

## **EMPATIA MÉDICA: TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO**

Aguiar P; Salgueira A; Frada T & Costa MJ  
Escola de Ciências da Saúde (ECS) da Universidade do Minho

### **Resumo**

A empatia assume-se como um factor importante no estabelecimento das relações interpessoais, sendo mais determinante ainda nas relações profissional-utente. Característica essencialmente cognitiva, discretamente intersectada por uma vertente afectiva, empatia médica define-se como a capacidade de perceber o doente, de ver o mundo da mesma forma que este o vê, e capacidade de transmitir essa percepção ao doente.

A Jefferson Scale of Physician's Empathy (JSPE), escala validada, de resposta tipo-Likert (20itens), demonstrou ter validade na avaliação dos diversos componentes da empatia.

No presente estudo foi aplicada uma versão da escala traduzida para português (JSPE-vP) aos médicos do distrito de Braga (n=508), demonstrando consistência interna (alfa Cronbach - 0.79), e análise factorial (5 factores) com uma taxa de explicação total (49%) semelhantes aos da escala original. As análises comparativas efectuadas demonstraram ainda não haver variação na empatia entre sexos nem com a idade, e que esta é superior nas especialidades orientadas para o paciente, nos hospitais com formação médica pré-graduada, e nos cuidados de saúde primários.

O presente estudo permitiu assim a validação de um instrumento em Português capaz de avaliar a multidimensionalidade da empatia médica, com aplicabilidade nas diversas áreas de estudo do profissionalismo médico.

### **Introdução**

A relação médico-doente é central na prática clínica como componente fundamental na arte de cuidar. A crescente utilização de meios complementares de diagnóstico e a permanente evolução das tecnologias de diagnóstico tende a distanciar o médico da interacção com o doente enquanto pessoa. Adicionalmente, o exercício da medicina é alvo de um corpo cada vez mais pesado de tensões derivadas de exigências de poupança nos custos, de diminuição dos tempos de consulta e outras de natureza económica e organizacional (Ingelhart, 1998). Como consequência, tem-se generalizado a percepção de que os médicos põem em causa a prestação de cuidados centrada no paciente.

O estabelecimento de uma boa relação médico-doente apela a um leque de competências no qual se inclui a empatia médica. Esta é uma competência multidimensional, envolvendo a capacidade de identificar e perceber os pensamentos e sentimentos do doente e tomar a perspectiva do doente acerca do problema apresentado (Hojat et al, 2004). É importante marcar a distinção entre empatia e simpatia, pois estão uma de cada lado da fronteira entre a compreensão e a partilha emocional dos sentimentos do doente. A resposta emocional é mais característica de uma reacção simpática do que empática. A vertente cognitiva engloba a

capacidade de perceber os sentimentos e as experiências pessoais de cada paciente, assim como a capacidade de ver o mundo da perspectiva de outra pessoa. A vertente afectiva incorpora a capacidade de compreender as experiências e sentimentos das outras pessoas. Nas relações empáticas, a vertente cognitiva é dominante e o comportamento do médico é de compreensão e comunicação (Hojat, 2009) (Hojat et al, 2003). A empatia possui um papel importante nas relações interpessoais e tem surgido associada a efeitos positivos sobre os resultados clínicos (Davis, 2009) diminui as queixas dos pacientes (Rodriguez et al. 2008) e aumenta a satisfação com os médicos e com a qualidade de vida (Travaline, 2005).

Tratando-se de um atributo exercido fundamentalmente no acto clínico, a empatia é praticada e desenvolvida em contextos profissionais, ao longo de experiências de contacto com doentes. Tal significa que, apesar da sua importância crucial, a formação de médicos no que concerne à empatia terá lugar por processos de natureza experiencial, consoante as características dos ambientes de aprendizagem dos serviços em que o estudante de medicina, o interno de ano comum ou o interno de especialidade forem colocados (Dorman, 2006). Nessas circunstâncias, as oportunidades de aprendizagem surgem geralmente de forma desestruturada sendo ainda pouco compreendidos os processos que lhe são inerentes. Essa é aliás uma preocupação actual no que respeita a toda a aprendizagem clínica ao nível pós graduado (Swanwick 2005, Deketelaere 2006). Deketelaere (2006) sistematiza as experiências de aprendizagem clínica do médico em cinco vertentes: i. a agenda formal do internato; ii. a atitude do interno; iii. as oportunidades de desenvolvimento formais e informais disponibilizadas ao interno; iv. a visão do que é um internato e do investimento de que é merecedor do serviço que acolhe o interno; v. a postura do orientador, perante a constatação de que os processos segundo os quais o jovem médico desenvolve a sua identidade profissional e experiencia dependem de diversos factores e intervenientes.

Um desenvolvimento recente e de grande impacto internacional no estudo da empatia médica consistiu na construção de uma escala multidimensional específica para avaliação da empatia médica cujos resultados foram validados para a população médica do norte dos Estados Unidos. A aplicação da escala comprovou a sua capacidade em captar várias dimensões da empatia. Inicialmente aplicada aos estudantes de medicina da universidade de Jefferson, (Hojat et al. 2001, 2003, 2009 in press) constatou-se que as pontuações mais altas na escala de empatia estavam directamente associadas com o aproveitamento nas competências clínicas, de vertente mais prática, mas não tinham relação com as notas obtidas no exame final de graduação (United States Medical Licencing Examination, USMLE), de vertente mais teórica. A escala foi posteriormente modificada e aplicada a médicos.

Este instrumento foi um importante contributo para a educação médica, ao associar a empatia com diversas variáveis psicossociais que nos ajudam a compreender melhor esta questão. Numerosos estudos utilizaram JSPE numa abordagem compreensiva das diferentes variáveis que caracterizam o desempenho médico e relação médico-paciente. O desempenho académico e clínico, o sexo e as especialidades médicas são algumas das variáveis que foram comparados com a pontuação na JSPE (Hojat et al., 2002a; Hojat et al., 2002b; Hojat et al., 2003) . Não foi observada relação entre os scores de empatia e o desempenho clínico (Hojat et al., no prelo), mas foram encontradas associações significativas com competências clínicas (Hojat et al., 2002a; Hojat et al., 2003). Quanto à especialidade médica e empatia, os resultados sugerem que os médicos em especialidades “orientadas para o paciente” pontuaram mais alto do que aqueles em especialidades “orientadas para a tecnologia” (Hojat et al., 2003; Hojat et al., 2005). Além disso, os estudos revelam as diferenças de género na pontuação de empatia, com as mulheres a pontuarem mais alto do que os homens (Hojat et al., 2001; Hojat et al., 2002a; Hojat et al., 2002b; Hojat et al., 2003; Hojat et al. 2005; Hojat et al., no prelo).

Perante a sua característica eminentemente experiencial e pelo contexto em que é desenvolvida, é expectável que a aprendizagem da empatia seja fortemente influenciada pela cultura informal de cada serviço médico e que, em cada um, se constitua como uma parte da socialização e da cultura profissional. Por conseguinte, é fundamental aferir o atributo em variados contextos, o que requer a existência de um instrumento de medição validado . O objectivo deste trabalho foi realizar uma tradução e adaptação da JSPE para a população médica Portuguesa. Foi adaptada uma escala desenvolvida para os EUA , a JSPE, que para além do que já foi referido, assenta numa operacionalização de empatia que define objectivamente o(s) construto(s) que avalia, o que favorece a tradução e adaptação da mesma (Van de Vijver, 1996).

Para superar os potenciais problemas de inadaptação cultural do instrumento - que poderiam incluir por exemplo diferenças de conceitos (Van de Vijver, 1996)- associados à aplicação de uma tradução directa de uma escala, foi aplicada uma metodologia de adaptação rigorosa baseada na literatura (CAP, 2003; Van de Vijver, 1996; Geisinger, 1994; Behling, 2000) que considerou: i. as competências e os conhecimentos do tradutor sobre as línguas e as culturas das duas populações; ii. os procedimentos que incluíram a revisão da tradução; iii a revisão por indivíduos da população em estudo; iv. a utilização de amostras de grande dimensão e representativas da população alvo da escala.(CAP, 2003) De acordo com o recomendado, foi realizada a retro tradução da escala para língua original e comparadas as duas versões do instrumento (Behling, 2000).

## **Metodologia**

### *Instrumento*

A *Jefferson Scale of Physician Empathy revised (JSPE-R)*<sup>23</sup> é uma escala de auto-relato, constituída por 20 itens, desenvolvida para ser um instrumento de medida da empatia médica em contextos de prestação de cuidados de saúde. As respostas possíveis variam numa escala tipo lickert com 7 posições, em que 1 = a discordo fortemente e 7= a concordo fortemente. É uma escala breve (10 a 15 minutos) e de fácil preenchimento, que dispensa a presença do avaliador. Para efeitos de pontuação, os 10 itens formulados na negativa são recodificados inversamente. A empatia médica é tanto maior, quanto maior for o somatório das respostas de todas as componentes, num máximo de 140 pontos.

Para a construção da escala os autores definiram a Empatia Médica como “um atributo predominantemente cognitivo (e menos emocional) que envolve a compreensão (e não o sentimento) das experiências, preocupações e perspectivas do paciente, associada à capacidade de comunicar essa compreensão” (Hojat, 2007 p80). A estrutura original da escala apresenta três factores com *valor próprio* igual ou superior à unidade, que explicam 36% da variância total: Factor I – “tomada de perspectiva” (21%); Factor II – “compaixão” (8%) e Factor III – “capacidade de se colocar no lugar do paciente” (7%). Os Factores de I a III integram, respectivamente, dez, sete e dois itens.

### *Procedimentos*

A adaptação e validação da JSPE-R para a população médica portuguesa integrou procedimentos de natureza qualitativa e quantitativa. Foi mantido o número de itens da versão original, bem como a sua ordem de apresentação. Para a tradução, foi adoptada uma metodologia de “Tradução Directa Modificada”<sup>25</sup> seguida de uma “Retro tradução”. O primeiro passo envolveu um tradutor com entendimento detalhado do instrumento e conhecimentos de Português e de Inglês. Em seguida, dois indivíduos bilingues (um psicólogo e um médico) fizeram uma avaliação qualitativa da tradução e sugeriram modificações ao nível da redacção, utilização de sinónimos e alteração da estrutura gramatical. A versão portuguesa preliminar da JSPE-R era constituída por 20 itens que decalcaram a organização original. A avaliação desta versão implicou o preenchimento por sujeitos da população alvo. As suas sugestões de alteração, mais uma vez de natureza gramatical e de vocabulário, foram incorporadas pelos revisores bilingues e pelo tradutor, tendo-se chegado a uma versão de consenso. Numa fase final, procedeu-se à retroversão para a língua original feita por um tradutor independente e fluente em ambas as línguas. A retro tradução do instrumento foi aprovada pelo autor da escala original.

A recolha de respostas foi efectuada durante o mês de Junho de 2007. A versão traduzida da escala (JSPE-VP) foi remetida aos participantes anexada a uma carta de apresentação do estudo, juntamente com uma escala de avaliação da Aprendizagem ao Longo da Vida do Médico, de outro estudo feito em simultâneo e com um formulário de recolha de dados biográficos que solicitava um total de 10 elementos: idade, sexo, anos de serviço, nacionalidade, situação profissional, especialidade, local de trabalho, nota de graduação e nível de sensibilização para a Empatia e para a Aprendizagem ao Longo da Vida durante o ensino pré-graduado. A entrega e recolha da escala foi feita pela equipa de investigadores, com a colaboração dos Directores e Coordenadores de Serviços Hospitalares e de Centros de Saúde. As escalas preenchidas foram depositadas numa urna localizada no secretariado de cada serviço, em envelope fechado previamente disponibilizado. Alguns profissionais dos Centros de Saúde optaram pela devolução da escala por correio, num envelope selado e previamente entregue para o efeito.

#### *Participantes*

Responderam à escala 507 médicos em exercício de funções nos Centros Hospitalares, Hospitais e Centros de Saúde do distrito de Braga. Foram seleccionadas as 11 especialidades cujo número de profissionais no activo permitiriam obter um número suficiente de participantes que garantissem uma amostra equilibrada entre especialidades (Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Psiquiatria, Saúde Pública e Radiologia). De forma a assegurar a representatividade da amostra para a especialidade de Psiquiatria, foram incluídas na recolha duas instituições particulares de prestação de cuidados de saúde do mesmo distrito (Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga e Casa de Saúde São João de Deus em Barcelos) o que permitiu salvaguardar a representatividade na análise estatística.

Procedeu-se ao levantamento do número de médicos e de especialidades dessas instituições (1057) e do número de ausentes por motivos oficiais no intervalo de colecta de respostas à escala (197), tendo-se concluído que o máximo de respostas passível de recolha seria 860. Tendo em consideração os números anteriores, foi atingida uma taxa de resposta de 61% e 57%, respectivamente de clínicos Hospitalares (Centros Hospitalares e Hospitais) e de Centros de Saúde.

A amostra final, com 507 sujeitos, distribuiu-se pelas seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar (41%), Medicina Interna (13%), Pediatria (9%), Cirurgia Geral (8%); Ginecologia/Obstetrícia (6%), Ortopedia (6%), Anestesiologia (5%), Cardiologia (4%), Psiquiatria (3%), Saúde Pública (3%) e Radiologia (2%). As idades dos sujeitos variaram entre

os 25 e 69 anos, com uma média de 45 e um desvio padrão de 9.94, sendo que 52% dos sujeitos eram do sexo feminino

## Resultados

Os resultados de avaliação das qualidades métricas da JSPE-VP incidiram sobre a dimensionalidade e consistência interna dos itens que a compõem, duas das análises mais importantes na validação de escalas.<sup>26</sup> As análises de natureza quantitativa envolveram a avaliação da multidimensionalidade (análise factorial e de componentes principais) e da consistência interna da escala (coeficiente de correlação *alpha de Cronbach*).<sup>28</sup> As análises foram conduzidas no programa Statistic Package for Social Sciences (SPSS), versão 15.0 para Windows.

A dimensionalidade foi avaliada a partir do modelo de análise factorial exploratória e do método de análise dos componentes principais (ACP), tendo-se estudado diversas soluções ortogonais (rotação *varimax* com normalização *Keiser*). Como resultado, a solução factorial foi reduzida a três componentes. A análise factorial com restrição a três factores mostrou que estes explicam, no seu conjunto, 38% da variância total de resultados. Assumiram-se todos os factores com *valor próprio* igual ou superior à unidade e com um coeficiente de saturação igual ou superior a .35.

Os resultados obtidos na solução final, apresentados no quadro I, replicaram a distribuição da versão original da escala, embora com pequenas diferenças que se resumem abaixo.

O Factor I da versão portuguesa coincide totalmente com o Factor I da escala original “tomada da perspectiva”, explicando 16% da variância. É composto por dez itens, dos quais o representante mais forte é o item “Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.”.

O Factor II traduz a dimensão original “compaixão”, o seu item mais representativo é “As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; consequentemente, os laços afectivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.” que está formulado na negativa e explica 11% da variância de resultados. Este factor é composto por 4 itens, todos comuns ao Factor II da escala original.<sup>21</sup>

O Factor III “Capacidade de colocar-se no lugar do doente” é composto por quatro itens, dois dos quais são comuns com o Factor III da escala original e explica 11% da variância. É melhor representado pelo item inverso “É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.”.

No que se refere a observações não coincidentes entre as duas escalas, salienta-se que a distribuição factorial de 3 itens : (1) os itens #7 e #18 “Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.” e “Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.”, presentes no Factor II da escala original, surgem no Factor III da versão portuguesa; (2) o item #9 exibiu coeficientes de saturação superiores a .35 para o Factor I e o Factor III, tendo-se optado pela sua inclusão no Factor I, cujo coeficiente é mais elevado.

Foi realizada uma avaliação factorial de 2ª ordem com base na matriz de correlações identificada na análise factorial de 1ª ordem. Esta evidenciou uma estrutura uni factorial, legitimando a utilização da escala de uma forma global ou por dimensões (*valor próprio* do factor igual ou superior à unidade, explicando 57% da variância).

No quadro I pode observar-se a distribuição dos itens por factor, o *valor próprio* de cada factor, bem como a percentagem de variância por eles representada.

<b>Quadro I</b> Análise de Componentes principais por rotação <i>varimax</i> com normalização <i>Kaizer</i> , <i>valor próprio</i> dos factores e % de variância explicada			Factor				
	Ítem		JSPE -R	JSPE VP	1	2	3
Toma da perspectiva do doente	Empatia 2	Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.	1	1	,538		
	Empatia 4	Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal.	1	1	,429		
	Empatia 5	Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.	1	1	,524		
	Empatia 9	Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.	1	1	,543		,369
	Empatia 10	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.	1	1	,693		
	Empatia 13	Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal.	1	1	,484		
	Empatia 15	A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.	1	1	,521		
	Empatia 16	Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.	1	1	,714		
	Empatia 17	Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.	1	1	,576		
	Empatia 20	Acredito que a empatia é um factor terapêutico importante no tratamento médico.	1	1	,542		

Compaixão	empl_rec	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um factor irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.	2	2		,353	
	emp8_rec	A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.	2	2		,430	
	empl1_rec	As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; consequentemente, os laços afectivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.	2	2		,636	
	empl2_rec	Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um factor sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.	2	2		,581	
	empl4_rec	Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.	2	2		,566	
	empl9_rec	Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.	2	2		,472	
Capacidade de colocar-se no lugar do doente	emp3_rec	É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.	3	3			,824
	emp6_rec	Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes.	3	3			,771
	emp7_rec	Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.	2	3			,370
	empl8_rec	Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.	2	3			,385
		<i>Valor Próprio</i>			3,30	2,13	2,11
		% de variância explicada			16,5	10,7	10,6

No quadro II podem ser consultados os valores de consistência interna de cada um dos factores, com e sem exclusão de itens, bem como a correlação *item x total* para cada um dos itens. A avaliação da consistência interna da escala pelo índice *alpha de Cronbach* é de .79. A diminuição dos coeficientes de correlação de cada um dos factores, quando excluído cada um dos itens, indica que estes contribuem substancialmente para os factores em que estão integrados. No que se refere aos coeficientes de correlação *item x total*, é de salientar que sugerem bons índices de validade interna (poder discriminativo), excepto para o ítem #18, que ultrapassam o valor crítico .20 definido como o limite mínimo de um bom índice de validade.<sup>28</sup>



<b>Quadro II</b>			
Avaliação da consistência interna da escala, com e sem exclusão de itens e correlação <i>item x total</i>			
item	Correlação <i>item x total</i>	<i>alpha de Cronbach</i> se Item for excluído	<i>alpha de Cronbach Total</i>
emp1_rec	,256	,783	.79
Empatia 2	,317	,779	
emp3_rec	,419	,772	
Empatia 4	,257	,782	
Empatia 5	,295	,780	
emp6_rec	,373	,775	
emp7_rec	,340	,778	
emp8_rec	,363	,777	
Empatia 9	,370	,776	
Empatia 10	,487	,769	
emp11_rec	,424	,772	
emp12_rec	,318	,779	
Empatia 13	,404	,775	
emp14_rec	,408	,774	
Empatia 15	,375	,775	
Empatia 16	,547	,769	
Empatia 17	,310	,780	
emp18_rec	,232	,786	
emp19_rec	,183	,786	
Empatia 20	,438	,774	

De forma a comparar os resultados de cada um dos factores entre si e com a escala global foram calculadas as pontuações ponderadas de cada um dos factores, em função do número itens que os compõem. No quadro III podem consultar-se os resultados descritivos para cada um dos factores.

A distribuição dos resultados confirma a sensibilidade do instrumento nas diferentes componentes da Empatia.

Todos os factores apresentam uma média positiva. Dos quatro factores considerados, o Factor III “Capacidade de colocar-se no lugar do doente” apresenta a menor média, mas também o desvio padrão mais elevado. O factor com média mais elevada é o Factor II “compaixão”.

**Quadro III**

Estatística descritiva da JSPE-VP aplicada a uma população 507 médicos do Distrito de Braga

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tomada de perspectiva do doente	498	5,77	,70	3,20	7,00
Compaixão	500	5,98	,82	2,17	7,00
Capacidade de colocar-se no lugar do doente	498	5,06	,99	1,75	7,00
Escala Global	489	5,69	,60	3,15	7,00

**Discussão**

Este trabalho reporta a adaptação para o contexto português de uma Escala de aferição de Empatia médica. Para a adaptação, foram efectuados procedimentos qualitativos e quantitativos cujos resultados demonstraram a validade da versão portuguesa da JSPE-R. Os índices recolhidos a partir das respostas de 507 médicos de 11 especialidades diferentes do distrito de Braga, demonstraram a consistência interna ( $\alpha$  .79) e determinaram a distribuição factorial da versão traduzida.

A aplicação do modelo da análise factorial com três factores fixos resultou numa explicação da variância de aproximadamente 38%, o que se aproxima da variâncias explicada pelos 3 Factores da Escala Original (36%).

Embora, 2 itens não coincidam com a distribuição da escala original, nenhum item é excluído pela análise factorial, reafirmando a definição conceptual dos atributos da escala original. A atribuição dos itens 7 e 18 ao Factor 3 pode ser explicada diferenças na interpretação dos ítems entre as 2 amostras.

O coeficiente *alpha de Cronbach* foi de .79, muito próximo do obtido para a escala original (.81) e ultrapassando o valor de .70 mais comumente utilizado como critério de afirmação de consistência interna, demonstrando que a JSPE-VP é tão consistente como a versão original.

Os resultados mostram que o questionário aqui apresentado possui boas capacidades métricas e que estas, exceptuando dois itens, são semelhantes à versão original, justificando a sua utilização futura em investigação.

Por meio da aplicação futura da JSPE-VP no nosso país, a empatia dos médicos portugueses poderá ser comparada de forma consistente, a nível nacional e internacional. Nacionalmente, a disseminação deste instrumento de avaliação a outros contextos potenciará a comparação do nível de empatia dos médicos em Portugal. Os resultados do JSPE-VP poderão, ser utilizados como indicadores da qualidade da formação, contribuindo como um instrumento para a investigação das características da nossa população médica e de estudantes de medicina.

Uma aplicação longitudinal do instrumento, poderá monitorizar os resultados de políticas de incentivo desta competência. Estudos transversais poderão identificar perfis de diferentes grupos (especialidade, formação, idade).

A aplicação da JSPE-VP no contexto das instituições onde tenha lugar aprendizagem clínica poderá fornecer elementos essenciais para a caracterização dos respectivos ambientes educativos e das suas disparidades, facto particularmente interessante para as escolas médicas e para a formação dos futuros profissionais.

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem a todos os que contribuíram para este estudo, preenchendo ou promovendo o preenchimento da escala. Agradecem também à Professora Doutora Ana Paula Soares do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, pelos contributos no processo de validação e aos Doutores Joseph Gonnella e Mohammadreza Hojat do *Center for Research in Medical Education and Health Care* do *Jefferson Medical College* de Filadélfia (EUA) pela consultoria e apoio sempre presentes.

### **Bibliografia**

- Comissão para a adaptação portuguesa das directrizes internacionais para a utilização de testes: Directrizes Internacionais para a Utilização de testes – versão portuguesa. Cegoc-Tea, 2003
- Behling, O & Kenneth SL: *Translating Questionnaires and Other Research Instruments: Problems and Solutions. Sager University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*, series nº07-131. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000
- Davis, M. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15: 76-79.
- Deketelaere A , Kelchtermans G , Struyf E & De Leyn P. (2006) Disentangling clinical learning experiences: an exploratory study on the dynamic tensions in internship. *Med Educ* 2006: 908-915
- Dornam, T. (2006). *Experience Based Learning—Learning Clinical Medicine in Workplaces*. Manchester: Datawise/Universitaire Pers Maastricht
- Ingelhart , J. Forum on the future of academic medicine: session IV – the realities of the health care environment. *Acad Med* 1998; 73: 956– 61.).
- Geisinger, KF: Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment* 1994; 6:4:304-312

- Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *JHSA Spring*: 412- 450.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S., Isenberg, G., Veloski, J., Gonnella, J. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. In press.
- Hojat M. (2007) Empathy: A Key Element in Patient-Centered Care Jefferson Scale of Physician Empathy. New York NY: Springer, 2007
- Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, S., Nasca, T., Vergare, M. & Gonnella, J. (2005). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 39: 1205-1215.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38: 934–941.
- Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T. & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: experience with The Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1(1): 25-41.
- Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T., Veloski, J., Erdmann, J., Callahan, C. & Magee, M. (2002a). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36:522–527.
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., & Vergare, M., Magee, M. (2002b). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*, 159:1563–1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Cohen, M., Gonnella, J., Erdmann, J., Veloski, J., Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2): 349-365.
- Rodriguez, H., Rodday, A., Marshall, R., Nelson, K., Rogers, W., & Safran, D. (2008). Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1): 5-12.
- Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education from cognitivism to 'culturism'. *Med Educ*, 39, 859-865.
- Travaline, J., Ruchinskas, R. & D'Alonzo, G. (2005). Patient-Physician Communication : why and how. *JAOA*, 105(1): 13-18.
- Van de Vijver, F. & Hambleton, R: Translating Tests: Some Practical Guidelines. *European Psychologist* 1996; 1:89-99