	Análise de Variância
AVE	Variância média extraída
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>The comparative fit index</i> - Índice comparativo
CPF	Cadastro de Pessoa Física
ESWIM	<i>Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey</i>
EUA	Estados Unidos da América
IC	Intervalo de confiança
IE	Inventário de Empatia
IFI	<i>The incremental fit index</i> - Índice de incremento
JCAHO	Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KR20	Fórmula 20 de Kuder-Richardson
MANOVA	Análise Multivariada de Variância
MSV	Variância compartilhada máxima
OLB	Inventário de Burnout de Oldenburg
OMS	Organização Mundial de Saúde

PCA	<i>Principal Component Analysis</i> - Análise de Componente Principal
P-Durel	Índice de Religiosidade de Duke
RMSEA	<i>Root mean square error of approximation</i>
SD	<i>Standard deviation</i> – Desvio padrão
SEM	Modelo de equação estrutural
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHOQOL-Bref	Versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1. Bem-estar e Qualidade de vida	18
2.2. Saúde mental	20
2.3. Burnout	22
2.4. Religiosidade/Espiritualidade	24
2.5. Empatia.....	25
2.6. Tolerância	28
2.7. Validação da escala ESWIM (<i>Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey</i>) para o contexto brasileiro.....	29
2.7.1. Conceitos relacionados aos procedimentos psicométricos	31
2.7.2. Consistência interna	33
2.7.3. Teste-reteste (Confiabilidade/estabilidade)	34
2.7.4. Validação convergente e discriminante.....	35
2.7.5. Análise fatorial	35
3. Objetivos.....	36
3.1. Objetivos gerais	36
3.2. Objetivos específicos	36
4. MÉTODOS.....	37
4.1. Procedimentos relacionado a validação de escalas	37
4.2. Avaliação do nível de bem-estar, saúde mental, burnout, abertura à espiritualidade, empatia e tolerância em estudantes de medicina da UFJF	40
4.2.1. Desenho do estudo.....	40
4.2.2. Critérios de elegibilidade	40
4.2.3. Procedimentos.....	40
4.2.4. Instrumentos.....	41
4.2.5. Análise estatística.....	44
4.2.5.1. Validação da ESWIM:.....	44
4.2.5.2. Avaliação entre gêneros e fase do curso:.....	45
4.2.6. Aspectos éticos	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6. LIMITAÇÕES E PONTOS POSITIVOS DO ESTUDO:.....	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	52

APÊNDICES.....	64
ANEXOS	70

1. INTRODUÇÃO

O curso de graduação médica é reconhecidamente um ambiente estressante que frequentemente exerce efeito negativo sobre o desempenho acadêmico, a saúde mental e o bem-estar psicológico dos estudantes (SOUZA e MENEZES, 2005). O estresse e burnout podem levar a prejuízos importantes para a prática profissional e vida dos estudantes de medicina e médicos (BRAZEAU *et al.*, 2010; DROLET e RODGERS, 2010). Estudantes com maiores níveis de estresse e baixa qualidade de vida estão sujeitos a diminuição do funcionamento cognitivo e habilidades de aprendizagem, depressão, abuso de álcool e outras substâncias além de repercussões na vida profissional (JAMALI *et al.*, 2013). O estado de saúde mental é cada vez mais estudado em profissionais e estudantes da área médica. Espera-se do médico capacidade de lidar com as várias facetas da saúde e das “dores” de seus pacientes. Nesse sentido, é mister que a formação acadêmica de estudantes de medicina seja voltada para a empatia, o bem-estar do paciente e do próprio médico/estudante além da tolerância às diferenças biopsicossociais das pessoas, incluindo as diferenças comportamentais, religiosas e de gênero, podendo assim refletir em uma melhora substancial na relação médico-paciente (DILALLA *et al.*, 2004).

Os médicos sofrem grande influência de seu estado de humor quando lidam com seus pacientes podendo afetar a capacidade de serem empáticos. Além disso, a privação do sono, o abuso de substâncias, a ansiedade e a depressão têm sido implicados como fatores que contribuem para erros médicos e segurança inadequada para o paciente (HULL *et al.*, 2008).

Tendo em vista que indivíduos tem suas especificidades, a começar pelo gênero, homens e mulheres apresentam diferenças importantes, tanto biológicas quanto comportamentais, que podem interferir na manifestação de doenças assim como podem influenciar na forma como esses indivíduos lidam com situações do cotidiano (REGITZ-ZAGROSEK, 2012). A literatura médica discute há longo tempo as diferenças biológicas e comportamentais entre os gêneros. Essas diferenças deveriam influenciar na forma como é realizada a conduta médica, pois a prevenção, gestão e tratamento terapêutico de muitas doenças comuns não refletem os fatores de risco mais óbvios e mais importantes para o paciente: sexo e gênero (REGITZ-ZAGROSEK, 2012).

No mesmo sentido estas diferenças podem influenciar na produtividade acadêmica e na própria saúde mental e empatia dos estudantes de medicina (DAHLIN *et al.*, 2005; GOEBERT *et al.*, 2009; PAGNIN e DE QUEIROZ, 2015; SHAREEF *et al.*, 2015; ANGKURAWARANON *et al.*, 2016). Além disso, também refletem em tendências profissionais e performances durante e além da faculdade de medicina sugerindo que há fatores específicos relacionadas ao gênero (HOJAT *et al.*, 1995). Para discutir e abordar adequadamente as diferenças entre homens e mulheres, é necessário distinguir entre sexo e gênero e seus respectivos efeitos. Enquanto as diferenças de sexo são baseadas em fatores biológicos o gênero está associado ao comportamento, estilo de vida e experiência de vida (REGITZ-ZAGROSEK, 2012). Apesar das possíveis diferenças por gênero no que tange ao comportamento em relação a educação médica, a grande maioria das escolas no Brasil não levam em consideração em seus currículos as peculiaridades de cada estudante no tocante à singularidade que cada gênero pode ter na forma de aprender e na forma de interagir com outras pessoas.

Neste contexto, torna-se interessante entender a relação que o gênero pode ter nos vários aspectos que podem interferir na vida acadêmica e na vida profissional de médicos. Apesar de existirem estudos que abordem essas questões separadamente, ainda são poucos aqueles que avaliam essas características de forma conjunta, ou seja como a diferença de gêneros é afetada nas diferentes fases da graduação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Bem-estar e Qualidade de vida

O bem-estar pode ser definido como um estado de felicidade e satisfação quando as pessoas sentem emoções agradáveis e quando estão satisfeitos com a vida. Algumas pessoas podem experimentar altos níveis de bem-estar mesmo quando se encontram em condições adversas, enquanto outras experimentam baixos níveis, apesar das condições favoráveis (ROGERS *et al.*, 2012).

O bem-estar dos estudantes de medicina é afetado por estressores múltiplos, bem como aspectos positivos do treinamento médico (DUNN *et al.*, 2008). Ajudar os alunos a cultivar as habilidades para sustentar seu bem-estar ao longo de suas carreiras tem retornos importantes na educação médica, promoção à resiliência e na realização pessoal dos médicos em seu aprimoramento profissional (DUNN *et al.*, 2008).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu a qualidade de vida como uma percepção que o indivíduo teria em relação a sua posição e contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, suas expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 2000).

A qualidade de vida pode estar relacionada a muitos fatores, como aponta o estudo de Zhang, realizado com 1686 estudantes chineses do primeiro ao quinto ano. Neste estudo, observou-se que o gênero, o interesse na área de estudo, a confiança no desenvolvimento da carreira, a localização da cidade natal e o exercício físico foram significativamente associados à qualidade de vida dos alunos em alguns domínios. Estudantes do terceiro ano tiveram os menores índices de saúde

psicológica e relações sociais e por isso os autores entenderam que as escolas de medicina deveriam realizar a inovação do currículo e dar o apoio necessário aos estudantes de medicina, especialmente para alunos do 3º ano (ZHANG *et al.*, 2012).

Avaliando seu bem-estar emocional, psicológico e social, respectivamente, bem como o impacto geral negativo que os estressores das escolas médicas tiveram em suas vidas, 237 estudantes de uma escola médica norte americana completaram o mesmo questionário no início e no final de seu ano letivo. Embora no primeiro e no segundo ano tenha havido uma diminuição significativa no bem-estar emocional, apenas no primeiro ano observou-se um aumento do bem-estar social, com uma análise posterior mostrando um aumento entre estudantes de primeiro ano especificamente nos sentimentos de integração e aceitação social. No entanto, o impacto negativo dos estressores também influenciou indiretamente o bem-estar emocional dos alunos, afetando negativamente seu bem-estar psicológico e social (MICHALEC e KEYES, 2013).

Em outro estudo controlado e randomizado procurou-se determinar os efeitos de um programa de bem-estar estruturado sobre medidas de ansiedade, depressão e frequência de doenças agudas em 449 alunos de medicina de primeiro ano. Os resultados mostraram que a depressão, a pontuação de ansiedade e a frequência de doenças agudas eram maiores nas mulheres do que nos homens (MCGRADY *et al.*, 2012).

Também estudando as diferenças por gênero no contexto do bem-estar físico, emocional e espiritual com participação de 786 estudantes de medicina, preliminarmente de acordo com a pesquisa, 68,37%, 68,45% e 89,35% dos estudantes estavam conscientes do conceito de bem-estar físico, emocional e espiritual, respectivamente. Os resultados sugeriram que as dimensões do bem-estar

físico e emocional não diferiram significativamente em ambos os sexos, mas a espiritualidade, o principal fator de sucesso em uma melhor gestão do bem-estar, foi maior entre estudantes de medicina do sexo feminino. O conhecimento e as práticas de bem-estar espiritual nas mulheres lhes deram melhor direcionamento buscando a ajuda de familiares, amigos e ajudando outros durante explosões emocionais mais do que os homens que tiveram de buscar ajudar com mentores e psicólogos (REHMAN *et al.*, 2013).

2.2. Saúde mental

Os principais transtornos psíquicos a acometerem estudantes de medicina e médicos, como o estresse e depressão, são considerados transtornos mentais menores. São condições que não implicam em diagnóstico psiquiátrico formal, mas podem impactar na qualidade de vida e, a longo prazo, levar ao desenvolvimento de transtornos mais graves (FIOROTTI *et al.*, 2010).

Achados do estudo de Moutinho *et al.* (2017) mostraram altos níveis de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de medicina, com diferenças marcantes nos diferentes semestres do curso. Neste estudo fatores como gênero e religiosidade pareceram ser capaz de influenciar a saúde mental dos estudantes de medicina (MOUTINHO *et al.*, 2017).

Reconhecer estas situações de comprometimento da saúde mental dos estudantes de medicina, estabelecendo abordagem apropriada, pode ter implicações de longo alcance para esses alunos individualmente, seus colegas e seus futuros pacientes (GIVENS e TJIA, 2002).

Em geral, os estudantes deprimidos e ansiosos experimentaram mais estresse e reagem de forma diferente aos estressores em comparação com alunos não deprimidos e não ansiosos (SARAVANAN e WILKS, 2014). No estudo de Saravanan e Wilks realizado com 358 estudantes de medicina os resultados mostraram que 44% dos alunos estavam ansiosos e 34,9% estavam deprimidos. Quanto ao gênero, houve uma relação significativa com mais mulheres exibindo ansiedade em comparação com estudantes masculinos. Mas não foi significativa a relação entre ansiedade e o ano de estudo ou estágio de treinamento (pré-clínico ou clínico). Já a existência ou não de depressão não apresentou diferença significativa entre gênero, ano de estudo ou estágio de treinamento (SARAVANAN e WILKS, 2014).

Já em estudo prospectivo, longitudinal e observacional alemão realizado na faculdade de medicina da *University of Lübeck* com objetivo de investigar como a saúde mental dos estudantes de medicina se desenvolve ao longo do primeiro ano do curso observou, no início do ano, que 93% dos estudantes de medicina avaliaram sua saúde geral e 88% avaliaram sua saúde mental como boas. Essas frequências diminuiram para 76% e 84%, respectivamente ao final deste primeiro ano sugerindo que este declínio no estado de saúde mental exija uma necessidade de desenvolvimento de estratégias preventivas (KÖTTER *et al.*, 2016).

Porém, nem todos os estudos corroboram com a ideia de que o curso de medicina teria mais fatores estressores que outros cursos, incluindo áreas distintas da saúde. Um estudo que comparou o estresse entre estudantes de medicina, estudantes de direito e estudantes de pós-graduação na Universidade McGill apontou que os estudantes de medicina tiveram sentimentos subjetivos de estresse marginalmente superiores ao da população geral, porém os índices de estresse total (relacionados a fatores ambientais, mediadores de personalidade e respostas emocionais) mostraram

níveis inferiores tanto da população em geral quanto dos estudantes de direito e dos estudantes de pós-graduação. Os autores concluíram que estudantes de medicina não parecem ser mais estressados quando comparados a outros grupos e que outras explicações deveriam ser buscadas para os níveis elevados de depressão em alguns alunos. Uma situação em que o estresse pareceu ser particularmente importante foi a transição do treinamento básico para treinamento clínico (HELMERS *et al.*, 1997). Neste último caso corroborando com estudos mais atuais.

2.3. Burnout

Burnout é uma síndrome caracterizada por exaustão física, psicológica e emocional, cinismo e despersonalização (BRAZEAU *et al.*, 2010; CECIL *et al.*, 2014). Em seu clássico trabalho, Maslach definiu burnout como *“uma síndrome psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas em alguma capacidade”*(MASLACH *et al.*, 1997). Estudantes de medicina que frequentemente enfrentam fatores estressores tendem a apresentar maior grau de burnout (KOGOJ *et al.*, 2014). Além disso, há muita discussão sobre o estresse e burnout nos estudantes de medicina associados a redução dos níveis de empatia, compaixão e atitudes humanitárias durante a formação acadêmica (ROSEN *et al.*, 2006; BRAZEAU *et al.*, 2010).

Estudo mexicano não encontrou fatores estressores externos em estudantes de medicina influenciando a síndrome de burnout (ASENCIO-LOPEZ *et al.*, 2016). Outros estudos ligaram eventos de vida pessoal e fatores ambientais de aprendizagem ao esgotamento de estudantes de medicina (BRAZEAU *et al.*, 2010). Um estudo

multicêntrico concluiu que aproximadamente 50% dos alunos de medicina experimentam a síndrome de burnout e 10% experimentam ideação suicida durante a faculdade (DYRBYE *et al.*, 2008).

Mulheres frequentemente avaliam seu estado de saúde física e nível de estresse geral como pior em relação aos homens. As estudantes do sexo feminino também, com muita frequência, declaram efeitos estressantes elevados ao manterem contatos com pacientes (BACKOVIĆ *et al.*, 2012). Na Malásia estudo realizado com 452 estudantes de medicina, apontou que 67,9% experimentaram burnout. Não houve associação significativa entre prevalência de burnout e respectivo ano de estudo. Um número um pouco maior de estudantes de medicina do sexo feminino relatou a síndrome de burnout (68,10%) em comparação com estudantes masculinos (67,7%) porém, sem associação significativa entre prevalência de burnout e gênero (CHIN *et al.*, 2016). Já em outro estudo iraniano os resultados apontaram que o desgaste acadêmico dos alunos aumentou à medida que seu nível educacional também avançou e em relação ao gênero mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos participantes do sexo masculino e feminino (AZIMI *et al.*, 2016).

Sendo assim, na busca por formas de se evitar o esgotamento acadêmico é importante desenvolver medidas direcionadas para um melhor processo educacional, desenvolvimento de habilidades clínicas e do profissionalismo, levando-se em conta a diferença de gênero, especialmente para estudantes do sexo feminino que tendem a apresentar maior vulnerabilidade (BACKOVIĆ *et al.*, 2012). Ademais, a síndrome de Burnout pode estar relacionada, além de fatores individuais, a fatores ambientais podendo ser necessárias intervenções não apenas do indivíduo mas também organizacionais para evitar suas implicações na vida estudantil (DAHLIN e RUNESON, 2007).

2.4. Religiosidade/Espiritualidade

Koenig (KOENIG *et al.*, 2012) se referem a religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade ao sagrado. Já espiritualidade seria a busca pessoal pelo sagrado, que pode levar ou não ao desenvolvimento de rituais religiosos.

Nessa dissertação de mestrado foi avaliada não apenas a espiritualidade na sua forma conceitual pura mas um conceito novo de “abertura à espiritualidade” que pode ser definida como o grau em que um estudante ou profissional de saúde está aberto e respeita a espiritualidade dos pacientes (DAMIANO *et al.*, 2017).

Muitas evidências demonstram, além da empatia, o papel benéfico da espiritualidade no atendimento ao paciente. Em resposta a essas evidências, a Associação de Colégios Médicos Americanos (AAMC), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO) recomendam a espiritualidade nos cuidados clínicos e na educação médica (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007).

Apesar da grande maioria (faixa de 84% a 90%) das escolas de medicina nos EUA terem cursos ou conteúdo sobre espiritualidade e saúde, quando inquiridos, apenas 39% dos professores dessas instituições entendem que incluir espiritualidade e saúde no currículo seria importante na formação médica (KOENIG *et al.*, 2010). Enquanto no Brasil, apenas 10,4% das escolas de medicina têm cursos de espiritualidade e saúde dedicados e 40,5% têm cursos ou conteúdo sobre espiritualidade e saúde (LUCCHETTI, G. *et al.*, 2012).

Estudo realizado na Universidade Médica de Viena com 1400 alunos avaliou em que medida esses alunos se sentiam confortáveis ao abordar questões espirituais em seus cuidados ao paciente, e se eles acham que isso está além de seu papel como médicos. Os resultados mostraram que 85,9% considerariam falar com seus pacientes sobre questões religiosas/espirituais se os pacientes desejarem fazê-lo e 75,6% dos alunos concordaram com a afirmação de que a convicção/espiritualidade religiosa pode afetar a forma como os pacientes enfrentariam um diagnóstico de câncer. Estes resultados sugerem que futuros médicos querem ver o paciente em um escopo mais amplo e não apenas no aspecto bio-psico-social (RASSOULIAN *et al.*, 2016).

A espiritualidade tem sido identificada como um fator protetor no enfrentamento do estresse. Estudantes que apresentam bons níveis de bem-estar e experiências espirituais na sua vida diária se julgam mais satisfeitos com a vida, enquanto estudantes com baixos escores no bem-estar espiritual e experiências espirituais diárias apresentam níveis mais altos de sofrimento psicológico e burnout. Portanto, a espiritualidade pode estar associada contra o burnout, como um fator protetor, nos estudantes de medicina (WACHHOLTZ e ROGOFF, 2013).

2.5. Empatia

Empatia é caracterizada pela capacidade de percepção dos sentimentos, angústias e pensamentos de outros sem que tenha que se experimentar necessariamente as experiências destes (FALCONE *et al.*, 2008). É a capacidade de compartilhar, compreender e responder com cuidado para as experiências e sentimentos alheios. Ser empático envolve reações cognitivas e emocionais, tais como ouvir ativamente, identificar e compreender as preocupações e emoções e

demonstrar essa compreensão (PARO *et al.*, 2014). A expressão inglesa “empathy” foi criada do grego *empathēia* (apreciação dos sentimentos de outrem) (LOUREIRO *et al.*, 2011). É um componente importante da atuação médica e tem sido frequentemente associada com melhorias nos resultados de saúde e da qualidade dos cuidados na prática clínica (STEPIEN e BAERNSTEIN, 2006).

Tavakol et al (2012) explorou as diferentes experiências e explicações sobre o declínio ou o aumento da empatia durante a educação médica. Para eles a capacidade empática se manifesta através de dois fatores: capacidade inata de empatia e barreiras para demonstrar empatia, concluindo que a capacidade empática é um importante atributo inato que pode ser reforçado por intervenções educativas (TAVAKOL *et al.*, 2012). No mesmo sentido concluiu Loureiro que é possível ensinar atitudes face à empatia (LOUREIRO *et al.*, 2011).

Damiano et al. (2017), em seu estudo, tentaram estabelecer relação entre os níveis de empatia, burnout e bem-estar. Concluíram que o burnout estava relacionado a níveis mais baixos de empatia e o bem-estar estava relacionado a níveis mais elevados (DAMIANO *et al.*, 2017). Portanto, a inserção do ensino de empatia, a exposição a valores filosóficos e bem-estar durante a faculdade de medicina pode aumentar a empatia e melhorar a formação médica (DILALLA *et al.*, 2004).

Vários estudos apontam para deterioração dos níveis de empatia em estudantes de medicina ao longo da graduação. Como exemplo, um grande estudo coreano realizado com 5343 estudantes de medicina de todo o país mostrou que graduandos do gênero feminino e pós-bacharelados tiveram índices significativamente superiores aos seus homólogos e graduandos de níveis mais altos tiveram escores mais baixos do que aqueles dos níveis mais baixos no curso médico (PARK *et al.*, 2015).

Porém, alguns estudos encontram resultados diferentes. Em um destes, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina por Santos et al (2016), descobriu-se que, apesar das pontuações de empatia terem sido mais destacadamente elevadas entre as mulheres, em ambos os gêneros as pontuações permaneceram altas em todo o curso de medicina, resultado atribuído ao fato de haver uma exposição precoce e consistente ao trabalho com pacientes em ambientes comunitários o que pode ter ajudado os alunos a manterem maiores níveis de empatia (SANTOS *et al.*, 2016). Os autores ainda referem um estudo anterior realizado na mesma instituição que aponta, parcialmente, para o mesmo resultado (STOCK *et al.*, 2012). Outro estudo polonês que avaliou 506 respondentes entre candidatos ao curso de medicina (16,1%), estudantes de medicina (65%), estagiários (9,8%), residentes (6,3%) e especialistas (2,8%) apontou que a diferença de gênero foi significativa, com as mulheres obtendo pontuações superiores aos homens (59,83 e 51,16 pontos, respectivamente com $p < 0,001$) e também não houve diferença significativa entre os subgrupos estudados em relação ao estágio de sua carreira médica (BRATEK *et al.*, 2015).

Já um estudo japonês que se utilizou da escala de empatia de Jefferson em estudantes de medicina foi ainda mais além ao encontrar níveis crescentes de empatia ao longo do curso mas concordando com pontuações superiores para as mulheres (KATAOKA *et al.*, 2009). Neste caso os autores atribuíram os resultados às características culturais e as diferenças educacionais nas escolas médicas japonesas que podem ter influenciado nos comportamentos empáticos dos estudantes.

2.6. Tolerância

Holm (HOLM e ASPEGREN, 1999) descreve que:

“Um pré-requisito para a habilidade empática é afetar a tolerância, o que requer consciência de seus próprios sentimentos. Se, por algum motivo, sentimentos muito fortes são despertados em contato com o paciente, as defesas psíquicas são ativadas, fazendo com que esses sentimentos permaneçam no nível inconsciente, inacessíveis ao reconhecimento”.

Intolerância à ambiguidade pode ser definida como "a tendência de perceber situações que são novas, complexas ou insolúveis, como fontes de ameaça", sendo que estudantes de medicina com altos índices de intolerância são mais propensos a expressar o desejo de evitar pacientes hipocondríacos, geriátricos e de dor crônica do que os alunos com escores de intolerância mais baixos. Neste contexto, a educação médica deve abordar o fato de que os médicos enfrentam muita ambiguidade e devem oferecer ferramentas aos alunos para ajudá-los a responder a situações clínicas ambíguas (WAYNE *et al.*, 2011).

Há autores que advogam o uso como critério para admissão em cursos de medicina a avaliação de características humanísticas podendo, assim, selecionar alunos que possuam uma alta tolerância à ambiguidade com maior probabilidade de se tornarem médicos que possam se comunicar e se relacionar com os pacientes e participar de decisões éticas (GELLER, 2013).

Comparando a tolerância à ambiguidade de 622 estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano acadêmico com 30 médicos clínicos gerais e avaliando três

dimensões: abertura a novas experiências, conflitos sociais e percepção de problemas insolúveis, Weissenstein et al. (2014) encontrou que os estudantes de medicina apresentaram baixa tolerância à ambiguidade em todas as três escalas. Em relação ao estágio do curso de medicina não foram encontradas diferenças, embora, em relação a tolerância à ambiguidade, tenha sido encontrada diferenças entre gêneros. Seus resultados sugeriram que a tolerância à ambiguidade dos alunos estava abaixo da média e parecia ser estável ao longo do curso (WEISSENSTEIN *et al.*, 2014).

Outro estudo que comparou as atitudes de estudantes de medicina em fases pré-clínicas e clínicas nos cuidados à pacientes com doença mental demonstrou que não houve diferença significativa nas atitudes dos estudantes de medicina na fase pré-clínica e clínica antes do início dos módulos. Mas, observou-se uma associação entre gênero feminino com atitudes mais tolerantes que os observados no gênero masculino. Os alunos no final do curso que completaram o módulo clínico demonstraram uma mudança de atitude positiva. Os autores sugerem que iniciativas educacionais específicas para abordar as atitudes dos estudantes de medicina devem ser uma prioridade educacional nas escolas médicas (O'CONNOR *et al.*, 2013).

2.7. Validação da escala ESWIM (*Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey*) para o contexto brasileiro

Muitos instrumentos são conhecidos e utilizados para aferir os fatores estressores que influenciam no processo de saúde-doença de estudantes de medicina e conseqüentemente que interferem em sua formação acadêmica (CAMPOS *et al.*, 2012; PARO *et al.*, 2012; JAMALI *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2017). Entretanto, poucos são multidimensionais fazendo com que o processo atual

de aferição requeira o uso de diferentes instrumentos com dezenas ou até centenas de itens que avaliam cada constructo separadamente, tornando sua aplicação demorada, com grande número de respostas incompletas e favorecendo a rejeição dos estudantes em respondê-los. Assim, a utilização de instrumentos adequados favorecerá a aplicação e fidedignidade das respostas apresentadas pelos participantes.

No Brasil, algumas escalas já foram utilizadas em estudantes de graduação médica, como por exemplo, a Escala de Empatia de Jefferson (PARO *et al.*, 2012; HOJAT *et al.*, 2016) e o Inventário de Empatia (I.E.) (FALCONE *et al.*, 2008). A Escala de Empatia de Jefferson, além de possuir um custo de direito autoral, também está limitada a avaliação empática, não considerando outros fatores que podem influenciar o desempenho acadêmico e a formação médica, como a espiritualidade/religiosidade e a situação de bem-estar. Além disso, é um instrumento que se utiliza de vários quesitos, vinte itens no total da escala validada para o português, para avaliar um único aspecto, a empatia (FALCONE *et al.*, 2008). Outras escalas também são utilizadas para avaliar várias dimensões, como a DASS21 (VIGNOLA e TUCCI, 2014) para saúde mental (estresse, depressão e ansiedade). A WHOQOL-Bref (FLECK *et al.*, 2000), para qualidade de vida e o índice de religiosidade de Duke (LUCCHETTI, GIANCARLO *et al.*, 2012). Como se pode notar, a aplicação de todas essas escalas demandaria um tempo longo para os respondentes, levando à grande resistência por parte dos estudantes em participar de estudos que desejassem avaliar as dimensões descritas.

A utilização de instrumentos de autopreenchimento mostra-se prático e reduz os custos e tempo de pesquisas. Segundo Vilete (VILETE *et al.*, 2006), são várias as vantagens de se utilizar instrumentos de medida já validados. Além de poupar tempo

e dinheiro - uma vez que a concepção, desenvolvimento e consolidação de um novo instrumento é muito trabalhosa e dispendiosa - permite também comparar os resultados obtidos em pesquisas com populações distintas. No entanto, o processo de adaptação, tradução e validação transcultural de um instrumento para que seja utilizado em diferentes realidades socioculturais (em outras culturas, línguas e países) requer metodologia abrangente e cuidadoso planejamento na tentativa de alcançar uma equivalência cultural, com posterior estudo de sua validade nesta nova população (VILETE *et al.*, 2006). Na busca por novos instrumentos de medidas de empatia, espiritualidade, bem-estar e tolerância e entender como essas dimensões podem influenciar na formação médica, o presente estudo propôs também a tradução, adaptação transcultural e validação da escala internacional *Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey (ESWIM)* para o contexto brasileiro. Este instrumento possui como principal vantagem a avaliação em uma única escala das diferentes dimensões de empatia, abertura à espiritualidade e o bem-estar, além de permitir o avanço das pesquisas nessa área para instituições que não possuam verba adequada para custear a aplicação de outras escalas que possuem custos de direitos autorais.

2.7.1. Conceitos relacionados aos procedimentos psicométricos

Os instrumentos utilizados para se mensurar dimensões concretas são bem conhecidos e podem ter um grau de precisão muito alto. Como, por exemplo, a medida de “massa de um corpo”, “volume de um líquido”, “comprimento de um objeto”, etc. Porém, existem dimensões abstratas em que não se consegue mensurar com a mesma facilidade. São os casos da “empatia”, “religiosidade”, “estresse”, “bem-estar”, etc.

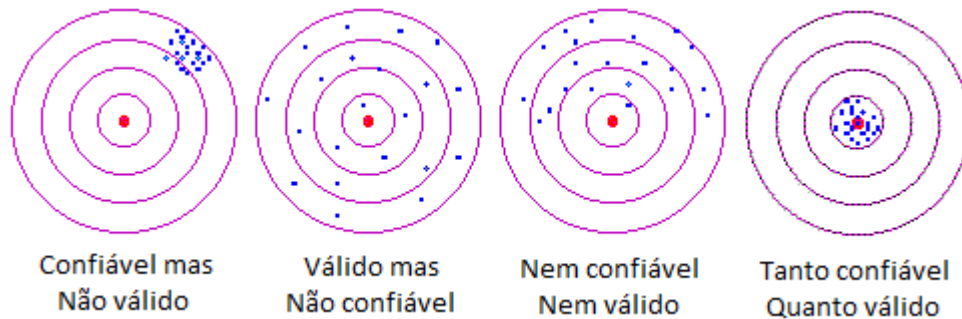
O ramo da ciência destinado ao estudo de métodos para o desenvolvimento de instrumentos de medição em ciências psicossociais é chamado psicometria (CURCIO, 2012). A qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis denominadas propriedades psicométricas, dentre as quais se destacam a confiabilidade e a validade. A confiabilidade é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno. A validade é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado (PILATTI *et al.*, 2010).

Para explicar a relação entre confiabilidade e validade, Trochim (TROCHIM, 2006) faz uso de uma analogia entre o acerto ou não de dardos no centro de um alvo. O centro do alvo seria o conceito que se está tentando medir. Para cada pessoa que se estará medindo, será uma chance no alvo. Se for medido o conceito perfeitamente para uma pessoa, o alvo será atingido no centro. Se não, ele será atingido, porém fora do centro. Quanto mais distante do conceito medido para essa pessoa, mais longe se estará do centro.

A Figura 1 mostra quatro situações possíveis. Na primeira, está atingindo o alvo de forma consistente, mas não o centro. Ou seja, está consistentemente e sistematicamente medindo o valor errado para todos os inquiridos. Esta medida é confiável, mas não é válida (ou seja, é consistente, mas incorreto). O segundo, mostra acertos que são distribuídos aleatoriamente pelo alvo. Raramente se atingiu o centro do alvo, mas, em média, está se recebendo a resposta certa para o grupo (mas não é muito boa para os indivíduos). Nesse caso, obtém-se uma estimativa de grupo válida, mas é inconsistente (não confiável). Aqui é possível ver claramente que a confiabilidade está diretamente relacionada à variabilidade da medida. O terceiro cenário mostra um caso em que os acertos estão espalhados pelo alvo e estão constantemente errando o centro. A medida neste caso não é confiável nem válida.

Finalmente, o cenário "Robin Hood" – atingiu-se consistentemente o centro do alvo. A medida é confiável e válida (TROCHIM, 2006).

FIGURA 1 DIAGRAMA ILUSTRATIVO ENTRE CONFIABILIDADE E VALIDADE



FONTE 1 - TROCHIM, W. M. THE RESEARCH METHODS KNOWLEDGE BASE. 2ND EDITION. INTERNET WWW PAGE, AT URL: < [HTTP://WWW.SOCIALRESEARCHMETHODS.NET/KB/RELANDVAL.PHP](http://www.socialresearchmethods.net/kb/relanval.php) > (VERSION CURRENT AS OF OCTOBER 20, VERSION CURRENT AS OF OCTOBER 20 2006. (ACESSADO EM 12/11/2017).

2.7.2. Consistência interna

Campos (CAMPO-ARIAS e OVIEDO, 2008), define a consistência interna como o grau em que os itens que fazem parte de uma escala estão correlacionados entre si, a magnitude em que medem o mesmo constructo. Se os pontos que compõem uma escala teoricamente medem o mesmo constructo, eles devem mostrar uma correlação alta, ou seja, a escala deve mostrar um alto grau de homogeneidade.

A consistência interna de um instrumento pode ser calculada tanto para uma escala com um padrão de resposta dicotômica quanto para aquelas com opções de resposta não dicotômicas. São propostas diferentes fórmulas para o cálculo da consistência interna dos instrumentos de medição sendo as mais conhecidas o teste alfa de Cronbach e a fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR20). A KR20 é indicada para o cálculo da consistência interna das escalas dicotômicas e o coeficiente alfa de

Cronbach para escalas não dicotômicas (CAMPO-ARIAS e OVIEDO, 2008). O alfa de Cronbach, proposto por L. J. Cronbach em 1951, é uma aplicação particular do coeficiente de correlação intra-classes popularizado na década de 40 por R. A. Fisher em aplicações biométricas e é globalmente conhecido por alfa de Cronbach apesar de este coeficiente não ser mais do que uma generalização do KR20 proposto alguns anos antes por Kuder e Richardson (1937) para itens dicotômicos (MAROCO e GARCIA-MARQUES, 2006).

Embora, geralmente, é aceito que a consistência interna de uma escala pode estar na faixa entre 0 e 1, teoricamente, os valores podem variar entre -1 e 1. Os valores de 1 indicariam uma correlação entre itens próximos à perfeição; valores de 0, sem correlação; e coeficiente de -1, uma correlação negativa entre os itens (CAMPO-ARIAS e OVIEDO, 2008). Em geral, adota-se que o alfa de Cronbach deverá ser igual ou maior que 0,70 para que um instrumento seja considerado com uma boa consistência interna (CURCIO, 2012).

2.7.3. Teste-reteste (Confiabilidade/estabilidade)

É usada para medir a consistência de uma medida de um momento para o outro sendo considerada confiável se não houver mudança no resultado mesmo que seja realizada em momentos diferentes (CURCIO, 2012).

2.7.4. Validação convergente e discriminante

Na validação convergente, avalia-se a capacidade de distinguir entre grupos que teoricamente podem ser diferenciados entre si. Por exemplo, se apresentarmos uma maneira de avaliar a depressão maníaca, nossa medida deve ser capaz de distinguir entre pessoas diagnosticadas com depressão maníaca e esquizofrenia paranoica. Como em qualquer teste discriminatório, os resultados são mais poderosos se for possível conseguir discriminar entre dois grupos que são muito parecidos (TROCHIM, 2006).

Na validação discriminante, examina-se o grau em que a operacionalização não é semelhante (diverge) de outras operações que, teoricamente, não devem ser semelhantes. Por exemplo, para mostrar a validade discriminante de um teste de habilidades aritméticas, pode-se correlacionar as pontuações em nosso teste com pontuações em testes de habilidade verbal, onde baixas correlações seriam evidências de validade discriminante (TROCHIM, 2006).

2.7.5. Análise fatorial

Análise fatorial seria um conjunto de técnicas estatísticas multivariadas com o objetivo de diminuir um grande número de variáveis iniciais a partir de um número inferior de variáveis hipotéticas com a menor perda possível de informações (ARTES, 1998). As abordagens estatísticas mais comumente utilizadas são a escala e análise de itens, análise de correlação de Pearson, análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória (SOUSA e ROJJANASRIRAT, 2011).

3. Objetivos

3.1. Objetivos gerais

Investigar se existem diferenças em relação ao gênero quanto a empatia, burnout, tolerância, abertura a espiritualidade, bem-estar e saúde mental em estudantes de medicina e se essas diferenças são influenciadas pelas fases do curso.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar a tradução, validação e adaptação transcultural para o Brasil da escala ESWIM (*Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey*) (HULL *et al.*, 2001; DILALLA *et al.*, 2004), assim como acessar as propriedades psicométricas da escala e realizar sua análise fatorial

4. MÉTODOS

4.1. Procedimentos relacionado a validação de escalas

Realizou-se a tradução, adaptação transcultural e validação da escala internacional *Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey (ESWIM)* para o contexto brasileiro a partir da metodologia proposta por consensos prévios da área (HAMBLETON e KANJEE, 1995; BEATON *et al.*, 2000; EPSTEIN *et al.*, 2015) e com o consentimento e participação dos autores originais (Apendice C):

- **Tradução do instrumento original para a língua-alvo:** O instrumento original foi traduzido para a língua-alvo (portuguesa) por 3 tradutores independentes, que formaram a comissão de tradutores e cuja língua nativa era a desejada (língua-alvo).
- **Comparação das três versões traduzidas do instrumento:** Os itens e o formato das respostas das três versões traduzidas do instrumento foram comparados com a versão original. As ambiguidades e diferenças foram discutidas entre os membros da comissão de tradução até se chegar em um termo consensual. Nesta etapa, algumas adaptações foram necessárias para que a escala se adequasse à cultura brasileira, pois alguns itens continham informações pouco conhecidas no contexto local e gerariam confusão aos respondentes durante o preenchimento dos questionários. Por exemplo, no item 14 da escala ESWIM original encontra-se o questionamento: *“If a Sufi patient is in a doctor’s office for pre-operative counseling and asks if his spiritual leader (Dervish) could perform a vigorous dancing ritual in the hospital just prior to surgery, this should be allowed”*. Os termos *“Sufi”* e *“Dervish”* fariam pouco ou nenhum sentido aos

respondentes brasileiros. Desta forma, ele foi traduzido e adaptado transformando-se no item 14 da escala ESWIM adaptada como: “Se um paciente de uma determinada religião está em uma consulta pré-anestésica e solicita que seu líder religioso realize um ritual de dança no hospital antes da cirurgia, isso deveria ser permitido”. Outro exemplo encontra-se no item 25 da escala original que refere-se a uma mulher *Hmong* que é uma etnia muito presente em comunidades norte-americanas mas desconhecida no Brasil. Desta forma, este item originalmente descrito como “*If a Hmong woman has just delivered a baby and requests that she be allowed to take home the placenta for a ritual (to plant it under a new tree) for the spiritual well-being of the child, this should be allowed*” foi traduzido e adaptado com a seguinte redação: “Se uma mulher de determinada etnia/cultura requer autorização para levar a placenta para a casa visando um ritual para o bem estar espiritual da criança, isto deveria ser permitido”. De igual forma foi adaptado o item 33 da escala de “*If a Native American patient requested to smoke his/her ceremonial pipe (tobacco) in a post-operative ritual, this should not be allowed*” para “Se um paciente indígena solicita autorização para fumar seu cachimbo (tabaco) num ritual no pós-operatório, isto não deveria ser permitido”.

O final deste processo gerou a versão inicial preliminar traduzida do instrumento na língua-alvo.

- **Tradução reversa (*back-translation*) da versão inicial preliminar traduzida do instrumento:** A versão inicial preliminar foi então traduzida de volta (tradução reversa) para a língua-original do instrumento (inglesa). Esta tradução foi realizada por um tradutor nativo da língua-original e ele não teve conhecimento da versão original do instrumento. Este processo resultou em uma versão retro-traduzida do instrumento em sua linguagem original.

- **Comparação da versão Retro-traduzida do instrumento:** A versão retro-traduzida foi comparada com a versão original e com a participação dos autores criadores do instrumento. Quaisquer ambiguidades e discrepâncias a respeito do significado e coloquialismos ou expressões em palavras e frases das instruções ou o formato de respostas foram discutidos e resolvidos por meio de consenso entre os membros da comissão tradutora da língua-alvo e os autores da língua-original para derivar a versão pré-final do instrumento.

- **Testes psicométricos completos da versão pré-final do instrumento:** Foi utilizado um teste para estabelecer as propriedades psicométricas iniciais do instrumento recém-traduzido, adaptado e validado, com uma amostra da população-alvo de interesse. As abordagens psicométricas mais recomendadas e utilizadas nesta etapa são:

- Consistência interna: Neste estudo para validação da escala ESWIM foi utilizado o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna (vide item 2.7.2).
- Teste-reteste: O teste-reteste foi avaliado neste trabalho com a reaplicação da escala ESWIM em duas turmas de períodos diferentes no prazo de, aproximadamente, 30 dias após a primeira aplicação da escala.
- Validação convergente e discriminante e análise fatorial do instrumento: detalhados na seção 4.2.5.1

4.2. Avaliação do nível de bem-estar, saúde mental, burnout, abertura à espiritualidade, empatia e tolerância em estudantes de medicina da UFJF

4.2.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo observacional e transversal na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) no primeiro semestre de 2015. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário da UFJF e os alunos participantes assinaram um termo de consentimento (Apêndice B).

4.2.2. Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudantes regularmente matriculados do primeiro ao sexto anos do curso de Medicina, que desejassem participar da pesquisa e que estivessem presentes no momento da aplicação dos questionários. Estudantes que estavam no programa “Ciências sem Fronteiras”, que estavam realizando disciplina curricular ou eletiva fora da cidade de Juiz de Fora e que não completaram os questionários não foram incluídos.

4.2.3. Procedimentos

No decorrer do primeiro semestre do ano letivo de 2015, no intercurso de dois meses em que não corresponderam aos períodos de avaliações e testes, as turmas de graduandos do primeiro ao décimo segundo períodos do curso de medicina foram visitadas em horários de aula e em concordância com seus professores. Foram apresentados e explicados os objetivos do estudo, a importância da validação e

adaptação transcultural para o contexto brasileiro da escala ESWIM e a consonância com o instrumento original e com seus autores. Também foi explicado de forma clara aos alunos que a participação era voluntária não acarretando nenhum tipo de sanção em caso de recusa.

4.2.4. Instrumentos

Todos os instrumentos foram reunidos em um único conjunto de questionário e entregue aos estudantes para serem respondidos.

O questionário foi auto-preenchível, identificado apenas através do número de registro nacional (CPF - Cadastro de Pessoa Física), teve duração de 20 minutos e incluiu:

- Dados sociodemográficos (Anexo 1): gênero, idade, período do curso, etnia e afiliação religiosa.
- ESWIM (*Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey*) (Anexo 2): A escala ESWIM é um questionário constituído de 43 itens. A análise fatorial anterior do instrumento original (Anexo 3) sugeriu ser ele composto por quatro dimensões: empatia (13 itens) por exemplo: *“Quando alguém está triste, eu tento entender como ele está se sentido e por que ele se sente assim”*; Abertura a Espiritualidade (7 itens) como: *“É importante perguntar sobre o papel da fé ou crença de um paciente para poder cuidá-lo”*; Bem-estar (7 itens) como: *“Eu estou satisfeito com minha escolha profissional”*; e Tolerância (9 itens) por exemplo: *“É importante para um profissional de saúde estar mentalmente e emocionalmente saudável”*. Os participantes foram inquiridos a classificar cada item em uma escala do tipo Likert de 5 pontos (variando de 1=concordo

totalmente a 5=discordo totalmente). O questionário ESWIM foi concebido para avaliar as atitudes dos estudantes de medicina e do pessoal médico e de que modo a formação médica pode diminuir o altruísmo em estudantes e médicos levando os estudantes de medicina a adotar crenças e valores que enfatizam o desapego, a desconfiança e a objetividade ao invés de compaixão e afeição pelos outros. A ESWIM foi criada e utilizada em um estudo que visava avaliar a empatia, espiritualidade, bem-estar e tolerância em uma amostra de estudantes de medicina e profissionais e explorar as diferenças por sexo, idade e nível de prática. Deve-se destacar que em todas as quatro dimensões da ESWIM haviam itens cujos scores apresentavam valores reversos (itens 4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30 e 35) (DILALLA *et al.*, 2004).

- Índice de Religiosidade de Duke (P-Durel) (Anexo 1): É uma escala composta por 5 itens do tipo Likert de 5 ou 6 pontos que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Religiosidade Organizacional, quando a expressão de religiosidade está ligada a um sistema organizado como cultos, missas e cerimônia; Religiosidade Não Organizacional, refere-se ao quanto um indivíduo acredita e pratica atos religiosos porém de forma privada como meditações, orações e preces; Religiosidade Intrínseca, é a busca pessoal pela vivência plena da religiosidade e suas relações com o sagrado ou transcendente. A versão brasileira mostrou boas medidas psicométricas. A P-Durel como um todo e sua subescala intrínseca mostraram um alfa de Cronbach de 0,75 (LUCCHETTI, GIANCARLO *et al.*, 2012).

- O inventário de Empatia (IE) (Anexo 4): É um instrumento brasileiro com validações internacionais que avalia 4 fatores através de uma escala do tipo Likert: Tomada de perspectiva, Flexibilidade interpessoal, Sensibilidade afetiva e Altruísmo. As análises psicométricas do instrumento mostraram que estes fatores apresentaram índices de consistência interna avaliados através do alfa de Cronbach que variaram de 0,72 a 0,85. Todos os fatores do IE apresentaram índices de precisão satisfatórios (FALCONE *et al.*, 2008).
- WHOQOL-Bref (Anexo 5): É a versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde e é composto por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente além de apresentar aspectos gerais: Qualidade de vida e Saúde. O WHOQOL-bref apresentou boa consistência interna com alfa de Cronbach de 0,91. Também apresentou boa validade discriminante, validade convergente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (FLECK *et al.*, 2000).
- Inventário de Burnout de Oldenburg (OLB) (Anexo 6) é composto por 16 itens em uma escala ordinal que vai de 1-discordo totalmente a 4-concordo totalmente, e que descrevem diferentes estados de esgotamento emocional e desinteresse ou stress. Na validação para o português a validade convergente para o OLB foi baixa enquanto a validade discriminante foi adequada. A consistência interna da dimensão Exaustão foi abaixo dos níveis desejados ($\alpha = 0,565$) e foi adequada para a dimensão Desengajamento ($\alpha = 0,700$). A escala total OLB mostrou consistência adequada $\alpha = 0,952$ (CAMPOS *et al.*, 2012).

4.2.5. Análise estatística

4.2.5.1. Validação da ESWIM:

A validação de um constructo se refere ao grau em que as inferências podem ser feitas com base nas construções teóricas em que o estudo se baseia. Para argumentar que uma escala tenha validade de constructo é preciso demonstrar que há uma validade convergente e discriminante em suas medidas. A validade convergente está demonstrada quando as medidas que teoricamente se supõe serem altamente inter-relacionadas, na prática, são. E na validade discriminante quando se demonstra que medidas que não deveriam estar relacionadas entre si de fato não estão (TROCHIM, 2006). A consistência interna aponta o quanto um instrumento é homogêneo e o quanto os itens que o compõem se correlacionam entre si (CURCIO, 2012).

No processo de validação da escala ESWIM, para a validação convergente foram utilizados: o Índice de religiosidade de Duke adaptado para o português P-Durel (LUCCHETTI, GIANCARLO *et al.*, 2012), o Inventário de Empatia (FALCONE *et al.*, 2008), o instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref (FLECK *et al.*, 2000) e o Inventário de Oldenburg para estudantes (CAMPOS *et al.*, 2012). A validação convergente foi realizada através da correlação de Pearson com outras escalas que aferem os mesmos constructos. Já a validade discriminante foi realizada através do coeficiente de correlação de Pearson e pela variância média extraída (AVE) e pela variância compartilhada máxima (MSV) obtidas no modelo de equação estrutural.

Para análise da consistência interna foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach [Intervalo de confiança (IC) 95%] que foi considerado com o intervalo entre 0 a 1 e considerado consistente se igual ou superior a 0,70. O teste-reteste foi utilizado para avaliar a confiabilidade da escala através do índice de correlação de Pearson.

Para a análise fatorial do instrumento, uma vez que o presente estudo estava conduzindo uma análise de um novo instrumento da versão em português da ESWIM, optou-se pela realização de uma Análise de Componente Principal - *Principal Component Analysis* (PCA) usando uma rotação varimax com normalização Kaiser, incluindo fatores com coeficientes 0,40 ou maiores. Para análise do conjunto de dados foi utilizado o índice Kaiser-Meyer-Olkin que ficou em 0,801 e o índice Barlett em 781,94 ($p < 0,001$). Esse procedimento exploratório foi usado para identificar o número de constructos e a estrutura fatorial do instrumento. Em seguida, procedeu-se com um modelo de equação estrutural (SEM), que é um modelo confirmatório. Medidas de “*Goodness-of-fit*” foram calculadas através do χ^2 , do índice comparativo - *the comparative fit index* (CFI), do índice de incremento - *the incremental fit index* (IFI), e pelo *root mean square error of approximation* (RMSEA).

Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 para Windows e pelo programa AMOS versão 21.

4.2.5.2. Avaliação entre gêneros e fase do curso:

Realizou-se uma análise descritiva através de frequência absoluta e relativa (porcentagem) ou média e desvio padrão. Para avaliar as diferenças existentes entre gêneros foi utilizado o Teste-t para medidas independentes. A Análise de Variância

(ANOVA) foi utilizada para estudar as diferenças entre os três ciclos da graduação médica: Pré-clínico (1º e 2º anos), Clínico (3º e 4º anos) e Internato (5º e 6º anos), com posterior aplicação de teste *post-hoc* de Tukey.

Finalmente, para estudar as possíveis interações entre gênero e ciclos foi utilizada a Análise Multivariada de Variância (MANOVA).

Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 para Windows.

4.2.6. Aspectos éticos

Este estudo, incluindo a validação da escala ESWIM, esteve incluído como parte de outro projeto maior denominado “Estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida ao longo da graduação em medicina: estudo prospetivo” que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora conforme parecer em anexo (Apêndice A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados em dois artigos que foram submetidos para avaliação e publicação em periódicos e seguem descritos abaixo:

Artigo 1: Translation, Transcultural Adaptation, and Validation of the Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine (ESWIM) Survey to the Brazilian Portuguese language

Artigo 2: Empathy, Well-being, and Mental Health: Are Gender Differences Still Perceived at the End of Medical School?

6. LIMITAÇÕES E PONTOS POSITIVOS DO ESTUDO:

Este estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas. É um estudo transversal e, por esse motivo, não acompanhou a evolução dos estudantes ao longo da graduação. Como o currículo da escola médica da UFJF tem passado por modificações graduais ao longo dos anos, a influência que ele incidiu sobre os alunos do internato, quando estavam no ciclo básico, pode não ser o mesmo que os alunos que se encontravam neste mesmo ciclo básico no momento da realização do estudo. Além disso, ele foi realizado em uma única instituição de ensino brasileira, podendo ter sofrido interferências culturais locais. Dessa forma, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Por esta razão, em relação ao processo de validação da escala, sugere-se que novos estudos sejam realizados com a ESWIM em outras escolas de medicina de regiões distintas para testar as propriedades psicométricas da escala. Por outro lado, para uma melhor compreensão das interações entre Gênero*Fase, sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados para melhor avaliar a influência do currículo no comportamento do estudante e, principalmente, o quanto ele interfere na formação do médico levando em consideração as diferenças existentes entre os gêneros. Por fim, outra limitação é a impossibilidade de se garantir que o auto-relato dos estudantes corresponda a suas atitudes na vida real e, sendo assim, estudos futuros podem avaliar o quanto essas medidas relacionam-se com consultas médicas ou ambientes simulados.

Este estudo também apresentou pontos positivos como o fato de ter uma amostra grande de estudantes de medicina (n=776), utilizou-se de escalas já validadas para verificar as correlações e utilizou-se da metodologia de teste-reteste também com uma amostra apropriada (n=83) no intuito de ver a estabilidade ao longo

do tempo da escala ESWIM no processo de validação. Também positivo o fato de ter utilizado, além da ESWIM, uma série de escalas que compreendem diversos aspectos do estudante e por abordar a interação entre fase e gênero, pouco estudada na área de educação médica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a literatura científica na área de educação médica busque a identificação dos estressores que interferem na empatia, na qualidade de vida e no bem-estar de estudantes (ROSEN *et al.*, 2006; BRAZEAU *et al.*, 2010; DAMIANO *et al.*, 2017), é importante que utilizemos medidas confiáveis e escalas validadas. Com esse objetivo, optou-se pela validação da escala ESWIM para o contexto brasileiro. O presente estudo encontrou que a escala ESWIM pode ser uma alternativa apropriada, mais curta e sem custos para a avaliação de diversos aspectos que influenciam à saúde e atitudes do estudante de medicina.

Quanto à avaliação entre gêneros e fases do curso de medicina, no presente estudo observou-se que existem diferenças importantes na saúde mental, bem-estar e empatia entre os gêneros e entre as fases do curso de medicina. As mulheres apresentaram maiores níveis de empatia, flexibilidade, altruísmo, sensibilidade, burnout, tolerância, ansiedade e stress, enquanto os homens tiveram maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida. As fases finais do curso também estiveram associadas a piores níveis de empatia, altruísmo, sensibilidade e exaustão, porém com melhores níveis de distanciamento, bem-estar e qualidade de vida física e psíquica. No decorrer das fases, as diferenças significantes entre homens e mulheres tenderam a tornar-se não significantes.

Conclui-se que existem diferenças importantes na saúde mental, empatia e bem-estar dos estudantes de medicina de acordo com o gênero e as fases do curso. Com o avançar do treinamento médico, as diferenças entre os gêneros presentes nos primeiros anos (maior empatia, pior qualidade de vida e saúde mental nas mulheres)

tendem a diminuir na fase do internato. Estes resultados podem denotar uma falha na forma como os cursos de medicina abordam as peculiaridades dos gêneros em seus currículos, podendo levar a uma “uniformização” dos estudantes. Educadores devem considerar esses achados na reestruturação dos currículos de forma a respeitar e valorizar as peculiaridades dos gêneros favorecendo suas potencialidades.

REFERÊNCIAS

ANANDARAJAH, G.; MITCHELL, M. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency. *Family medicine*, v. 39, n. 5, p. 313, 2007.

ANGKURAWARANON, C. et al. Predictors of quality of life of medical students and a comparison with quality of life of adult health care workers in Thailand. *SpringerPlus*, v. 5, p. 584, 2016.

ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 223-228, 1998.

ASENCIO-LOPEZ, L. et al. Burnout syndrome in first to sixth-year medical students at a private university in the north of Mexico: descriptive cross-sectional study. *Medwave*, v. 16, n. 3, p. e6432-e6432, 2016.

AZIMI, H. et al. The frequency of academic burnout and related factors among medical students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, in 2016. *Social Determinants of Health*, v. 2, n. 1, p. 21-28, 2016.

BACKOVIĆ, D. V. et al. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina*, v. 24, n. 2., p. 175-181, 2012.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BRATEK, A. et al. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*, v. 27, n. 1, p. S48-S52, 2015.

BRAZEAU, C. M. et al. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine*, v. 85, n. 10, p. S33-S36, 2010.

CAMPO-ARIAS, A.; OVIEDO, H. C. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de salud pública*, v. 10, n. 5, p. 831-839, 2008.

CAMPOS, J. A. D. B.; CARLOTTO, M. S.; MARÔCO, J. Inventário de Oldenburg para estudantes: adaptacao cultural e validacao para o Portugues. *Psicologia: Reflexao & Critica*, v. 25, n. 4, p. 709-719, 2012.

CECIL, J. et al. Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, v. 19, n. 1, p. 25209, 2014.

CHIN, R. W. A. et al. Prevalence of Burnout among Universiti Sains Malaysia Medical Students. *Education in Medicine Journal*, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2016.

COSTA, P. et al. Measuring Medical Students' Empathy: Exploring the Underlying Constructs of and Associations Between Two Widely Used Self-Report Instruments in Five Countries. *Academic Medicine*, v. 92, n. 6, p. 860-867, 2017.

CURCIO, C. S. S. Validação da versão em português da brief multidimensional measure of religiousness/spirituality ou medida multidimensional breve de religiosidade/espiritualidade (BMMRS-P). 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Brasileira), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2012.

DAHLIN, M.; JONEBORG, N.; RUNESON, B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, v. 39, n. 6, p. 594-604, 2005.

DAHLIN, M. E.; RUNESON, B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medical Education*, v. 7, n. 1, p. 6, 2007.

DAMIANO, R. F. et al. Empathy in Medical Students Is Moderated by Openness to Spirituality. *Teach Learn Med*, v. 29, n. 2, p. 188-195, 2017.

DILALLA, L. F.; HULL, S. K.; DORSEY, J. K. Effect of Gender, Age, and Relevant Course Work on Attitudes Toward Empathy, Patient Spirituality, and Physician Wellness. *Teaching and Learning in Medicine*, v. 16, n. 2, p. 165-170, 2004.

DROLET, B. C.; RODGERS, S. A comprehensive medical student wellness program—design and implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Academic Medicine*, v. 85, n. 1, p. 103-110, 2010.

DUNN, L. B.; IGLEWICZ, A.; MOUTIER, C. A Conceptual Model of Medical Student Well-Being: Promoting Resilience and Preventing Burnout. *Academic Psychiatry*, v. 32, n. 1, p. 44-53, 2008.

DYRBYE, L. N. et al. Burnout and suicidal ideation among u.s. medical students. *Annals of Internal Medicine*, v. 149, n. 5, p. 334-341, 2008.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of clinical epidemiology*, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

FALCONE, E. M. D. O. et al. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008.

FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr*, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.

FLECK, M. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GELLER, G. Tolerance for ambiguity: an ethics-based criterion for medical student selection. *Academic Medicine*, v. 88, n. 5, p. 581-584, 2013.

GIVENS, J. L.; TJIA, J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Academic Medicine*, v. 77, n. 9, p. 918-921, 2002.

GOEBERT, D. et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Academic Medicine*, v. 84, n. 2, p. 236-241, 2009.

HAMBLETON, R. K.; KANJEE, A. Increasing the validity of cross-cultural assessments: Use of improved methods for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, v. 11, n. 3, p. 147-157, 1995.

HELMERS, K. F. et al. Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University. *Academic Medicine*, v. 72, n. 8, p. 708-714, 1997.

HOJAT, M.; GONNELLA, J. S.; XU, G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Academic Medicine*, v. 70, n. 4, p. 305-312, 1995.

HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, v. 61, n. 2, p. 349-365, 2016.

HOLM; ASPEGREN. Pedagogical methods and affect tolerance in medical students. *Medical Education*, v. 33, n. 1, p. 14-18, 1999.

HULL, S. K.; DILALLA, L. F.; DORSEY, J. K. Student attitudes toward wellness, empathy, and spirituality in the curriculum. *Academic Medicine*, v. 76, n. 5, p. 520, 2001.

HULL, S. K.; DILALLA, L. F.; DORSEY, J. K. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic Psychiatry*, v. 32, n. 1, p. 31-38, 2008.

JAMALI, A. et al. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. *Medical Education*, v. 47, n. 10, p. 1001-1012, 2013.

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*, v. 84, n. 9, p. 1192-1197, 2009.

KOENIG, H. G. et al. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 40, n. 4, p. 391-398, 2010.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press, 2012. 1192 p.

KOGOJ, T. K.; CEBAŠEK-TRAVNIK, Z.; ZALETEL-KRAGELJ, L. Role of stress in burnout among students of medicine and dentistry - a study in Ljubljana, Slovenia, Faculty of Medicine. *Collegium Antropologicum*, v. 38, n. 3, p. 879-887, 2014.

KÖTTER, T. et al. Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. *Medical Education*, v. 50, n. 6, p. 646-656, 2016.

LOUREIRO, J. et al. Empatia na relação médico-doente: evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, v. 24, p. 431-442, 2011.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *Journal of Religion and Health*, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*, v. 12, p. 78, 2012.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, p. 65-90, 2006.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. Maslach burnout inventory. *Evaluating stress: A book of resources*, v. 3, p. 191-218, 1997.

MCGRADY, A. et al. A Wellness Program for First Year Medical Students. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, v. 37, n. 4, p. 253-260, 2012.

MICHALEC, B.; KEYES, C. L. M. A multidimensional perspective of the mental health of preclinical medical students. *Psychology, Health & Medicine*, v. 18, n. 1, p. 89-97, 2013.

MOUTINHO, I. L. D. et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, p. 21-28, 2017.

O'CONNOR, K. et al. Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students. *Irish Journal of Medical Science*, v. 182, n. 4, p. 679-685, 2013.

PAGNIN, D.; DE QUEIROZ, V. Comparison of quality of life between medical students and young general populations. *Education for Health*, v. 28, n. 3, p. 209-212, 2015.

PARK, K. H. et al. Empathy in Korean medical students: Findings from a nationwide survey. *Medical Teacher*, v. 37, n. 10, p. 943-948, 2015.

PARO, H. B. et al. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Medical Education*, v. 12, n. 1, p. 73, 2012.

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

PEREIRA, T. C. et al. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *International Coaching Psychology Review*, v. 9, n. 1, p. 22-37, 2014.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Revista brasileira de ensino de ciência e tecnologia*, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

RASSOULIAN, A.; SEIDMAN, C.; LÖFFLER-STASTKA, H. Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. *Medicine*, v. 95, n. 38, p. e4953, 2016.

REGITZ-ZAGROSEK, V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO Rep*, v. 13, n. 7, p. 596-603, 2012.

REHMAN, R. et al. Health and Spirituality" walk along" in wellness journey of medical students. *J Pak Med Assoc*, v. 63, n. 4, p. 495-500, 2013.

ROGERS, M. E.; CREED, P. A.; SEARLE, J. Person and environmental factors associated with well-being in medical students. *Personality and Individual Differences*, v. 52, n. 4, p. 472-477, 2012.

ROSEN, I. M. et al. Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns. *Academic Medicine*, v. 81, n. 1, p. 82-85, 2006.

SANTOS, M. A. et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *International Journal of Medical Education*, v. 7, p. 149-153, 2016.

SARAVANAN, C.; WILKS, R. Medical Students' Experience of and Reaction to Stress: The Role of Depression and Anxiety. *The Scientific World Journal*, v. 2014, p. 737382, 2014.

SHAREEF, M. A. et al. The interplay between academic performance and quality of life among preclinical students. *BMC Medical Education*, v. 15, n. 1, p. 193, 2015.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SOUZA, F. G. D. M.; MENEZES, M. D. G. C. Estresse nos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará. *Rev. bras. educ. méd*, v. 29, n. 2, p. 91-96, 2005.

STEPIEN, K. A.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*, v. 21, n. 5, p. 524-30, 2006.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, p. 5-13, 2012.

TAVAKOL, S.; DENNICK, R.; TAVAKOL, M. Medical students' understanding of empathy: a phenomenological study. *Med Educ*, v. 46, n. 3, p. 306-16, 2012.

TROCHIM, W. M. The Research Methods Knowledge Base 2006 [updated version current as of October 20. Available from: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>. Acesso em 12/11/2017

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, v. 155, p. 104-109, 2014.

VILETE, L.; FIGUEIRA, I.; COUTINHO, E. Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, p. 40-48, 2006.

WACHHOLTZ, A.; ROGOFF, M. The relationship between spirituality and burnout among medical students. *Journal of contemporary medical education*, v. 1, n. 2, p. 83-91, 2013.

WAYNE, S. et al. The association between intolerance of ambiguity and decline in medical students' attitudes toward the underserved. *Academic Medicine*, v. 86, n. 7, p. 877-882, 2011.

WEISSENSTEIN, A. et al. Measuring the ambiguity tolerance of medical students: a cross-sectional study from the first to sixth academic years. *BMC Family Practice*, v. 15, n. 1, p. 6, 2014.

ZHANG, Y. et al. Quality of life of medical students in China: a study using the WHOQOL-BREF. *PloS one*, v. 7, n. 11, p. e49714, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde mental, qualidade de vida, estresse e burnout (esgotamento) ao longo da graduação: estudo prospectivo em estudantes de medicina

Pesquisador: Oscarina da Silva Ezequiel

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34600014.8.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.060.301

Data da Relatoria: 27/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise de uma emenda para substituição de escala para análise de dados. As novas escalas foram anexadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar prospectivamente a qualidade de vida, a empatia e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, estresse, e burnout (esgotamento) nos estudantes de medicina ao longo dos seis anos de graduação.

Objetivo Secundário: Analisar a tendência temporal do perfil sociodemográfico dos ingressantes do curso de medicina da UFJF e sua forma de ingresso; Avaliar a influência da formação médica na qualidade de vida, empatia, depressão, ansiedade, estresse e burnout (esgotamento) dos estudantes de medicina; Avaliar os fatores associados a qualidade de vida, empatia, sintomas depressivos, ansiosos, estresse e burnout (esgotamento) nos estudantes de medicina ao longo da graduação; Avaliar de que forma o burnout (esgotamento) e o estresse podem influenciar a qualidade de vida, empatia, depressão, ansiedade e o desempenho acadêmico dos estudantes de medicina ao longo da graduação.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.060.301

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são descritos como mínimos, associados ao preenchimento dos questionários, escalas e inventários, bem como na participação no grupo focal.

Benefícios: Os resultados podem não beneficiar diretamente os sujeitos, mas podem permitir um olhar acerca do

entendimento da relação entre o perfil sociodemográfico e a formação médica e suas influências na qualidade de vida, empatia, ansiedade, estresse, depressão e burnout

(esgotamento). Uma avaliação sistematizada dos alunos pode estimular a discussão do currículo médico e das estratégias pedagógicas, a identificação de alunos em risco para desenvolvimento de problemas de saúde e a possibilidade de uma gestão acadêmica baseada em evidências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já analisado anteriormente: trata-se da análise de uma emenda para substituição de escala para análise de dados. As escalas foram anexadas e as demais pendências solucionadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Por se tratar de projeto já analisado anteriormente os termos obrigatórios foram analisados anteriormente e as escalas de análise de dados que se trata a emenda foi devidamente apresentada.

Recomendações:

As pendências foram solucionadas: foram anexadas as novas escalas para análise de dados do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada após justificativa para mudança de escala de análise de dados e exposição das mesmas como anexo do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.060.301

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 12 de Maio de 2015

Assinado por:
Leandro Marques de Resende
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Oscarina da Silva Ezequiel

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento s/nº

Bairro: Dom Bosco – CEP.: 36038-330

Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-6879

E-mail: oscarinaprojetoegresso@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Avaliação da saúde mental, qualidade de vida, estresse e burnout (esgotamento) ao longo da graduação: estudo prospectivo em estudantes de medicina”. Neste estudo pretendemos analisar a qualidade de vida, a empatia, estresse, saúde mental e burnout nos estudantes de medicina da UFJF durante o período de 2014 a 2020, bem como o perfil sociodemográfico dos ingressantes a partir de 2014.

Ao participar deste trabalho você estará contribuindo para a análise da influência da formação médica na vida estudantil, propiciando melhorias no ensino e nas estratégias pedagógicas, bem como a identificação de alunos em risco para desenvolvimento de problemas de saúde e a possibilidade de uma gestão acadêmica baseada em evidências.

Para este estudo adotaremos a aplicação de questionários ou escalas, validadas para o português, para o qual você está sendo convidado a participar. A participação neste estudo não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem os critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa traz os riscos mínimos relacionados ao preenchimento do questionário.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, sendo armazenadas por cinco anos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina da UFJF e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação da saúde mental, qualidade de vida, estresse e burnout (esgotamento) ao longo da graduação: estudo prospectivo em estudantes de medicina”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Nome Assinatura participante

Data ____/____/____

Nome Assinatura pesquisador

Data ____/____/____

Nome Assinatura testemunha

Data ____/____/____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina - Prédio da Administração Sala 27 - CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APENDICE C AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

From: Kevin Dorsey <kdorsey@siumed.edu>
Sent: Tuesday, December 16, 2014 3:57 PM
To: Lisabeth A Dilalla; Giancarlo Lucchetti; Rodolfo Furlan Damiano
Cc: joslyn@bcm.edu
Subject: Re: Research SIUC

I'm ok with that decision.
 kd

On 12/16/2014 2:46 PM, Lisabeth A Dilalla wrote:
 If this is okay with everyone (Kevin??), let's go with the ESWIM then because the Jefferson Scale is so expensive. Given that none of our sites have funding for this, I think the ESWIM is our best option.

Giancarlo, I am attaching the questionnaire so that you can begin translation. Please let me know if this is a problem.

Best regards,
 Lisabeth

From: Giancarlo Lucchetti [<mailto:g.lucchetti@yahoo.com.br>]
Sent: Tuesday, December 16, 2014 6:18 AM
To: Lisabeth A Dilalla; Rodolfo Furlan Damiano
Cc: Kevin Dorsey; joslyn@bcm.edu; g.lucchetti@yahoo.com.br
Subject: Re: Research SIUC

Dear Lisabeth and colleagues,
 I think it is a good idea.
 Of course, we need to translate the ESWIM into Portuguese, back-translate it to English and assess its psychometric properties. Could you please send me the full ESWIM questionnaire?
 I will discuss with my research team, but I believe it would be appropriate to use ESWIM in our reality.
 Best,
 Giancarlo

Em Segunda-feira, 15 de Dezembro de 2014 14:57, Lisabeth A Dilalla <ldilalla@siu.edu> escreveu:

Dear Giancarlo,

We also do not having funding for these scales. What do you think about using the Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine (ESWIM) measure that Kevin, Sharon Hull, and I created about 10 years ago? We have published a couple of interesting articles using data from that questionnaire (I attach them here). It's free (!) and assess empathy in medical personnel, although it does not measure burnout. Because you already are including a measure of religiousness, perhaps we can only administer the empathy and wellness items (just to make the ESWIM a bit shorter). Does that appeal?

Best,
 Lisabeth

ANEXOS

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE RELIGIOSIDADE DE DUKE (P-DUREL)

CPF: _____

Parte 1: Questionário sócio-demográfico

- 1- Gênero
 1. Masculino 2. Feminino
- 2- Período em que se encontra?
 1. Primeiro 7. Sétimo
 2. Segundo 8. Oitavo
 3. Terceiro 9. Nono
 4. Quarto 10. Décimo
 5. Quinto 11. Décimo 1º
 6. Sexto 12. Décimo 2º
- 3- Como você definiria sua etnia?
 1. Branco
 2. Preto
 3. Pardo
 4. Amarelo/oriental
 5. Indígena 6. outros
- 4- Idade: _____ anos
- 5- Situação trabalhista:
 1. sem atividade remunerada
 2. trabalha com carteira assinada
 3. trabalha por conta própria
- 6- Escolaridade materna:
 1. Analfabeta
 2. 1º grau completo
 3. 1º grau incompleto
 4. 2º grau completo
 5. 2º grau incompleto
 6. Ensino médio completo
 7. Incompleto ()
 8. Ensino superior completo
 9. Incompleto ()
 10. Mestrado
 11. Doutorado
- 7- Escolaridade paterna:
 1. Analfabeta
 2. 1º grau completo
 3. 1º grau incompleto
 4. 2º grau completo
 5. 2º grau incompleto
 6. Ensino médio completo
 7. Incompleto ()
 8. Ensino superior completo
 9. Incompleto ()
 10. Mestrado
 11. Doutorado
- 8- Qual é a sua renda familiar?
 1. Até um salário mínimo
 2. 1 a 3 salários mínimos
 3. 4 a 7 salários mínimos
 4. 8 a 12 salários mínimos
 5. Mais de 12 salários mínimos

Parte 2- Dimensões da religiosidade

1- Das alternativas, aquela que melhor descreve sua afiliação religiosa é?

1. Nenhuma, mas acredito em Deus
 2. Nenhuma e não acredito em Deus
 3. Católico Apostólico Romano
 4. Evangélico/Protestante
 5. Muçumano
 6. Budista 7. Espírita
 8. Hindu 9. Umbandista
 10. Judeu 11. Espiritualista
 12. Outros (favor especificar): _____

2- Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca

- 3- Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
 1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

4- *Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).*

1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

5- *As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.*

1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

6- *Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.*

1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

7- Qual especialidade você deseja seguir?

1. Clínica Médica. Qual especialidade? _____
 2. Ginecologia e obstetria. _____
 3. Pediatria. Qual especialidade? _____
 4. Cirurgia. Qual especialidade? _____
 5. Homeopatia
 6. Acupuntura
 7. Psiquiatria
 8. Ortopedia
 9. Outras. Qual? _____

8- Se você considerar sua vida em geral no último mês, o quanto feliz ou infeliz você diria que está?

1. Muito feliz
 2. Feliz
 3. Não muito feliz
 4. Infeliz

9- No geral, o quanto satisfeito ou insatisfeito você está estudando para ser médico?

1. Muito satisfeito
 2. Moderadamente satisfeito
 3. Um pouco satisfeito
 4. Muito insatisfeito

10- Como você avaliaria a sua qualidade de vida neste momento?

1. Muito Ruim
 2. Ruim
 3. Razoável
 4. Boa
 5. Muito boa

ANEXO 2- ESCALA ESWIM (*EMPATHY, SPIRITUALITY, AND WELLNESS IN MEDICINE SURVEY*)

ESWIN

Por favor, para cada item circule os números que melhor descrevem como você se sente em relação a você e as suas crenças. Por favor, escolha apenas UMA resposta para cada item. Não coloque o seu nome nesse questionário. Todos os dados serão identificados apenas por uma identificação e serão mantidos de forma completamente confidencial. Seu nome nunca será associado com suas respostas.

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante prestar atenção na linguagem corporal do paciente.					
2. Quando um paciente está triste, eu sinto que estou ou ficarei triste também.					
3. Se eu tiver muita empatia com meus pacientes, eu não serei capaz de tratá-los tão bem.					
4. Eu estou satisfeito com minha saúde.					
5. Quando alguém está ansioso ou triste, eu me sinto confortável em falar com ele sobre como ele se sente.					
6. Um profissional de saúde que não está mentalmente saudável não deveria trabalhar na área da saúde.					
7. Eu estou satisfeito com minha escolha profissional.					
8. É prejudicial para a prática médica ter empatia com todos os pacientes.					
9. É importante perguntar sobre o papel da fé ou crença de um paciente para poder cuidá-lo					
10. Há pelo menos uma pessoa em minha vida com quem eu posso discutir as coisas boas e más que acontecem comigo.					
11. Pessoas pessoas que possuem crenças e experiências muito diferentes das minhas são difíceis para eu entender.					

12. É importante incluir minhas próprias crenças espirituais quando eu trato um paciente.					
13. Quando alguém está triste, eu tento entender como ele está se sentindo e por que ele se sente assim.					
14. Se um paciente de uma determinada religião está em uma consulta pré-anestésica e solicita que seu líder religioso realize um ritual de dança no hospital antes da cirurgia, isso deveria ser permitido.					
15. Eu não tenho/não terei tempo para ouvir as queixas ou preocupações expressas por pacientes durante uma consulta médica.					
16. Eu encontro dificuldade em estar próximo de pessoas que expõem seus sentimentos para mim.					
17. Eu encontro satisfação nas atividades do meu trabalho (ou escola).					
18. Estou disposto em estar ao lado de pessoas que estão chorando para tentar confortá-las.					
19. As crenças espirituais de um paciente são fatores significantes na recuperação de doenças graves.					
20. É importante para um profissional de saúde estar mentalmente e emocionalmente saudável.					
21. Os pacientes precisam ser capazes de expressar suas preocupações e sentimentos para seus médicos.					
22. É importante considerar as crenças espirituais do paciente mesmo se essas crenças forem diferentes das minhas.					
23. É importante para um profissional de saúde estar fisicamente saudável					

24. Se um paciente me pede para rezar (orar) com ele ou ela, eu o faria.					
25. Se uma mulher de determinada etnia/cultura requer autorização para levar a placenta para a casa visando um ritual para o bem estar espiritual da criança, isto deveria ser permitido.					
26. Eu sou um bom ouvinte.					
27. Se um paciente está chateado, ele ou ela deveria achar alguém para conversar e não usar o tempo do médico para isto.					
28. Eu tento prestar atenção de forma cuidadosa quando estou ouvindo alguém que está falando comigo.					
29. Muitas vezes eu sei como as pessoas estão se sentindo, mesmo quando elas não se expressam em voz alta.					
30. Eu gosto de conversar com os outros sobre como eles se sentem e por que eles se sentem desta forma.					
31. O conhecimento das crenças espirituais de um paciente raramente influencia os cuidados prestados por um médico.					
32. Um profissional de saúde que não está fisicamente saudável não deveria trabalhar na área de saúde.					
33. Se um paciente indígena solicita autorização para fumar seu cachimbo (tabaco) num ritual no pós-operatório, isto não deveria ser permitido.					
34. Pertencço a um grupo de pessoas ou uma organização com quem eu tenho coisas em comum além da carreira em medicina (pode ser religiosa, social, étnica ou outra).					

35. É necessário abordar as preocupações emocionais do paciente a fim de tratá-los integralmente.					
---	--	--	--	--	--

Por favor descreva a frequência de seus hábitos e comportamentos (circule a resposta mais apropriada):

36. Quantas vezes por semana você atualmente usa produtos de tabaco?	0	1	2 - 3	4 - 5	6 ou mais
37. Quantas vezes por semana você ingeriu mais de três bebidas alcoólicas em intervalo de 4 horas?	0	1	2 - 3	4 - 5	6 ou mais
38. Quantas vezes por semana você se exercita por pelo menos 30 minutos?	0	1	2 - 3	4 - 5	6 ou mais
39. Quantas noites por semana você dorme o suficiente?	0	1	2 - 3	4 - 5	6 ou mais
40. Quantas vezes por semana você se sente deprimido ou triste?	Sempre	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raramente	Nunca
41. Quantas vezes por semana você se sente ansioso ou estressado?	Sempre	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raramente	Nunca
42. Com que frequência você usa cinto de segurança quando anda ou dirige um automóvel?	Sempre	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raramente	Nunca
43. Com que frequência você utiliza equipamentos de proteção para atividades esportivas (por exemplo, capacete para motociclismo ou ciclismo, joelheiras e cotoveleiras para skate ou patins)? (Se <u>Não Aplicável</u> , circule aqui)	Sempre	A maior parte do tempo	Algumas vezes	Raramente	Nunca


**ANEXO 3 - ESCALA ESWIM ORIGINAL (LISABETH F. DILALLA, PH.D.,
SHARON HULL, M.D., AND J. KEVIN DORSEY, M.D., PH.D.)**


ESWIM
Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey


Lisabeth F. DiLalla, Ph.D., Sharon Hull, M.D.,
and J. Kevin Dorsey, M.D., Ph.D.


Please circle the number for each item that best answers how you feel the item describes you or your beliefs. Please choose only ONE answer for each item. Do NOT put your name on this form. All data will be identified only by ID and will be kept completely confidential. Your name will never be associated with your answers.

Medical Persons Survey

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. It is important to pay attention to a patient's body language.	1	2	3	4	5
2. When a patient is upset, I (do/expect that I will) feel upset too.	1	2	3	4	5
3. If I empathize too much with my patients, I will not be able to treat them as well.	1	2	3	4	5
4. I am satisfied with my level of health.	1	2	3	4	5
5. When someone is anxious or upset, I am comfortable talking to them about how they feel.	1	2	3	4	5
6. A health care worker who is mentally unhealthy should not practice in the field of health care.	1	2	3	4	5
7. I am satisfied with my choice of careers.	1	2	3	4	5
8. It is detrimental to a physician's practice to empathize with all patients.	1	2	3	4	5
9. It is important to inquire about the role of a patient's faith or beliefs in order to care for a patient.	1	2	3	4	5
10. There is at least one person in my life with whom I can discuss the good and bad things that happen to me.	1	2	3	4	5
11. People whose beliefs or backgrounds are very different from mine are difficult for me to understand.	1	2	3	4	5
12. It is important to include my own spiritual beliefs in treating a patient.	1	2	3	4	5
 Go to next page...					

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
13. When someone is upset, I try to understand how they are feeling and why they feel that way.	1	2	3	4	5
14. If a Sufi patient is in a doctor's office for pre-operative counseling and asks if his spiritual leader (Dervish) could perform a vigorous dancing ritual in the hospital just prior to surgery, this should be allowed.	1	2	3	4	5
15. I do not/will not have time to listen to patients complain or express concern during an office visit.	1	2	3	4	5
16. I find it difficult to be around people who are divulging their feelings to me.	1	2	3	4	5
17. I find fulfillment in my work (or school) activities.	1	2	3	4	5
18. I am willing to be around people who are crying so that I can try to comfort them.	1	2	3	4	5
19. A patient's spiritual beliefs are a significant factor in her/his recovery from serious illness.	1	2	3	4	5
20. It is important for a health care worker to be mentally and emotionally healthy.	1	2	3	4	5
21. Patients need to be able to verbally express their concerns and feelings to their doctors.	1	2	3	4	5
22. A patient's spiritual beliefs are important to consider even if those beliefs are different from mine.	1	2	3	4	5
23. It is important for a health care worker to be physically healthy.	1	2	3	4	5
24. If a patient asks me to pray with him or her, I would.	1	2	3	4	5
 <i>Go to next page...</i>					

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
25. If a Hmong woman has just delivered a baby and requests that she be allowed to take home the placenta for a ritual (to plant it under a new tree) for the spiritual well-being of the child, this should be allowed.	1	2	3	4	5
26. I am a good listener.	1	2	3	4	5
27. If a patient is upset, he or she should find someone else to talk to and not use the physician's time on this.	1	2	3	4	5
28. I try to pay careful attention when I am listening to someone who is talking to me.	1	2	3	4	5
29. I often know how people are feeling even when they do not express it out loud.	1	2	3	4	5
30. I enjoy talking to others about how they feel and why they feel that way.	1	2	3	4	5
31. Knowledge of a patient's spiritual beliefs only rarely influences the care given by a physician.	1	2	3	4	5
32. A health care worker who is physically unhealthy should not practice in the field of health care.	1	2	3	4	5
33. If a Native American patient requested to smoke his/her ceremonial pipe (tobacco) in a post-operative ritual, this should not be allowed.	1	2	3	4	5
34. I belong to a group of people or an organization with whom I have things in common besides a career in medicine (may be religious, social, ethnic, or other).	1	2	3	4	5
35. It is necessary to address a patient's emotional concerns in order to fully treat the patient.	1	2	3	4	5
 Go to next page...					

<i>Please describe the frequency with which you participate in the following behaviors (circle the most appropriate answer):</i>					
36. How many times per week do you currently use tobacco products?	0	1	2-3	4-5	6 or more
37. How many times per week do you have more than three alcoholic beverages in 4 hours?	0	1	2-3	4-5	6 or more
38. How many times per week do you exercise for at least 30 minutes?	0	1	2-3	4-5	6 or more
39. How many nights per week do you get enough sleep?	0	1	2-3	4-5	6 or more
40. How many times per week do you feel depressed or sad?	Always	Most of the time	Sometimes	Rarely	Never
41. How many times per week do you feel anxious or stressed?	Always	Most of the time	Sometimes	Rarely	Never
42. How often do you wear a seatbelt when riding or driving in an automobile?	Always	Most of the time	Sometimes	Rarely	Never
43. How often do you wear protective gear for athletic activities (e.g., motorcycle or bicycle helmet, protective pads for skateboarding or rollerblading)? (If <u>Not Applicable</u> , circle here)	Always	Most of the time	Sometimes	Rarely	Never
 Go to next page...					

General Information							
		Medicine	Nursing	Advanced Practice Nurse	Physician Assistant	Allied Health (Specify)	Other (Specify)
1.	Which of the following health care professions best describes your current work/education? (Check one)						
2.	Which of the following health care professions have you trained in (or are you training in)? Check all that apply.						
3.	Which of the following health care professions are you currently practicing in? Check all that apply.						
4.	How many years have you been practicing in this field?						
5.	What is your age?						
6.	What is your gender? (Circle one)	M	F				
7.	What is your ethnicity? (Circle one) (Please note: These are the categories used by the National Institutes of Health.)	American Indian or Alaskan Native	Asian or Pacific Islander	Black, not Hispanic	Hispanic	White, not Hispanic	Other or Unknown
8.	If you are a resident, fellow, or a practicing physician, please write in your specialty.						
9.	If you are a medical student, please write in the specialty which most appeals to you at the present time.						
		Wellness		Spirituality		Empathy	
10.	Were courses or sessions on the following topics offered during your training?	Y	N	Y	N	Y	N
	Did you participate in these courses or sessions?	Y	N	Y	N	Y	N
	Were the courses or sessions required or optional?	Required	Optional	Required	Optional	Required	Optional
	Would you like to have had more courses or sessions on these topics?	Y	N	Y	N	Y	N
11.	Are you interested in receiving the results of this study?	Y	N				
12.	Date Survey Completed						

ANEXO 4 - INVENTÁRIO DE EMPATIA (IE)

Inventário de Empatia (IE)

Abaixo você encontrará uma série de afirmações que descrevem reações em diversas situações sociais. Por favor, leia cada uma delas e responda com que frequência essas afirmações se aplicariam a você, marcando o número de acordo com a escala abaixo. Caso nunca tenha passado por alguma dessas situações, tente imaginar como você reagiria ao enfrentá-la. **Responda a todas as perguntas.**

	1 Nunca	2 Raramente	3 Regularmente	4 Quase sempre	5 Sempre
1. Quando faço um pedido, procuro me certificar de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa.					
2. Eu adiaria a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu par está com problemas.					
3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro imediatamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir.					
4. Quando alguém faz algo que me desagrada, demonstro livremente a minha raiva.					
5. Quando alguém está me confidenciando um problema, exponho minha opinião objetivamente, apontando os seus erros e acertos.					
6. Costumo me colocar no lugar da outra pessoa quando estou sendo criticado, para tentar perceber os sentimentos e razões dela.					
7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, declaro o meu reconhecimento do quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido.					
8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente.					
9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a do meu interlocutor, procuro me expor de forma mais incisiva.					
10. Antes de pedir a uma pessoa para mudar um comportamento que me incomoda, procuro me colocar no lugar dela para entender o que a leva a ter tal atitude.					

11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica.					
12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que considero seus sentimentos e que compreendo suas razões.					
13. Ao fazer um pedido incompatível com os interesses de outra pessoa, procuro ser persuasivo até conseguir o que desejo.					
14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas.					
15. Eu abriria mão de fazer um pedido importante se este causasse incômodo considerável à outra pessoa.					
16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro por em prática a minha decisão em vez de ficar pensando muito a respeito.					
17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para identificar as razões que levaram a outra pessoa a me criticar.					
18. Quando discordo do meu interlocutor, procuro ouvi-lo e, em seguida, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de expressar o meu.					
19. Quando alguém expõe uma opinião contrária à minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista.					
20. Se alguém me deve algo, cobro-lhe a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento.					
21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas.					
22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele (a) não esteja bem.					
23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentindo frustrado(a).					
24. Quando alguém age comigo de maneira hostil, respondo da mesma forma.					

25. Quando recebo uma crítica procuro expressar para a outra pessoa a minha compreensão do que ela disse, para me certificar de que a entendi.					
26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo “não” sem rodeios.					
27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem.					
28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma hostil ou prejudicial.					
29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir.					
30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo.					
31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas.					
32. Eu sou do tipo que não leva desaforo pra casa.					
33. Costumo me colocar no lugar de uma pessoa que está me revelando um problema para ver como me sentiria e o que pensaria se a situação fosse comigo.					
34. Durante uma conversação procuro demonstrar interesse pela outra pessoa, adotando uma postura atenta.					
35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, expresso imediatamente a minha insatisfação para deixar as coisas bem claras.					
36. Antes de encerrar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir.					
37. Ao fazer um pedido conflitante com os interesses de outra pessoa, procuro expressar meu reconhecimento sincero do incômodo que estou lhe causando.					
38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida.					

39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas.					
40. Se decidir recusar um pedido, vou direto ao ponto.					

ANEXO 5 -QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Boa	Muito boa
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas Necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de Atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua Capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 6- INVENTÁRIO DE OLDENBURG PARA AVALIAÇÃO DE BURNOUT**Inventário de Oldenburg**

Por favor, leia cada questão e circule a que lhe parece melhor:

	(discordo completamente)	(discordo)	(concordo)	(concordo completamente)
1-Encontro com frequência assuntos novos e interessantes nos meus estudos	1	2	3	4
2- Há dias em que me sinto cansado ainda antes mesmo de chegar à escola	1	2	3	4
3-Cada vez falo com mais e mais frequência de forma negativa sobre os meus estudos	1	2	3	4
4- Depois das aulas/estudo preciso de mais tempo para relaxar e me sentir-me melhor do que precisava antigamente	1	2	3	4
5- Consigo suportar muito bem as pressões dos meus estudos	1	2	3	4
6-Ultimamente tenho pensado menos nos meus estudos e faço as tarefas escolares de forma quase mecânica	1	2	3	4
7-Considero que meus estudos são um desafio positivo	1	2	3	4
8-Durante os meus estudos, sinto-me emocionalmente esgotado	1	2	3	4
9-Com o passar do tempo sinto-me desligado dos meus estudos	1	2	3	4

10-Depois das tarefas escolares, tenho geralmente energia para minhas atividades de lazer	1	2	3	4
11-Às vezes sinto-me farto das minhas tarefas escolares	1	2	3	4
12-Depois dos meus estudos sinto-me geralmente cansado e sem energia	1	2	3	4
13-Este é o único tipo de curso que me imagino fazendo	1	2	3	4
14-De uma forma geral, consigo administrar a quantidade de trabalho que tenho	1	2	3	4
15- Sinto-me cada vez mais empenhado nos meus estudos	1	2	3	4
16-Quando estudo, sinto-me geralmente com energia	1	2	3	4

ANEXO 7 - QUESTIONÁRIO DASS21

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você na última semana, conforme a indicação a seguir:

0 - Não se aplicou de maneira alguma

1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo

2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 - Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1-Achei difícil me acalmar	-----0	0	1	2	3
2-Senti minha boca seca	-----0	0	1	2	3
3-Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	-----0	1	2	3	
4-Tive dificuldade de respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar) sem ter feito nenhum exercício físico	-----0	0	1	2	3
5-Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	-----0	1	2	3	
6-Tive a tendência a reagir de forma exagerada às situações	-----0	1	2	3	
7-Senti tremores (ex: nas mãos)	-----0	0	1	2	3
8-Senti que estava sempre nervoso (a)	-----0	1	2	3	
9-Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e fosse ridículo (a)	-----0	0	1	2	3
10-Senti que não tinha nada a desejar	-----0	1	2	3	
11-Senti-me agitado (a)	-----0	0	1	2	3
12-Achei difícil relaxar	-----0	1	2	3	
13-Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	-----0	0	1	2	3
14-Fui intolerante com as coisas que me impedissem de continuar o que estava fazendo	-----0	0	1	2	3
15-Senti que ia entrar em pânico	-----0	0	1	2	3
16-Não consigo me entusiasmar com nada	-----0	0	1	2	3
17-Senti que não tinha valor como pessoa	-----0	0	1	2	3
18-Senti que estava um pouco emotivo (a)/sensível demais	-----0	0	1	2	3
19-Percebi meu coração alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex: taquicardia, disritmia cardíaca)	-----0	0	1	2	3
20-Senti medo sem motivo	-----0	1	2	3	
21-Senti que a vida não tinha sentido	-----0	0	1	2	3