
LINGUAGEM MULTIDIMENSIONAL EMPÁTICA NA RELAÇÃO MÉDICO-
PACIENTE EM TEMPOS DE PANDEMIA

EMPATHIC MULTIDIMENSIONAL LANGUAGE IN THE DOCTOR-PATIENT
RELATIONSHIP IN PANDEMIC TIMES

HERMES, Elisangela Giroto Carelli/UEMS/PÓS-DOUTORADO/PPGLETRAS

MACIEL, Ruberval Franco/UEMS/SUPERVISOR

RESUMO

Introdução - A imersão empática no universo dos graduandos em medicina, mediada pelos relatos de suas vivências, pela análise dos seus comportamentos e movimentos expressivos, e pela leitura dos seus escritos, é a via para determinar e analisar o que os alunos realmente vivenciam no processo formacional e educativo. É necessário que o futuro clínico descentre-se da sua habitual leitura de mundo para que possa contextualizar subjetiva e socialmente sua experiência clínica. **Objetivo** - investigar como as diferentes formas de acesso à perspectiva de linguagem do outro pode colaborar para o manejo clínico. É possível trabalhar a linguagem empática em tempos de pandemia em ambiente remoto de aprendizagem? **Método** - além dos Padrões para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (SRQR) foram utilizados dois protocolos: IRI e JERFFERSON para autoavaliação da empatia para estudantes de medicina; assim como recursos metodológicos aplicados no módulo de Habilidades de Comunicação, Liderança e Gestão (HCLG) da UEMS, Brasil. Realizou-se grupos focais com os alunos da 1ª e 2ª séries de graduação em Medicina no ano de 2021. O material transcrito foi analisado baseando-se na teoria da linguística aplicada e translíngua; sentimento e significado; teoria da Comunicação Não Violenta – CNV e a antropologia médica como marcos teóricos. **Resultado** - os escores gerais dos dois instrumentos de autoavaliação da empatia clínica nos estudantes do 1º e 2º anos de medicina mostraram alta performance. **Conclusão** - treinar o estudante de medicina a desenvolver uma escuta empática, que não seja direcionada apenas aos sintomas da doença em si, permite entender o paciente como ser humano em todas as suas dimensões: biopsicossocial e espiritual. O encontro clínico revela que os fatos não falam por si mesmos, é pela narrativa que eles ganham sentido.

PALAVRAS-CHAVE: Linguagem; Educação Médica; Medicina; Fonoaudiologia.

RESUMEN

Introducción - La inmersión empática en el universo de los estudiantes de medicina, mediada por los relatos de sus experiencias, por el análisis de sus comportamientos y movimientos expresivos, y por la lectura de sus escritos, es la forma de determinar y analizar lo que realmente los estudiantes experimenta en el proceso formativo y educativo. Es necesario que el futuro clínico se desenfoque de su lectura habitual del mundo para que pueda contextualizar subjetiva y socialmente su experiencia clínica. **Objetivo** - investigar cómo las diferentes formas de acceder a la perspectiva del lenguaje del otro pueden contribuir a la gestión clínica. ¿Es posible trabajar el lenguaje empático en tiempos de pandemia en un entorno de aprendizaje a distancia? **Método** - además de los Estándares para Informes de Investigación Cualitativa (SRQR), se utilizaron dos protocolos: IRI y JERFFERSON para autoevaluación de empatía para estudiantes de medicina; así como recursos metodológicos aplicados en el módulo Habilidades de Comunicación, Liderazgo y Gestión (HCLG) en XXXX, Brasil. Se realizaron grupos focales con estudiantes de 1° y 2° año de la carrera de Medicina en el año 2021. El material transcrito fue analizado con base en la teoría de la lingüística aplicada y el translenguaje; sentimiento y significado; teoría de la Comunicación No Violenta – CNV y la antropología médica como marcos teóricos. **Resultado** - Los puntajes generales de los dos instrumentos de autoevaluación de empatía clínica en estudiantes de 1° y 2° año de medicina mostraron alto desempeño. **Conclusión** - entrenar al estudiante de medicina para desarrollar una escucha empática, que no se dirija sólo a los síntomas de la propia enfermedad, permite comprender al paciente como ser humano en todas sus dimensiones: biopsicosocial y espiritual. El encuentro clínico revela que los hechos no hablan por sí solos, es a través de la narración que adquieren sentido.

PALABRAS CLAVE: Idioma; Educación médica; Medicamento; Patología del habla y Lenguaje.

ABSTRACT

Introduction - The empathic immersion in the universe of medical students, mediated by the reports of their experiences, by the analysis of their expressive behaviors and movements, and by reading their writings, is the way to determine and analyze what students really experience in the process training and education. It is necessary for the future clinician to defocus from their usual reading of the world so that they can subjectively and socially contextualize their clinical experience. **Objective** - to investigate how the different ways of accessing

the language perspective of the other can contribute to clinical management. Is it possible to work empathic language in times of pandemic in a remote learning environment? **Method** - in addition to the Qualitative Research Reporting Standards (SRQR), two protocols were used: IRI and JERFFERSON for self-assessment of empathy for medical students; as well as methodological resources applied in the Communication Skills, Leadership and Management (HCLG) module at XXXX, Brazil. Focus groups were held with students from the 1st and 2nd grades of undergraduate Medicine in 2021. The transcribed material was analyzed based on the theory of applied linguistics and translanguaging; feeling and meaning; Non-Violent Communication theory – CNV and medical anthropology as theoretical frameworks. **Result** - the overall scores of the two self-assessment instruments of clinical empathy in 1st and 2nd year medical students showed high performance. **Conclusion** - training the medical student to develop an empathic listening, which is not directed only at the symptoms of the disease itself, allows understanding the patient as a human being in all its dimensions: biopsychosocial and spiritual. The clinical encounter reveals that the facts do not speak for themselves, it is through the narrative that they gain meaning..

KEY WORDS: Language; Education, Medical; Medicine; Speech, Language and Hearing Sciences.

INTRODUÇÃO

A empatia é considerada um instrumento de acesso à experiência subjetiva do paciente. A imersão empática no universo dos graduandos em medicina, mediada pelos relatos de suas vivências, pela análise dos seus comportamentos e movimentos expressivos, e pela leitura dos seus escritos, é a via para determinar e analisar o que os alunos realmente vivenciam no processo formacional e educativo. É necessário que o futuro clínico descentre-se da sua habitual leitura de mundo para que possa contextualizar subjetiva e socialmente sua experiência clínica.

Situações desafiadoras na relação médico-paciente farão parte da experiência clínica dos futuros profissionais de saúde, principalmente em tempos de pandemia, seja na construção conjunta do cuidado; o desejo de conhecer o diagnóstico contrastado com

a hesitação em informá-lo; o manejo entre o controle dos sintomas e efeitos colaterais para a negociação da medicação; o esforço por se aproximar da experiência do usuário; e a crise como um limite da empatia. Visto isso, faz-se necessário compreender melhor quais sentimentos estão envolvidos nas relações humanas e seu significado no contexto clínico.

Estudos recentes de Schweller (2014) comprovam a importância de se trabalhar em ambiente escolar as competências híbridas, tais como comunicação (*hard skills x soft skills*), criatividade, empatia, autogestão e pensamento crítico. Tais competências são fundamentais para o desenvolvimento integral do ser humano do século XXI. As atividades pedagógicas e até mesmo domiciliar precisam desenvolver tais competências nos alunos, para assim, o desenvolvimento intelectual e emocional caminharem juntos. Nossas competências socioemocionais estão sendo colocadas à prova nesse contexto de crise e/ou pandemia. Para lidar com insegurança, ansiedade, medo, isolamento, mudança de rotinas e indefinições é preciso ter empatia, resiliência, foco, responsabilidade, cuidado consigo e com o outro, entre outras competências.

Rizzolatti define a empatia da seguinte forma:

(...) consiste na capacidade de entender a situação emocional dos outros através das próprias representações neurais e orgânicas. É um mecanismo automático que nos permite identificar com as emoções e agir em função disso. A empatia obedece a um mecanismo relativamente simples que une a representação e a ação de forma imediata. Este mecanismo relaciona-se provavelmente com os neurónios-espelho, identificados no córtex pré-frontal do macaco. Os neurónios pré-motores geralmente ativam-se quando o animal se prepara para agir; mas também se ativam quando o animal observa a ação a ser executada por outros, ou mesmo quando só observa a intenção de agir (1996, p. 131).

Estas evidências apontam para a ideia de que a empatia tem uma base neurofisiológica, e que está na origem da motivação para agir em favor dos outros.

Os trabalhos de Langford *et al* (2006) mostraram que o mesmo mecanismo está ativo nos ratos, que empatizam com a dor dos companheiros, mas não com a dor de ratos estranhos, e vão no sentido de considerar que a empatia é uma resposta emocional bastante difundida nos animais parentais.

Langford *et al* explica dois mecanismos, a empatia emocional e a empatia cognitiva, onde cita:

(...) quanto mais próximo for o objeto da empatia, tanto mais fácil será ativar as respostas motoras e autonômicas do sujeito. Inversamente, objetos distantes e diferentes não evocarão a resposta empática. Este parece ser um dos processos pelos quais se lida com o que é interno e com o que é externo à família e ao grupo de pertença. À empatia emocional acresce a empatia cognitiva, que é a capacidade para avaliar as razões para a emoção dos outros. Este tipo de empatia, que se encontra presente nos primatas capazes de elaborar uma teoria da mente, é mais avançada do que a empatia emocional e pressupõe a sua existência. Permite avaliar a situação e prestar uma ajuda adequada. Nos humanos, a cooperação, a mentalização e a linguagem constituem a base para o desenvolvimento do sentido de si, dos outros e do mundo, e também para o desenvolvimento das representações simbólicas (narrativas) e para a reflexividade (2006).

Em 1983, surgiu o termo abordagem multidimensional da empatia, o que permitiu uma visão ampla e inclusiva de seu significado, considerando possíveis diferenças entre indivíduos. Dessa forma, o conceito de empatia contém um componente afetivo, a capacidade de se sensibilizar com as experiências do outro, e um componente cognitivo, a capacidade de entender o outro e comunicar esse entendimento, associada à intenção de ajudar (DAVIS, 1983).

As intervenções de ensino descritas nesta pesquisa Pós-Doutoral abordam a empatia como um conceito multidimensional, considerando seus componentes afetivo e cognitivo. Nesse sentido, objetiva-se investigar como as diferentes formas de acesso à perspectiva de linguagem do outro pode colaborar para o manejo clínico. É possível

trabalhar a linguagem empática em tempos de pandemia em ambiente remoto de aprendizagem? Quais as atuais demandas do processo ensino-aprendizagem para a formação médica? A respeito da comunicação não violenta, quais os paradigmas do comportamento social no momento da pandemia da COVID-19?

MÉTODO

Esta pesquisa apresenta uma proposta de estudo qualitativo através da análise do discurso dos graduandos em medicina sobre a dimensão empática na relação médico-paciente para formar o profissional da saúde. Utilizou-se todos os recursos didático-pedagógicos aplicados no módulo de Habilidades de Comunicação, Liderança e Gestão (HCLG) do curso de graduação em medicina na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS, Brasil.

Realizaram-se encontros entre a pesquisadora e professoras do referido módulo junto aos graduandos do 1º e 2º séries de graduação em Medicina, ano 2021, por meio de grupos focais, estritamente por videoconferência. Tais medidas foram tomadas respeitando a necessidade de distanciamento social preconizados pelo Comitê de Biossegurança, recomendação da Organização Mundial de Saúde bem como do Ministério da Saúde do Brasil para o controle da pandemia da COVID-19.

O material transcrito foi submetido à interpretação e análise, categorizado por dois professores doutores e pesquisadores com graduação na área da saúde (Fonoaudiologia e Letras), de forma voluntária, e validado pelo pesquisador e supervisor do estágio pós-doutoral, na linha de pesquisa Estudos de Linguagem e Linguística Aplicada/UEMS, baseando-se na teoria da linguística aplicada e translanguagem (PENNYCOOK, 2017; MACIEL & FERRARI, 2017); sentimento e significado (LEMKE, 2010;

PEREIRA, 2019); teoria da Comunicação Não Violenta – CNV (ROSENBERG, 2006) e a antropologia médica como marcos teóricos.

As narrativas estudadas foram organizadas em duas grandes categorias temáticas:

1. Autoavaliação da empatia nos estudantes de medicina através de dois protocolos - Jefferson e IRI (SCHWELLER, 2014); 2. Autorreflexão sobre técnicas de comunicação não violenta (CNV), são elas: a) observar sem julgar; b) sentir (identificar, expressar e assumir a responsabilidade por nossos sentimentos); c) necessidade (entender as razões envolvidas); d) pedir aquilo que enriquecerá a nossa vida (ROSENBERG, 2006).

Sobre os protocolos de autoavaliação, detalha-se:

Índice de reatividade interpessoal - IRI

Um dos instrumentos mais utilizadas no contexto da educação médica é o Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), desenvolvido por Davis. Em consonância com sua ideia de que a empatia é um construto multidimensional, o IRI é composto por 28 itens divididos igualmente em quatro subescalas: Perspective Taking (PT), Fantasy (FS), Empathic Concern (EC) e Personal Distress (PD). Cada item recebe uma pontuação de zero (não me descreve bem) a cinco (descreve-me muito bem).

Um item típico da subescala PT é “Imagino como as pessoas se sentem quando eu as crítico”; a subescala FS pode ser representada pelo item “Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções”; o item “Fico comovido com os problemas dos outros” exemplifica a subescala EC; e “Tendo a perder o controle durante emergências” representa a subescala PD. O IRI foi adaptado e validado para a língua Portuguesa na realidade do Brasil, sendo retirada a subescala fantasia devido a especificidades culturais do país de origem, com respostas obtidas em escala *Likert* de cinco pontos.

Escala jefferson de empatia médica (JSPE)

A Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE) teve como foco inicial a avaliação de estudantes de medicina, sendo posteriormente adaptada para médicos formados e outros profissionais da área da saúde. O modelo atual da versão para estudantes de medicina da escala é composto por 20 itens, com três fatores principais.

O primeiro componente, de nome Perspective Taking (PT), é composto por dez itens, por exemplo, “Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem os seus sentimentos”; o segundo fator, Compassionate Care (CC), tem oito itens, sendo um deles “Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças”; e dois itens compõem o terceiro fator, Standing in the Patient’s Shoes (SPS), por exemplo, “Os médicos deveriam tentar colocar-se no lugar dos seus pacientes quando estão cuidando deles”.

Por ser uma escala do tipo Likert, a cada uma das 20 afirmações da JSPE é atribuído um valor de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente), o que resulta em um mínimo de 20 e um máximo de 140 pontos. A metade dos itens é considerada positiva, tendo pontuação direta, e a outra metade negativa, com pontuação reversa. Essa organização diminui a tendência de que o estudante concorde ou discorde constantemente dos itens.

Por ter sido desenhado especificamente para a avaliação de empatia na relação médico-paciente, a JSPE é a escala em primeira pessoa mais utilizada no mundo em pesquisas com educação médica, tendo sido traduzida e validada em 42 línguas. Na tradução e validação para a língua Portuguesa do Brasil encontraram, na análise fatorial, o componente Compassionate Care como fator principal da escala na realidade cultural Brasileira (PARO, 2013).

Uma característica inerente ao uso de instrumentos autoaplicados é a possibilidade de respostas ajustadas ao que se considera desejável ou socialmente mais aceito. Esse fator pode interferir nos resultados, mas seu peso depende do objetivo do teste no ponto de vista de quem o responde.

Quando é utilizado de forma confidencial, em caráter de pesquisa aprovada por um comitê de ética, sem a finalidade de seleção para vagas ou punição, a interferência é menor. No entanto, o principal viés relacionado ao uso de escalas em primeira pessoa para avaliação de empatia é a possível discrepância entre a empatia autoavaliada pelo sujeito e seu comportamento nos cenários reais de prática. Sem dúvida, a percepção do sujeito sobre sua própria empatia é uma medida indireta do que é realmente percebido pelo paciente, mas existe evidência de associação entre a intenção e o comportamento.

Sobre a teoria da CNV, cita-se:

Teoria da comunicação não violenta (CNV)

A CNV consiste no processo de tomada de consciência interna (do que está acontecendo dentro de mim) e externa (o que está acontecendo com o outro) dentro do processo comunicativo (ROSENBERG, 2006).

Nesse processo, busca-se seguir quatro passos para promover uma comunicação mais assertiva. Inicialmente busca-se a autoanálise do comportamento comunicativo e, seguidamente, aplica-se a análise do comportamento comunicativo do outro.

Primeiro passo - OBSERVAÇÃO (1º momento – observação própria; 2º momento - observação do outro). Fazer observações sobre as ações ou falas que estão incomodando ou gerando conflito, em uma discussão, por exemplo. É importante que essas observações sejam baseadas em fatos, e não por inferências acerca do que a pessoa quis dizer com suas atitudes.

Segundo passo - SENTIMENTO (1º momento – sentimento próprio; 2º momento - sentimento do outro). Depois de observar o que causou o conflito, pode-se perceber e identificar quais são os sentimentos que estão sendo aflorados internamente a partir da atitude do outro. Pergunte-se: “Estou sentindo raiva? Frustração? Medo? Preocupação? Alívio?”. Nesse momento é fundamental utilizar palavras que sejam, de fato, sentimentos e não julgamentos. Por exemplo, na frase: “estou me sentindo ignorado”, isso não é de fato um sentimento, pois a palavra descreve a ação de uma terceira pessoa “você está me ignorando”. Então o ideal seria se perguntar: “se estou com a sensação de que estou sendo ignorada, o que eu de fato sinto?”

Esse exercício é importante não porque busca-se enganar ou retirar a responsabilidade do outro pelas ações dele, mas sim porque o interlocutor quer aumentar suas chances de escuta quando for falar sobre algo. Por exemplo: “Estou me sentindo triste com o que aconteceu” ao invés de “estou me sentindo ignorado(a) por você”; assim as chances de ser escutado são maiores.

Terceiro passo – NECESSIDADES (1º momento – necessidade própria; 2º momento - necessidade do outro). Após nomear os sentimentos, pode-se então identificar as necessidades que são apontadas por eles. Se estamos nos sentindo frustrados, qual foi a necessidade que não foi atendida e que gerou essa frustração? Recomenda-se comunicar as próprias necessidades se responsabilizando por elas. Exemplos: a. comunicação não assertiva - “estou irritada porque vocês não me ouvem”; b. comunicação assertiva - “estou irritada porque eu estou sobrecarregada de trabalho e gostaria de chegar na reunião e encontrar compreensão. Cooperação é algo importante para convivermos bem e gostaria de conversar sobre os acordos que vão nos ajudar a conviver melhor aqui no trabalho”.

Quarto passo – PEDIDO (1º momento – próprio; 2º momento - pedido do outro). Depois de entender melhor do que preciso, pode-se fazer ao outro um pedido claro para que minhas necessidades sejam atendidas. Todas as quatro etapas da CNV acontecem durante o diálogo. Isto é, pode-se comunicar ao outro a minha observação a partir do que ele fez ou falou, depois explicar o que senti a partir dessas atitudes, do que preciso e não está sendo suprido e então, fazer um pedido claro do que preciso.

Muitas vezes cumprir os quatro passos da CNV pode ser difícil por falta de clareza do que observo, quero ou até mesmo ter receio de receber um “não” como resposta. A Comunicação Não Violenta é um convite para conversas mais assertivas. Para que um vínculo de confiança se estabeleça preciso comunicar: necessidades e pedidos de maneira que o outro tenha clareza sobre como poderia ajudar e vice-versa.

Visto isso, a coleta do trabalho narrativo produzido pelos estudantes de medicina aconteceu da seguinte forma: 1ª. momento (1 dia) – apresentação do projeto aos alunos por videoconferência; envio/coleta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via e-mail do grupo; 2º momento (3 meses) – encontros semanais virtuais na plataforma *Microsoft Teams*, com duração de aproximadamente 2 horas semanais, com dia e hora previamente agendados entre pesquisador/professor e alunos, divididos em grupos focais para: reflexão e clarificação das leituras sobre empatia clínica de forma grupal; vivência reflexiva do comportamento comunicativo nas relações cotidianas através das propostas do livro “Comunicação Não Violenta”; 3ª. momento (1 semana) - aplicação dos protocolos de autoavaliação da empatia clínica (IRI e JEFFERSON), apresentação dos resultados pelos alunos de forma oral grupal através de videoconferência e postagem escrita na plataforma *Moodle*; 4ª. momento (1 mês) – análise do discurso junto à literatura; 5ª. momento (2 meses) – produção do artigo.

A presente pesquisa foi encaminhada para análise e aprovada pelo Parecer nº 4.665.398 (Plataforma Brasil) junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por envolver investigação em seres humanos, seguindo as recomendações da Resolução 510/2016 e 466/12 do CNS quanto aos benefícios e riscos da pesquisa. A colaboração voluntária dos alunos contribuirá para o avanço das práticas clínicas através do melhor entendimento da relação médico-paciente em tempos de pandemia, e assim os futuros profissionais médicos poderão aplicar uma comunicação mais eficaz e segura. Sobre os riscos, cabe dizer que são admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses. O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deverá comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

O pedido de estágio pós-doutoral seguiu a Resolução CEPE (UEMS, 2018), que declara: “Art. 2º O objetivo do Estágio Pós-Doutoral é atualizar e consolidar os conhecimentos ou efetuar o eventual redirecionamento da linha de pesquisa do Estagiário de Pós-Doutorado”. “Art. 9º. *Parágrafo único*. Durante o período de vigência, os estagiários de Pós-Doutorado, regularmente admitidos, poderão colaborar com os cursos de graduação e pós-graduação, ministrando disciplinas ou orientação, desde que aprovado pelo Colegiado do Curso e sob supervisão de docente da Universidade”. “Art. 16. Toda publicação que resultar da realização do Estágio deverá mencionar a condição de Estagiário de Pós-Doutorado, como o local de sua realização”.

Análise qualitativa

Utilizou-se os Padrões para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (SRQR) que consistem em 21 itens. O SRQR inclui título e resumo do artigo (itens 1 e 2); formulação do problema e questão de pesquisa (itens 3 e 4); desenho da pesquisa; métodos de coleta e análise de dados (itens 5 a 15); resultados, interpretação, discussão e integração (itens 16 a 19); e outras informações (itens 20 e 21) (O'BRIEN *et al*, 2014).

A pesquisa qualitativa contribui para a literatura em muitas disciplinas ao descrever, interpretar e gerar teorias sobre interações sociais e experiências individuais conforme ocorrem em situações naturais, em vez de experimentais. Alguns exemplos recentes incluem estudos de dilemas profissionais, experiências iniciais de estudantes de medicina de aprendizagem no local de trabalho, experiências de doenças e intervenções de pacientes, e as perspectivas dos pacientes sobre divulgação de incidentes (O'BRIEN *et al*, 2014).

O objetivo da pesquisa qualitativa é compreender as perspectivas / experiências de indivíduos ou grupos e os contextos em que essas perspectivas ou experiências estão situadas. A pesquisa qualitativa é cada vez mais comum e valorizada na literatura médica e de educação médica.

Grupo focal: definições e finalidades

Entende-se grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais. O grupo focal é uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a

compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

O grupo focal difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (TRAD, 2009).

RESULTADOS

Os resultados da amostragem serão apresentados de modo individual e média grupal para melhor consolidar as respostas que foram mais positivas ou mais negativas pela maioria dos respondentes. Os dados foram tabulados e tratados por análise estatística entre os números brutos e absolutos gerados, respeitando as particularidades da pontuação reversa aplicada em questões específicas dos instrumentos.

A seguir serão apresentados os resultados da amostragem, obtidos por 22 respondentes de uma população de 59 alunos, escolhidos de modo aleatório. Sobre os grupos focais, detalha-se: Grupo focal 1 – composto por 11 respondentes utilizando o instrumento IRI e CNV; Grupo focal 2 – composto por 11 respondentes utilizando o instrumento JEFFERSON e CNV. Importante observar que as letras contidas no cabeçalho das tabelas representam as respostas individuais dos alunos e no rodapé encontram-se os escores somados de modo individual e média grupal.

Resultados do instrumento – IRI

A seguir será apresentada uma reprodução das perguntas conforme o Índice de Reatividade Interpessoal – IRI, e os resultados seguindo a escala *Likert* de 0 (menos empático) a 5 (mais empático).

Tabela 1. Escores sobre o quesito TOMADA DE PERSPECTIVA (TP)

Perguntas/Respostas (cada letra representa um aluno)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4
2. Quando há desacordo, tento atender a todos os pontos de vista, antes de tomar uma decisão.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3. Por vezes, tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4
4. Quando tenho a certeza de que tenho razão sobre algum assunto, não perco tempo a ouvir o argumento dos outros	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5
5. Acredito que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5
6. Quando estou aborrecido/a com alguém, geralmente tento colocar-me no seu lugar por um momento.	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4
7. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Soma da subescala por aluno	32	33	31	31	29	30	29	30	31	29	30

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 1 representa a habilidade de se colocar no lugar do outro, tomar a perspectiva das pessoas e imaginar o que elas estão a pensar e sentir. A 1ª. e 4ª. perguntas da tabela, cor escura, representam pontuação reversa. Pontuação máxima dessa subescala equivale a 35 pontos. Média alcançada pelo grupo equivale a 30 pontos.

Tabela 2. Escores sobre o quesito CONSIDERAÇÕES EMPÁTICAS (CP)

Perguntas/Respostas (cada letra representa um aluno)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu.	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
2. Às vezes não sinto muita pena quando as outras pessoas estão com problemas.	1	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
3. Quando vejo que estão a se aproveitar de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.	5	5	5	5	5	4	1	2	5	2	5
4. As desgraças dos outros não costumam me perturbar muito.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5. Quando vejo uma pessoa a ser tratada injustamente, nem sempre sinto muita pena dela.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Fico muitas vezes emocionado/a com coisas que vejo acontecer.	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	3
7. Descrevo-me como uma pessoa de coração mole.	5	4	4	3	2	3	2	3	4	3	3
Soma da subescala por aluno	29	33	33	31	29	30	29	27	32	29	31

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 2 avalia a motivação para ajudar outra pessoa, ou seja, comportamento pró-social. A 1^a., 4^a. e 5^a. perguntas da tabela, cor escura, representam pontuação reversa. A pontuação máxima esperada nessa subescala equivale a 35 pontos. A média desse grupo pontuada equivale a 29,9 pontos.

Tabela 3. Escores sobre o quesito ANGÚSTIA PESSOAL (AP)

Perguntas/Respostas (cada letra representa um aluno)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1. Em situações de emergência, sinto-me desconfortável e apreensivo/a	2	3	3	3	3	4	4	4	2	2	3
2. Às vezes sinto-me vulnerável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4
3. Quando vejo alguém ficar ferido, tendo a permanecer calmo/a	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3
4. Estar numa situação emocional tensa, assusta-me.	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3
5. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.	2	2	3	4	3	2	3	3	4	3	3
6. Tendo a perder o controle em situações de emergência.	4	5	5	5	3	4	5	4	5	5	5
7. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido/a.	4	4	4	5	5	4	5	4	5	4	4
Soma da subescala por aluno	22	24	25	27	24	25	27	25	26	23	25

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 3 expressa sensações subjetivas de incômodo ou ansiedade diante de situações de emergência. A 6^a e 7^a. perguntas da tabela, cor escura, representam pontuação reversa. Pontuação máxima esperada equivale a 35 pontos. A média alcançada nesse grupo equivale a 24,8 pontos. Constatou-se que a média do score geral do instrumento IRI atingida pelo grupo equivale a 84,7 pontos.

Sabendo que a pontuação máxima esperada equivale a 105 pontos, o grupo evidencia autorreferência comportamental empática de alta performance (acima de 70 pontos).

Resultados do instrumento – JEFFERSON

Tabela 4. Escores sobre a Escala Jefferson de Empatia Médica (JSPE-S) - versão estudantes

Perguntas/Respostas (cada letra representa um aluno)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1. A compreensão dos médicos em relação em aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares não tem relação ao tratamento clínico ou cirúrgico.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4
2. Os pacientes sentem-se melhor quando os médicos compreendem seus sentimentos	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	6
3. É difícil para um médico ver as coisas na perspectiva do paciente.	4	3	4	4	5	3	3	3	4	5	4
4. Compreender a linguagem não verbal (corporal) é tão importante quanto compreender a linguagem verbal nas relações médico-paciente.	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	4
5. O senso de humor de um médico contribui para resultados clínicos melhores.	5	6	5	5	7	5	4	3	4	4	7
6. Considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as questões na perspectiva do paciente.	3	4	5	2	4	3	5	3	4	3	3
7. Prestar atenção às emoções dos pacientes não é importante ao se obter a história clínica.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
8. A atenção às experiências pessoais dos pacientes não influencia os resultados do tratamento.	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7
9. Os médicos deveriam tentar se colocar no lugar de seus pacientes enquanto estão cuidando deles.	6	7	6	6	6	5	5	4	7	6	6
10. Os pacientes valorizam a compreensão que os médicos têm dos seus sentimentos, o que é terapêutico por si próprio.	6	7	3	6	6	7	5	6	7	7	5
11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos, assim os laços emocionais estabelecidos entre	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6

médico-paciente não têm influência significativa no tratamento médico ou cirúrgico.											
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas.	7	7	6	6	6	6	5	5	5	7	7
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça de seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à linguagem corporal.	7	5	7	6	5	5	5	5	7	7	6
14. Eu acredito que as emoções não tem qualquer participação no tratamento das doenças.	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6
15. A empatia é uma habilidade médica terapêutica, sem ela o sucesso do médico é limitado.	7	4	7	7	6	7	7	6	7	7	5
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes, é um componente importante na relação médico-paciente.	7	7	7	6	7	7	6	5	7	7	7
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes, para prestarem melhores cuidados.	4	3	6	6	5	4	5	3	4	6	6
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com seus pacientes e as famílias.	4	4	2	3	4	1	2	1	3	1	4
19. Não aprecio literatura não médico ou outras formas de arte.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Soma da subescala por aluno	12	11	12	12	12	11	11	10	12	12	11
	3	7	1	0	7	6	3	6	2	3	4

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 4 demonstra que o escore médio grupal foi de 118,3 pontos, sendo a pontuação máxima esperada 140 pontos. Esse resultado significa orientação comportamental empática satisfatória. Itens sombreados (1,3,6,7,8,11,12,14,18,19,20) são pontuação reversa.

DISCUSSÃO

Ao reconhecer e respeitar a narrativa do aluno, o docente abre mão da presunção de entendê-lo melhor do que o próprio sujeito. Treinar o estudante de medicina a desenvolver uma escuta empática, que não seja direcionada apenas aos sintomas da doença em si, permite entender o paciente como ser humano em todas as suas dimensões: biopsicossocial e espiritual.

Diante da perspectiva da totalidade e complexidade da natureza humana, o contexto biológico refere-se a nossa composição genética, composição enquanto organismo vivo, que sofre mudanças conforme o ambiente em que vive. Os aspectos psicológicos constituem-se no sentir, pensar, no comportamento, na atribuição de sentidos e nas emoções. O homem em sua esfera social absorve os ensinamentos e valores da cultura em que está inserido. As trocas de experiências entre os pares, os papéis socialmente construídos e as leis que regem as condutas individuais e grupais fazem parte da construção da identidade humana. A dimensão noética ou espiritual é o que difere o homem dos demais animais, pois se trata da vivência da liberdade e da responsabilidade (PEREIRA, 2019). Tais construtos são apresentados separadamente apenas para fins didáticos, pois existe uma relação de interdependência entre eles, dentro de uma complexa interação.

Compreendendo então a totalidade humana em um processo histórico e multifacetado, nota-se a subjetividade do encontro clínico. Este revela que os fatos não falam por si mesmos, é pela narrativa que eles ganham sentido. Quando contamos uma história, processamos nossas experiências e as comunicamos aos outros. Fazemos conexões entre os eventos, expressamos emoções e julgamos o que há de bom e ruim. Há, portanto, uma espécie de contrato narrativo que legitima e torna aceitável os desvios da realidade documental realizados pelas inferências e conexões da narrativa. Trata-se de uma construção permanente na medida em que novos eventos são introduzidos a todo instante. Todavia, as experiências de sofrimento com determinada doença desafiam nossa capacidade de narrar e/ou escutar empaticamente.

No atual contexto histórico da pandemia da COVID-19, diferentes cenários sócio-político-econômico exigem uma constante adaptação do comportamento humano. Busca-se por um significado em meio ao caos instalado pela doença.

Cabe ao professor de medicina construir uma relação de confiança mútua que transcende a sala de aula para além das pressupostas diferenças de poder e conhecimento. Nesse sentido, faz-se necessário entender as narrativas professor-aluno, aluno-aluno, professor-professor, dentro do processo ensino-aprendizagem, buscando o significado real da linguagem multidimensional. É preciso haver uma mão dupla na articulação das ciências sociais e humanas com a medicina.

Nota-se que os escores gerais dos dois instrumentos de autoavaliação da empatia clínica nos estudantes do 1º e 2º anos de medicina mostraram alta performance. Entretanto, fatores estressores podem mudar tal comportamento na vida acadêmica, tais como excesso de trabalho, carga horária, rotina, competição e vida pessoal (PARO, 2013).

Em relação ao instrumento IRI, nota-se no quesito Tomada de Perspectiva que as narrativas foram praticamente unânimes em discordar da frase “quando tenho certeza de que tenho razão sobre algum assunto, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas”. Refletindo sobre a dialética de ter razão, do ponto de vista psicossocial, esse posicionamento quando aplicado de modo exagerado, como por exemplo - sempre ter razão - pode levar a duas situações: arrogância de um lado e desqualificação de outro. A arrogância ou a desqualificação dificultam a compreensão dos fatos e a busca por uma saída do problema.

Dentre os princípios da comunicação não violenta é necessário ter humildade para se posicionar, ouvir o outro se posicionar, abrindo mão desta razão absoluta para se ter uma razão mais amplificada da união de todas as ideias. Isso implica em

ressignificação da linguagem, ou seja, a busca constante da construção coletiva dos pensares em suas realidades/verdades; perpassando pelo contexto de cada comunidade, seja ela: acadêmica, profissional, grupos étnicos, enfim, o que trará identificação social, agregação humana e sensação de pertença segundo pensadores da antropologia médica (ROSENBERG, 2006).

No quesito consideração empática, interessante notar expressiva discordância do grupo em duas frases: “as desgraças e os problemas dos outros, em geral, não me perturbam muito” e “quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu às vezes não sinto muita pena dele”. Para melhor compreender tais afirmações faz-se necessário distinguir paternalismo de injustiça. Entende-se por paternalismo a interferência na liberdade ou autonomia pessoal de outra pessoa, com justificativas relacionadas à promoção do bem ou da prevenção do dano à pessoa, geralmente, não permitindo que uma pessoa tome decisões por conta própria. Em contrapartida, injustiça significa violação do direito de outrem (OXFORD LANGUAGES, 2020).

Visto isso, quando o problema do outro não me afeta, seja por injustiça, por doença ou outro motivo, pode-se pensar em postura antissocial ou não empática. Entretanto, o excesso de preocupação com o problema do outro também pode ser entendido como dificuldade de autocontrole e imaturidade emocional. Analisando a narrativa dos respondentes, é importante valorar a posição de se colocar no lugar do outro, de lidar com a dor e sofrimento alheio, de modo que gere uma ação positiva, resolutiva. A empatia clínica é vista como uma ferramenta importante para o envolvimento e vínculo do paciente ao tratamento (PARO, 2013; CARRIÓ, 2012). Por outro lado, o paternalismo clínico implica em consequências negativas de dependência interpessoal e isenção de corresponsabilidade das decisões de saúde tomadas entre médico e paciente. Encontrar o equilíbrio na relação médico-paciente é um desafio para a formação em medicina, uma vez que depende do esforço mútuo entre professor-aluno, o aprimoramento humanístico e técnico.

Sobre o quesito angústia pessoal, essa temática foi a menor pontuação do grupo. Houve discordância significativa com as seguintes frases enunciadas “tendo a perder o controle em situações de emergência” e “quando vejo alguém numa emergência precisando de muita ajuda, fico completamente perdido(a)”. Essa constatação corrobora para o bom manejo clínico na medida que o comportamento autorreferido é condizente ao esperado. A narrativa menos referida no quesito angústia pessoal foi: “geralmente sou muito eficaz a lidar com emergência”. Denota-se pouca intimidade no setor de emergências clínicas; compreensível a fala dos respondentes pelo fato do estudo ter sido aplicado na fase inicial da graduação.

Fazendo um aprofundamento sobre o conceito de angústia, no âmbito filosófico, o termo refere-se aos sentimentos e às sensações que se presentificam no homem quando este se vê obrigado a se responsabilizar por suas ações. Nas Filosofias da Existência, a angústia é vista como resultante da apreciação plena das implicações da escolha e da responsabilidade pessoais (PERES & HOLANDA, 2003).

Comentando os resultados obtidos pelo instrumento JEFFERSON, os escores menos referidos estão representados pelas narrativas: “os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias” e “considerando que as pessoas são diferentes, é difícil ver as coisas na perspectiva dos pacientes”. Estes dados denotam que existe fragilidade na aproximação dos sentimentos junto ao paciente e de ver as coisas na perspectiva do outro. Apesar do escore geral indicar comportamento altamente empático do grupo, habilidades pontuais precisam ser trabalhadas para melhorar a empatia clínica.

A inteligência emocional e social são marcos para o desempenho profissional mais equilibrado. A plasticidade emocional, ou seja, capacidade de aproximar-se e distanciar-se emocionalmente do objeto de estudo na área médica – o ser humano – representa o melhor caminho para alcançar a saúde emocional, evitando frieza ou sensibilidade em demasia, seja na vida pessoal e/ou profissional (GOLEMAN, 2015).

Os maiores escores estão representados pelas narrativas: “a compreensão dos médicos em relação aos sentimentos dos seus pacientes e de seus familiares tem influência no tratamento clínico ou cirúrgico”; “os laços emocionais estabelecidos entre médico-paciente têm influência significativa no tratamento médico ou cirúrgico”; “eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico”; “aprecio literatura não médica ou outras formas de arte”; “eu acredito que as emoções têm participação no tratamento das doenças”.

Uma tese de doutoramento na USP intitulada - Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico, cita que a empatia clínica está intrinsecamente ligada à qualidade de vida e à realização pessoal do estudante. É papel da escola médica assumir sua corresponsabilidade pela manutenção da qualidade de vida e satisfação do estudante (PARO, 2013).

A empatia consiste em entrar em ressonância com os outros, uma tomada de consciência que pode ser também desenvolvida. Está claro nas práticas linguístico-pedagógicas que se pode operacionalizar treinamento da empatia para projetar intervenções que beneficiem os pacientes. Por exemplo, utilizar-se de alguns comportamentos como ter tempo suficiente para entender o paciente e sua história, oferecer encorajamento, dar sinais verbais de que o paciente foi entendido, ser fisicamente envolvente (usando gestos manuais, contato com o olhar, toque apropriado e inclinação para frente), entre outros.

Podemos ser confrontados com os sofrimentos dos pacientes, nos identificarmos com eles e retornarmos o olhar para nós mesmos. Na dose certa, pode contribuir com nosso amadurecimento pessoal; o excesso de sentimento pode contribuir com a exaustão emocional. Para evitar isso, existem técnicas como a ressonância divergente, que tem a intenção de dominar os sentimentos e demonstrar solicitude. Assim, tão importante quanto avançarmos nos diagnósticos complexos e terapêuticas modernas é resgatar a linguagem empática multidimensional nas relações interpessoais para decisões mais assertivas no trabalho e na vida pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem da linguagem empática multidimensional, considerando seus componentes afetivo e cognitivo representa um avanço no entendimento das relações médico-paciente. Nesse sentido, aplicar técnicas de CNV, autorreflexão comportamental social e emocional são diferentes formas de acesso à perspectiva de linguagem do outro para colaborar junto ao manejo clínico.

Nota-se que é possível trabalhar a linguagem empática multidimensional em tempos de pandemia em ambiente remoto de aprendizagem respondendo às atuais demandas do processo ensino-aprendizagem para a formação médica.

A contribuição da comunicação não violenta aplica-se em todos os cenários. Os paradigmas do comportamento social no momento histórico atual da pandemia da COVID-19 exigem dos educadores e educandos adaptação e senso de urgência nas práticas pedagógicas. Esse movimento continuado em busca da ciência baseada em evidencia corrobora para a superação dos desafios da contemporaneidade.

Diante do exposto, faz-se necessário buscar permanentemente o conhecimento e um novo olhar para acolhermos ainda mais o outro. Acreditamos que este trabalho demonstrou um novo modelo de abordagem no ensino universitário em ambiente virtual de aprendizagem, podendo inspirar outros, na medida que a humanidade está em constante evolução e adaptação.

REFERÊNCIAS

CARRIÓ, Francisco Borrell. **Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DAVIS, Mark. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. **J Pers Soc Psychol**. v. 44, p. 113–126, 1983.

GOLEMAN, Daniel. **Liderança: a inteligência emocional na formação do líder de sucesso**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

LANGFORD, Dale; CRAGER, Sara; SHEHZAD, Zarrar; SMITH, Shad; SOTOCINAL, Susana; LEVENSTAD, Jeremy; CHANDA, Mona Lisa; LEVITIN, Daniel; MOGIL, Jeffrey. Social modulation of pain as evidence for empathy in mice. **Science**, v. 30, p. 1967-70, 2006.

LEMKE, Jay. Affect, identity and representation. **International Congress of the Learning Sciences**. Chicago, 2010. Disponível em: <http://www.jaylemke.com/conference-presentations/>. Acesso em: 06/03/2021.

MACIEL, Ruberval Franco; FERRARI, Lorene. Miradas situadas sobre translenguaje en una escuela en la frontera Brasil-Bolivia. **Raído**, v. 13, p. 102-122, 2019.

MATO GROSSO DO SUL. Resolução Cepe-Uems nº 2.025, de 31 de outubro de 2018. **Normatização do Estágio Pós-Doutoral na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**, 2018.

O'BRIEN, Bridget; HARRIS, Ilene; BECKMAN, Thomas; REED, Darcy; COOK, David. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Acad Med.**, v. 89, p. 1245-1251, 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/standards_for_reporting_qualitative_research__a.21.aspx. Acesso em: 22/01/2021.

OXFORD LANGUAGES. **Dicionário online**. Disponível em:
<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>. Acesso em: 19/10/2021.

PARO, Helena Borges Martins da Silva. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico**. São Paulo, 2013. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PENNYCOOK, Alastair. Translanguaging and semiotic assemblages. **International Journal of Multilingualism**, v. 14, p. 269–282, 2017.

PEREIRA, Felipe Garcia; MACIEL, Ruberval Franco. Processos de construção de sentidos para além da dicotomia verbal e não verbal em contextos médicos. **Revista Philologus**, v. 25, p. 2674-2681, 2019.

PERES, Manuela Bogea; HOLANDA, Adriano Furtado. A noção de angústia na prática clínica: aproximações entre o pensamento de Kierkegaard e a Gestalt-terapia. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.3, p. 97-118, 2003. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812003000200007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 24/01/2021.

RIZZOLATTI, Giacomo. Premotor Cortex and the Recognition of Motor Actions. **Cognitive Brain Research**, v. 3, p. 131- 41, 1996.

ROSENBERG, Marshall Bertram. **Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Ágora, 2006.

SCHWELLER, Marcelo. **O ensino de empatia no curso de graduação em medicina**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 2014. Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313594/1/Schweller_Marcelo_D.pdf. Acesso em 02/10/2020.

TRAD, Leny Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 777-796, 2009.

