

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Dilma Ferreira Silva de Souza

**A EMPATIA NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Maceió
2016

DILMA FERREIRA SILVA DE SOUZA

**A EMPATIA NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR – UFAL.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mércia Zeviani Brêda

Maceió

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

S729e

Souza, Dilma Ferreira Silva de.

A empatia nos profissionais de enfermagem em situação de urgência e emergência / Dilma Ferreira Silva de Souza. – 2016.

99 f. : il.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Coorientadora: Mércia Zeviani Brêda.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 87-93.

Anexos: f. 94-99.

1. Enfermagem. 2. Enfermeiros e Enfermeiras - Empatia. 3. Serviço hospitalar de emergência. I. Título.

CDU: 616-083-051

Folha de Aprovação

AUTOR: Dilma Ferreira Silva de Souza

A empatia nos profissionais de enfermagem em situação de urgência e emergência.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, aprovada em 03 de julho de 2015.

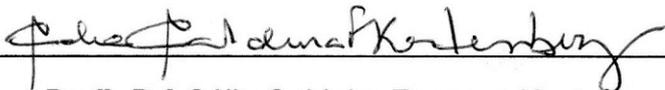


Prof.ª Dr.ª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

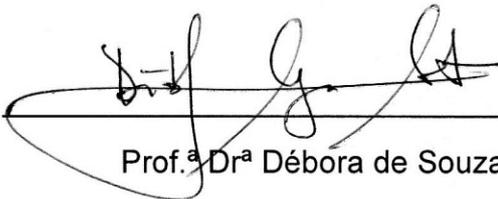


Prof.ª Dr.ª Mércia Zeviani Brêda

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Célia Caldeira Fonseca Kestenber, Examinador Externo



Prof.ª Dr.ª Débora de Souza Santos, UFAL, Examinador Interno

Dedico este trabalho ao meu pai do céu, fonte de bondade e de todas as bênçãos em minha vida.

À minha família, que me ensinou que nada nesta vida é feito sem ajuda, sem união. O apoio de vocês me fez continuar.

A minha mãe pelo amor e educação dedicados a mim.

Ao meu esposo e minha filha que compreenderam a ausência com a ansiedade do meu retorno ao nosso lar doce lar.

Ao meu filhinho, que ainda no ventre, participou passivamente de cada momento desta pesquisa e contribuiu para que fosse concluída sem intercorrências.

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiramente pela oportunidade e luz com que acendeu e guiou os caminhos percorridos.

À minha linda família pela força, estímulo e compreensão.

À minha princesinha por cada palavra de amor proferida nos momentos oportunos e difíceis.

À minha mãe que sempre acreditou em mim e me motivou a todo momento.

Ao meu esposo que mesmo com todas as renúncias de estar ao seu lado, foi compreensivo e amoroso.

Ao meu lindo filho que ainda no ventre suportou a vida dinâmica da mamãe e veio ao mundo com saúde após 24 dias da defesa deste trabalho.

Às amigas de sempre que me incentivaram a ir mais longe e aprimorar cada passo dado.

À minha orientadora pela oportunidade a mim dispensada, pela dedicação, paciência e pela humildade em compartilhar seus ricos conhecimentos.

À minha coorientadora pelo engajamento e humildade em abraçar este trabalho.

Ao Prof. Ms. Jairo pela contribuição significativa nesta obra, disponibilidade e respeito.

Às amigas: Caroline Brito, Elaine Moura, Silvana Barros e Willienay Tavares por todo o apoio e carinho.

À amiga Alice e ao amigo José Carlos que me ajudaram diretamente na concretização desse sonho.

À minha prima Mônica Lúcia por ter me tranquilizado até a aprovação do início da pesquisa no local do estudo.

Aos profissionais participantes deste estudo, que em meio às limitações no trabalho, colaboraram e permitiram surgir esse conhecimento.

Agradeço a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para essa conquista, que estiveram ao meu lado e que compartilham agora desta importante realização.

Meus sentimentos são como minha impressão digital, como a cor dos meus olhos e o tom de minha voz: únicos e irrepetíveis. Para você me conhecer, é preciso que conheça meus sentimentos.

Minhas emoções são a chave para a minha pessoa. Quando lhe dou essa chave, você pode entrar e compartilhar comigo o que tenho de mais precioso para lhe oferecer: eu mesmo (JOHN POWELL, 1985).

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar o grau de empatia nos profissionais de Enfermagem do serviço de urgência e emergência e avaliar a relação entre as variáveis sócio-demográficas adotadas no questionário com a capacidade empática dos participantes. Tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal analítico, com amostra não-probabilística de 230 participantes, sendo 59 enfermeiros e 121 profissionais da enfermagem do nível médio atuantes em um Hospital de urgência e emergência do Nordeste brasileiro. Foram respeitados os aspectos éticos baseados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o nº 31506914.1.0000.5013 iniciou-se a coleta de dados. Esta se deu através de dois instrumentos, um questionário sócio-demográfico e um instrumento brasileiro denominado Inventário de Empatia. A estatística contou com uma parte descritiva, por meio de frequências simples e relativas, médias e desvio padrão; e também com uma parte analítica por meio de análise de variância (ANOVA) e Alfa de Cronbach no nível de significância de 95%. Os resultados revelaram que os profissionais da enfermagem pontuaram mais em Tomada de Perspectiva e Sensibilidade Afetiva do que em Flexibilidade Interpessoal e Altruísmo; e os enfermeiros apresentaram maior empatia na totalidade dos fatores e especificamente em Altruísmo do que os profissionais do nível médio; com relação aos fatores sociodemográficos, pontuaram mais em empatia, os participantes que possuíam grau de escolaridade superior e os que referiram estudar no tempo de folga. Outros achados mostraram que a associação de variáveis influencia, também, a capacidade empática, como o sexo, o tempo de serviço na instituição e a idade. O estudo contribuiu com conhecimentos acerca da temática empatia no campo de atuação da enfermagem, visto que esta habilidade é de relevância para estes profissionais da saúde que enfrentam cotidianamente situações de dor e sofrimento e que por vezes são atingidos emocionalmente pelo vínculo com o outro. Defende-se que mais estudos sejam realizados e que as instituições estimulem programas para desenvolvimento da empatia com seus profissionais, levando em consideração as vantagens produzidas pela atitude empática para o cuidado.

Descritores (Palavras chave): Empatia, Enfermagem, Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the degree of empathy nursing professionals in emergency services and emergency and assess the relationship between the sociodemographic variables used in the questionnaire with the empathic capacity of the participants. This was a quantitative study, the analytical cross-sectional, with non-probabilistic sample of 230 participants, 59 nurses and 121 nursing professionals of mid-level acting in an emergency hospital and emergency northeastern Brazil. ethical aspects based on the National Health Council Resolution 466/2012 have been respected. After approval by the Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, under no 31506914.1.0000.5013 began collecting data. This was done through two instruments a demographic questionnaire and a Brazilian instrument called Inventory Empathy. The statistics included a descriptive part, through simple and relative frequencies, mean and standard deviation; and also with an analytical part by analysis of variance (ANOVA) and Cronbach's alpha at the 95% significance level. The results showed that the nursing professionals scored higher in Affective Perspective and Sensibility outlet than in Interpersonal and Altruism Flexibility; and nurses had higher empathy at all the factors and specifically Altruism; with respect to sociodemographic factors, scored higher on empathy, participants who had higher level of education and those who reported studying in time off. Other findings showed that the association of variables also influences the empathic capacity, such as sex, length of service in the institution and age. The study contributed knowledge about the theme empathy in nursing practice field, as this ability is relevant to these health professionals who routinely face situations of pain and suffering and sometimes are emotionally affected by the bond with the other. It is argued that more studies are carried out and that institutions encourage programs for development of empathy with its professionals, taking into account the benefits produced by the empathic attitude to care.

Keywords (Keywords): Empathy, Nursing, Hospital Emergency Service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis pessoais selecionadas.....	41
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis profissionais selecionadas.....	42
Tabela 3 -	Distribuição dos escores dos quatro fatores da empatia do IE.....	43
Tabela 4 -	Distribuição dos escores de empatia e do seu respectivo percentual em cada um dos fatores e do escore total	44
Tabela 5 -	Distribuição dos escores de empatia em relação às variáveis pessoais selecionadas.....	44
Tabela 6 -	Distribuição dos escores de empatia total em relação às variáveis profissionais selecionadas.....	46
Tabela 7 -	Distribuição dos escores de empatia por fator e por categoria profissional.....	46
Tabela 8 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 1 em associação às variáveis pessoais selecionadas	48
Tabela 9 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 1 em relação às variáveis profissionais.....	50
Tabela 10 -	Análise estratificada da variável significativa estuda no tempo de folga para o fator 1 em relação à outras variáveis selecionadas	51
Tabela 11 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 2 em relação às variáveis pessoais selecionadas.....	52
Tabela 12 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 2 em relação às variáveis profissionais selecionadas.....	53
Tabela 13 -	Análise estratificada das variáveis significativas para o fator 2 com as outras variáveis selecionadas para o fator 2.....	54
Tabela 14 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 3 em relação às variáveis pessoais selecionadas.....	56
Tabela 15 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 3 em relação às variáveis profissionais selecionadas.....	57
Tabela 16 -	Análise estratificada das variáveis significativas do fator 3 com outras variáveis selecionadas para o fator 3.....	58
Tabela 17 -	Distribuição dos escores de empatia para o fator 4 em relação às variáveis pessoais selecionadas.....	59

Tabela 18 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 4 em relação às variáveis profissionais selecionadas.....	61
Tabela 19 - Análise estratificada das variáveis significativas para o fator 4 com outras variáveis selecionadas para o fator 4.....	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos escores segundo a categoria profissional e a diferença com a pontuação máxima	47
Gráfico 2 - Distribuição dos escores segundo a categoria profissional e a diferença com a pontuação máxima	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	18
2.1	Empatia	18
2.1.1	Breve revisão histórica, filosófica e conceitual.....	18
2.1.2	Bases fisiológicas da empatia.....	19
2.1.3	Componentes da empatia.....	23
2.1.4	Fases da empatia.....	24
2.1.5	Tipos de empatia.....	26
2.2	A Empatia e o Cuidado de Enfermagem na Emergência	27
2.3	Escalas de Empatia – Inventário de Empatia	29
3	METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de Estudo	33
3.2	Local	33
3.3	Amostra	34
3.4	CrITÉRIOS de Participação do Estudo	34
3.4.1	CrITÉRIOS de inclusão.....	34
3.4.2	CrITÉRIOS de exclusão.....	35
3.5	Instrumentos da Pesquisa	35
3.6	Coleta de dados.....	37
3.7	Análise dos dados.....	37
3.8	Aspectos éticos.....	39
4	RESULTADOS	40
4.1	Análise Descritiva	40
4.1.1	Características dos participantes.....	40
4.1.2	Pontuações dos participantes no IE.....	42
4.2	Análise da Empatia	43
4.2.1	Análise geral da empatia.....	43
4.2.2	Análise da empatia segundo fatores do IE e variáveis: contribuições das variáveis sociodemográficas.....	48
4.2.2.1	Fator 1 (Tomada de Perspectiva).....	48
4.2.2.2	Fator 2 (Flexibilidade Interpessoal).....	52

4.2.2.3	Fator 3 (Altruísmo).....	55
4.2.2.4	Fator 4 (Sensibilidade Afetiva).....	59
5	DISCUSSÃO	64
5.1	A Empatia nos Profissionais da Enfermagem	68
5.2	A Empatia Segundo a Categoria Profissional	71
5.3	Influência das variáveis sociodemográficas em Empatia	70
	CONCLUSÃO	82
	REFERÊNCIAS	85
	ANEXOS	92
	ANEXO A - Questionário para pesquisa científica	92
	ANEXO B - Inventário de Empatia	93
	ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	95

1. INTRODUÇÃO

A saúde, direito preconizado pela constituição brasileira, é essencial à qualidade de vida e apresenta determinantes e condicionantes sociais, econômicos, educacionais, políticos e ambientais, a fim de que seja alcançada, podendo-se afirmar que esses fatores extrapolam a dimensão exclusivamente biológica (ZOMBINI et al, 2012).

Após ser estabelecida como dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se o instrumento operacional responsável por formular políticas no sentido de garantir saúde à população brasileira, por meio dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o que propiciou inúmeros avanços científicos, tecnológicos e relacionais desenvolvidos no intento de alcançar as metas do referido sistema.

Apesar dos avanços nas questões de saúde no Brasil, o processo que envolve a relação entre os atores responsáveis por fazer saúde: profissional, gestão e usuário, precisa ser melhor desenvolvido devido às subjetividades que esse relacionamento demanda no cuidado em saúde, sobretudo, entre profissionais e usuários, o que constitui um dos maiores desafios para as políticas desenvolvidas pelo SUS, que busca constantemente reorganizar os serviços a fim de cumprir seus princípios e objetivos (SCHIMITH et al, 2011).

Fazendo parte destas políticas, a Política Nacional de Humanização (PNH), também denominada Humaniza-SUS, surge pela preocupação com o fator relacional da tríade (profissional, gestor e usuário) atrelada à necessidade de se constatar diferenças entre o que defende o sistema com o que é realizado na prática (PELISOLI et al, 2014).

Isto porque os serviços de saúde, principalmente as instituições hospitalares, marcadas historicamente pelo modelo clínico hegemônico, centradas no biológico, com procedimentos predominantemente técnicos, tem acarretado a perda da dimensão humana do cuidado com a valorização da patologia em detrimento da pessoa, em outras palavras, afasta-se da importância que a determinação social tem no processo saúde/doença (GUEDES, 2009).

A política de humanização, transversal aos programas do SUS, apresenta diretrizes com a finalidade de ampliar a comunicação e a integração entre profissionais, gestores e usuários e, estreitar as relações de poder para que alcancem a saúde juntos (BRASIL, 2013), credita para isto, o acolhimento e a resolubilidade do sistema.

Humanizar a saúde consiste em compreender cada pessoa em sua singularidade, com suas necessidades específicas, levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, preservando a dignidade do ser humano (CABRAL et al, 2014).

Neste contexto, o acolhimento consiste na diretriz de maior relevância ética, estética e política da PNH, porque se refere ao compromisso de reconhecer o outro de modo particular, respeitando suas especificidades, contribuindo para a dignificação da vida e aproximando os sujeitos através da corresponsabilidade nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

O acolhimento tem início na recepção do serviço, segue durante todo o processo de tratamento e engloba até mesmo a relação dos trabalhadores com os usuários. Deste modo, o acolhimento implica em atender a todos que procuram esses serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, colaborando para a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, através da escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários (CABRAL et al, 2014).

Neste contexto, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), através de sua diretriz para o ano de 2011 a 2014, objetiva a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS constituem conjuntos de serviços de saúde que visam ofertar atenção contínua e integral à população, prestada no tempo e lugar certos, com o custo certo, a qualidade certa e de forma humanizada, o que demonstra a transversalidade da política de humanização com a atual conjuntura dos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Assim, os serviços intercambiam seus recursos, são organizados de forma interdependente e cooperativa, de modo que a atenção em todos os seus níveis são igualmente importantes e atuam num *continuum*, a fim de garantir promoção, prevenção, cuidado, tratamento e reabilitação em saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Para a implantação das RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção o que exige uma valorização na atenção de situações tanto agudas, quanto crônicas.

Dentre as redes tomadas como prioridades na implantação das RAS, encontra-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que busca o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. A organização dessa rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma eficiente.

As unidades responsáveis pelos atendimentos urgentes ou emergentes visam à assistência a pessoas que necessitam de cuidados imediatos, sejam as situações cuja atenção não apresenta risco de morte imediato caracterizadas como urgências e as que envolvem risco iminente de morte, as emergências (OHARA et al, 2010).

No contexto atual, tem sido crescente o aumento de casos que necessitam de atendimento nestes serviços, devido a diversos motivos dentre eles: o aumento de casos de violência, problemas socioeconômicos, serviços de saúde pouco resolutivos. Essa situação torna relevante a assistência à saúde nas unidades responsáveis por esse tipo de cuidado, sobretudo porque são por vezes as portas de entrada e recepção para as pessoas que buscam atendimento (CAVEIÃO et al., 2014; GARLET et al., 2009; NETO et al, 2013).

Acrescenta-se que esta procura excessiva é geradora de tensão tanto nas pessoas que buscam o serviço, que cobram tratamento digno, queixam-se de maus-tratos e falta de atendimento adequado às necessidades humanas, quanto nos funcionários que mesmo diante das dificuldades tentam dar conta do número de atendimentos e problemas que parecem se multiplicar a cada momento e tornam a atenção debilitada (ANDRADE et al, 2009; NASCIMENTO et al., 2011).

Foi diante desta realidade que nos últimos anos o sistema brasileiro de atenção às urgências buscou avanços em relação à incorporação de novas tecnologias tendo em vista a organização do atendimento em rede (GARLET et al., 2009), priorizando as Redes de Urgência e Emergência (RUE). Esta tem o acolhimento como uma intervenção potencialmente decisiva, que possibilita a qualificação da produção de saúde, cuja prática é necessária à atenção integral à pessoa, em vez do acentuado foco na abordagem centrada na doença (ARAÚJO et al, 2014).

Assim, os serviços de urgência e emergência, devido a transversalidade da humanização, devem ser capazes de acolher, ouvir angústias, sofrimentos e necessidades das pessoas, respeitando, sobretudo suas singularidades.

Fala-se com frequência em humanização do cuidado em saúde, como uma das maneiras de alcançar uma assistência humanizada, no entanto, segundo Waldow (2011) não existe cuidado humanizado, pois o cuidar prescindir de humanização seria, pois, uma redundância. É por meio do cuidado que as ações se humanizam e sem ele, deixa-se de ser humano. O cuidado consiste no lado humano do ser e na enfermagem constitui sua essência, seu âmago.

Na literatura, a humanização adquiriu diversos significados: como oposição a violência, como o meio capaz de garantir melhoria da qualidade dos serviços prestados que se daria por meio da tecnologia e do bom relacionamento, como melhoria das condições de trabalho do cuidador e como proposta de ampliação do processo de comunicação (WALDOW, 2011). Na enfermagem, a humanização permite que o ser humano seja visualizado em sua integralidade e a atenção envolva a sua subjetividade.

No presente estudo, a empatia torna-se essência para a garantia de uma assistência humanizada, por esse motivo, todos os significados que envolvem a humanização, abordados no parágrafo anterior serão aqui considerados.

Neste contexto, a empatia, definida atualmente como uma tecnologia leve em saúde, que consiste na relação estabelecida com outra pessoa, cujo envolvimento busca compreender o contexto de vida do outro, entender seus sentimentos e razões, sem julgá-lo, com o único objetivo de lhe proporcionar a ajuda necessária (KESTENBERG, 2012), permite a prática do acolhimento e converge para a assistência humanizada.

O objeto desse estudo foi a empatia nos profissionais da Enfermagem em situação de urgência e emergência, uma ferramenta terapêutica essencial do cuidar com a aplicação do inventário brasileiro de empatia, devido à essencialidade crescente dessa tecnologia leve, sobretudo, na prática assistencial da Enfermagem.

Salienta-se que a competência no cuidado ao ser humano não está relacionada apenas aos conhecimentos específicos de cada profissão, mas também está intimamente ligada ao relacionamento interpessoal positivo, empático e assertivo com o outro (TAKAKI et al, 2004).

A empatia, enquanto habilidade socialmente aprendida, contribui para a formação deste vínculo, fundamental nas profissões de saúde, sobretudo na Enfermagem, que por sua dedicação ao bem-estar dos seres humanos, nas dimensões física, biológica, psicológica e social, é também caracterizada como profissão de ajuda (CARVALHO, 2013; DEL PRETTE, 2011). Isto destaca a necessidade de aprimoramento de tecnologias que favoreçam o desenvolvimento desta habilidade na formação do enfermeiro (KESTENBERG, 2013; KESTENBERG et al, 2009).

Apesar da relevância da temática para a assistência de enfermagem, estudos têm apontado foco acentuado na aprendizagem teórico-prática dos conhecimentos específicos e técnico científicos da Enfermagem e lacunas no ensino de habilidades sociais de ajuda, como a empatia, o que tem negligenciado o aspecto humano da profissão. Dessa maneira, pesquisadores sugerem que a formação do (a) enfermeiro (a) seja repensada, no que diz respeito à capacitação em habilidades interpessoais necessárias ao cuidado (KESTENBERG, 2013; KESTENBERG et al, 2009).

Acrescenta-se a isso a quantidade de profissionais da enfermagem que não tiveram em sua formação nenhum conhecimento acerca destas ferramentas terapêuticas facilitadoras do fortalecimento de vínculo e que atuam nas instituições de saúde com preocupação centrada na doença em detrimento da pessoa. É necessário o alcance do equilíbrio entre o conhecimento científico, habilidade técnica do profissional e o uso dessas tecnologias leves, para não

dicotomizar o indivíduo do subjetivo, do intelectual, do relacional no cuidado ao ser humano (CROZETA et al, 2010).

A empatia é a capacidade de compreender o que alguém está sentindo ou pensando, transmitindo-lhe tal compreensão de maneira adequada e ao mesmo tempo conseguir manter certa objetividade, o que é importante para prestar a ajuda necessária (DEL PRETTE, 2010).

É essencial também considerar que a expressão da empatia apresenta efeitos positivos às pessoas envolvidas no processo empático, dentre eles estão: validação dos sentimentos, apoio, conforto e consolo na necessidade de compreensão, alívio pela redução da tensão, fortalecimento dos vínculos de amizade através da partilha dos êxitos e de problemas, recuperação ou aumento da autoestima, favorecimento da análise de problemas, assim como a busca da solução, diminuição de sentimentos de culpa ou vergonha e, na relação terapêutica, levando a melhores efeitos no tratamento (FALCONE, 2007; PRETTE, 2010).

A literatura descreve a empatia como um construto multidimensional formada por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (FALCONE et al, 2008) havendo a necessidade da presença destes três componentes para a sua configuração e entendimento. O componente cognitivo é caracterizado pela capacidade de compreender acuradamente os sentimentos e pensamentos da outra pessoa, enquanto o componente afetivo é identificado pelo interesse em atender às necessidades da outra pessoa. Já o componente comportamental consiste na comunicação verbal e não-verbal transmitida pela pessoa que empatiza à outra pessoa que deve se sentir compreendida em sua totalidade (FALCONE et al, 2008).

Assim, a relevância do estudo reside na importância que as relações de vínculo possuem para a prática assistencial da Enfermagem. Tais relações devem ser formadas na intenção de promover a integralidade do cuidado ao indivíduo, além de trazer benefícios também para aquele que empatiza, neste caso o profissional, que passa a compreender o estado do outro, compartilha sentimentos e pode reduzir conflitos na relação com o outro.

Desse modo, o estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: *Qual o grau de empatia presente nos profissionais de Enfermagem que atuam no serviço hospitalar de urgência e emergência referência de um estado do nordeste brasileiro?*

Cabe salientar que o cuidado prestado à pessoa nos serviços de urgência e emergência é caracterizado como uma situação de extrema vulnerabilidade, onde as situações imprevisíveis estão sempre presentes, o que requer também do profissional vasto conhecimento, habilidade técnica, tomada de decisões rápidas, precisas e avaliação de casos prioritários, ao mesmo tempo em que ele necessita prestar cuidado integral, com a escuta das necessidades da pessoa que deve ser considerada em todas as suas funções. É o entrelaçamento da objetividade e da subjetividade

do relacionamento entre profissional e usuário que culmina com a qualidade do cuidado prestado (GATTI, 2005; MENZANI, et al, 2009).

Diante do exposto, a pesquisa buscou analisar o grau de empatia nos profissionais de Enfermagem que atuam neste serviço, devido ao relevante papel na relação profissional-usuário e no cuidado integral à pessoa, bem como avaliar as variáveis que possam ter influência sobre a empatia destes profissionais.

Conhecer o grau de empatia dos profissionais do serviço possibilita captar dados de satisfação ou deficiência do nível desta habilidade nos profissionais, e a partir disso, poder embasar estudos posteriores que possam aprimorar ou desenvolver a empatia dos profissionais, a fim de melhorar a atenção aos usuários do serviço e contribuir para a satisfação e qualidade de vida dos profissionais em seu ambiente de trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 Empatia

2.1.1 Breve revisão histórica, filosófica e conceitual

“Entrar no sentimento”, assim era considerada a *Empatheia*, vocábulo grego que originou o termo conhecido atualmente como empatia (RODRIGUES et al, 2012). Assemelhado a uma “paixão” ou algo que tornava o indivíduo afetado emocionalmente (ENZ et al, 2006).

Uma definição semelhante foi encontrada na estética alemã no século XIX, designada *Einfühlung*, em que a apreciação de obras de arte causava uma resposta emocional positiva ou negativa nas pessoas, como se algo do meio externo provocasse uma projeção interna do que era visualizado e despertasse sensações que faziam a pessoa adjetivar o objeto.

Outro significado foi atribuído à palavra “*Einfühlung*”, proposto por Lipps, em 1903, em que um comportamento emocional emitido por alguém era capaz de provocar no observador a mesma emoção, sem a interferência de associação ou tomada de perspectiva (PRESTON et al, 2002). Posteriormente, o termo *Einfühlung* foi traduzido pela primeira vez por Tichener para o inglês, como *Empathy*, significando que seria possível conhecer a consciência de outra pessoa através de imitação interior (WISPÉ, 1986).

Com o passar dos anos, a empatia, tornou-se objeto de estudo da psicologia nos campos evolutivo, social, de personalidade e clínico (EISENBERG et al, 1992) e posteriormente, das neurociências (DECETY et al, 2004; PRESTON et al, 2002).

No início da década de 50, o estudo da empatia foi aprofundado e passou a ser aplicada na psicoterapia por Carl Rogers. Em seus estudos, desenvolveu uma modalidade terapêutica onde o profissional promovia um ambiente adequado e buscava sentimentos empáticos pelo seu cliente. Ele definiu ainda atitudes necessárias a ação do terapeuta, como a aceitação incondicional e respeito, autenticidade na comunicação, no comportamento, pensamento e sentimentos para com o cliente. Este modelo psicoterápico, que considerou a compreensão empática ficou amplamente conhecido como Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (SAMPAIO et al, 2009).

Nesse tipo de psicoterapia, focada na pessoa, a denominação empatia evolui para compreensão empática, que consiste em atitude necessária ao processo psicoterápico, responsável por tornar o cliente, autêntico, genuíno e coerente. Para Rogers, ser empático é

compreender o mundo da outra pessoa, sem perder a condição de “como se” fosse essa pessoa ao avaliar o seu mundo (MOREIRA et al, 2013; ROGERS, 1985).

Desse modo, a empatia tornou-se uma atitude essencial, uma aceitação e compreensão verdadeira e sem julgamentos, motivada em resposta aos sentimentos e situações vivenciadas por uma pessoa, cuja compreensão da realidade deve ser comunicada (FONTGALLAND et al, 2012).

Assim, apesar do conceito de empatia sofrer de falta de consenso, (DEL PRETTE, 2008; ROAZZI et al, 2013; SAMPAIO et al, 2009), a perspectiva mais recente, considerada neste trabalho, a caracteriza como: “uma habilidade social multidimensional, que torna a pessoa capaz de compreender sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando esse entendimento de modo que o outro se sinta compreendido e validado” (RODRIGUES et al, 2014).

2.1.2 Bases fisiológicas da empatia

Durante anos, estudos foram realizados com o propósito de descobrir as bases da empatia nos seres humanos. Apesar de muitas discussões acerca da origem biológica desse fenômeno, devido à semelhança dos comportamentos tanto em humanos quanto em animais, a falta de uma definição causou controvérsias, prejudicando o desenvolvimento da área. Porém, as pesquisas conseguiram defender que há fortes indícios de que nossa estrutura animal tem composição capaz de proporcionar o fenômeno da empatia e encontrá-la em animais levam a confirmação da base biológica desse fenômeno em humanos (LAGO et al, 2013).

Köhler desenvolveu um estudo envolvendo animais, onde um chimpanzé observava outro que tentava alcançar uma banana com um galho sem nada poder fazer, porém assim que se permitiu que o chimpanzé observador interviesse na situação, este se absteve de comer a banana e prontamente a empurrou em direção ao outro animal, percebeu-se que sua ação considerou o ponto de vista do outro animal, assemelhando-se a uma preocupação empática (LAGO et al, 2013).

Segundo Lago et al (2013), embora existam enigmas a serem descobertos envolvendo esta temática, há um consenso de que esse fenômeno é composto por três componentes primários: a resposta afetiva que pode não estar diretamente relacionada ao compartilhamento do estado emocional do outro; a capacidade cognitiva de entender o ponto de vista de outra pessoa e o mecanismo que regula a distinção dos sentimentos próprios dos de outrem.

São esses três componentes que proporcionam a empatia em humanos, através dos seus três componentes funcionais: o compartilhamento afetivo entre o eu e o outro, a consciência eu-outro e a flexibilidade mental (LAGO et al, 2013).

O compartilhamento afetivo é baseado na ligação entre percepção-ação da empatia, semelhante ao modelo da hipótese de W. Prinz de percepção-ação do comportamento motor. Segundo essa ideia, a percepção de um comportamento gera automaticamente a representação desse comportamento, sendo que, quanto mais representações forem compartilhadas, maior será a ativação delas, o que já pode corroborar com o pensamento da empatia ser uma habilidade socialmente aprendida (LAGO et al, 2013).

Essa capacidade está diretamente ligada à propriedade fisiológica do sistema nervoso de interdependência entre percepção e ação, presente desde o nascimento, constatada por pesquisas comportamentais e das áreas da neurociência (LAGO et al, 2013).

No campo das pesquisas comportamentais, constatou-se que recém-nascidos são capazes de imitar expressões faciais dos adultos, desse modo, psicólogos do desenvolvimento afirmam que a compreensão do outro é uma forma primária de prática corporal. Sendo que esta compreensão somente é possível porque a imitação, a sensação por seu próprio corpo ocorre primeiramente, isto porque é o corpo o nosso campo sensorial, e que leva dessa maneira, o observador a compreender o que o outro deve sentir quando este tem determinado comportamento (DECETY et al, 2004).

O contágio emocional consiste nas fases primárias do processo empático. Este fato foi evidenciado em estudos envolvendo recém-nascidos que mostraram que esta atitude não se tratava de resposta mimética, visto que na pesquisa ao ouvir a gravação do choro de outros bebês e também do próprio choro, apenas o choro de outrem causava o choro no bebê que ouvia, constatando a experiência de contágio emocional (BISCHOF-KÖHLER, 1991; LAGO et al, 2013).

Já no âmbito das neurociências, as pesquisas demonstraram que a observação e a imitação de emoções, acarreta no indivíduo a adoção de certas expressões faciais, gerando mudanças no sistema nervoso que estão relacionadas com o sentimento da emoção correspondente. Além disso, nessa área, há constatações de que danos em determinadas regiões do cérebro ligadas ao reconhecimento de emoções levam a incapacidade deste indivíduo de perceberem emoções (DECETY et al, 2004).

Pesquisas sobre dor constataram que a observação de imagens de dor e sofrimento, levavam o observador a representar aquele tipo de sofrimento em seus próprios corpos, como se estivessem vivenciando aquela situação (DECETY et al, 2006).

A imitação de forma não intencional, também foi apontada pela psicologia social, quando adotamos comportamentos de alteração no tom de voz, no sotaque, velocidade na verbalização, nas posturas e até mesmo nos estados de humor de outros indivíduos (DECETY et al, 2004).

Essas pesquisas convergem para a existência desse mecanismo que proporciona o compartilhamento de emoções entre pessoas, fundamental às interações sociais e que resulta da relação percepção-ação, onde por meio do processo mímico e das representações, possibilita o compartilhamento de afetos entre o eu e o outro.

Por outro lado, é a consciência eu-outro ou o autoconceito, o segundo componente funcional, que propicia a distinção entre a nossa experiência da experiência do outro e pressupõe a existência de autoconsciência (LAGO et al, 2013).

A pessoa que se reconhece tem consciência do seu estado mental e é capaz de perceber os estados mentais dos outros. O desenvolvimento do eu tem início na infância e conforme a distinção eu-outro vai se aperfeiçoando ocorre diminuição de mimetização e surgem comportamentos de ajuda e de empatia diante de uma situação de sofrimento e estresse de outrem (DECETY et al, 2004).

Em uma pesquisa realizada com crianças correlaciona variáveis de preocupação empática, por meio de intervenção das mesmas em uma dada situação, e de autorreconhecimento pela visualização de seus reflexos no espelho, chegou-se à conclusão de que para o processo empático ocorrer é essencial o autoconceito, pois possibilita o reconhecimento tanto das próprias ações quanto a compreensão dos atos de outrem. A ausência da consciência eu-outro caracteriza o contágio emocional e não a empatia (LAGO et al, 2013).

O último componente funcional, a flexibilidade mental e autorregulação compreende a tomada de perspectiva, que significa a adoção do ponto de vista subjetivo de outra pessoa, necessária ao processo empático humano. Trata-se de uma atitude consciente ou inconsciente a depender do contexto de uma dada situação. Essa habilidade é que diferencia o ser humano de todos os outros animais e que é indispensável para a comunicação interpessoal (LAGO et al, 2013).

Há indícios de que essa flexibilidade mental de tomar a perspectiva de outrem seja um processo capaz de ser controlado e treinado intencionalmente, o que mais uma vez indica que componentes da empatia podem ser desenvolvidos no decorrer da vida.

A importância da autorregulação fica explicitada na manutenção da distinção eu-outro ao possibilitar que a inferência de perspectiva própria da do outro não seja confundida, isto porque a flexibilidade mental tem sua importância, porém apresenta o risco de o sujeito realizar

inferências impróprias acerca do estado subjetivo do outro, isto se deve ao fato de que na tentativa de tomada de perspectiva de outrem, o indivíduo insere sua própria perspectiva, ou seja, seus estados emocionais de como agiria diante da situação. Assim, conflitos sociais são marcados por inferências inadequadas da perspectiva dos outros e a autorregulação é quem torna possível essa distinção (LAGO et al, 2013).

A empatia modifica-se nas fases evolutivas do desenvolvimento humano e sofre influência do modo de organização social dos seres humanos e animais. Seu início parece acontecer ainda nas fases iniciais da infância e seu desenvolvimento dependerá das condições de socialização e cuidado no contexto familiar. Caso o ambiente familiar seja favorável a criança terá maior probabilidade de ser habilidosa socialmente, porém se a criança for negligenciada ou abusada, poderá ocorrer déficits em empatia que levam ao comportamento agressivo (GARCIA, 2001; PAVARINO et al, 2005).

A definição de comportamento agressivo consiste na produção de maneira intencional de um ato que causa dano, dor ou sofrimento ao outro, em que o agressor não tem a capacidade de sensibilizar-se nem de reconhecer no outro as emoções geradas pelo ato, seja de medo ou pavor mediante ao sujeito agressor, desse modo, esta definição contrasta com o próprio conceito de empatia (DEL PRETTE, 2005; DEL PRETTE, 2003; PAVARINO et al, 2005).

Nesse sentido, a educação parental torna-se relevante, em virtude de proporcionar o ensino de comportamentos baseados em princípios e valores morais e familiares, que visem a responsabilidade, a autonomia e a adoção de comportamentos sociais favoráveis. Como é o caso de alguns pais que ensinam aos seus filhos o que eles devem ou não fazer, principalmente após ter cometido uma falta com outra criança, assim eles estimulam comportamentos empáticos. O mesmo não ocorre com pais que punem severamente seus filhos, que desencadeiam diante de outra criança que sofre o sentimento de medo ou uma atitude agressiva (DEL PRETTE, 2005; GOMIDE, 2003; HARRIS, 1996; HOFFMAN, 1960; PAVARINO et al, 2005).

As respostas emocionais podem ser organizadas desde o nascimento. Os choros constituem as primeiras formas de comunicação do bebê com o seu cuidador, que tem a oportunidade de fortalecer o vínculo e permitir que ele saiba que tem ação sobre o mundo ao seu redor e também sobre o seu estado interno (KLAUS et al, 2000). É o desenvolvimento socioafetivo e também o cognitivo que vai proporcionar respostas empáticas desenvolvidas no *continuum*, caracterizado por processo empático, no decorrer da vida, estas respostas incluem tanto comportamentos motores, quanto emocionais: imitação, reflexo e automaticidade que são

facilitadores da relação social (BARNETT, 1992; FESHACH, 1992; GOLDSTEIN et al,1985; PRESTON et al, 2002).

Desse modo:

O desempenho de habilidades sociais empáticas requer autocontrole da reação imediata ao comportamento do interlocutor, observação acurada das pistas que sinalizam a situação deste especialmente, as não verbais (postura, gestos, forma de olhar) e paralinguísticas (fala rápida, excesso de pausas, gagueira), tomada de perspectiva (colocar-se no lugar do outro) e disposição para ouvir, demonstrada também por meio de componentes verbais e não verbais que facilitam o compartilhamento da experiência (ARAÚJO, 1999; ARAÚJO et al, 2003; DEL PRETTE, 2005).

Em contrapartida, níveis de empatia insatisfatórios comprometem a socialização e a educação, refletidos pela oportunidade escassa de habilidades interpessoais e por comportamentos não agressivos. Esse fato pode ser encontrado nas situações em que é frequente a rejeição das crianças pelo grupo de pares, o que as leva a tornarem-se agressivas e a relacionamentos interpessoais empobrecidos, caracterizando um ciclo difícil de ser rompido sem intervenções terapêuticas ou educativas (DEL PRETTE, 2005; DEL PRETTE, 2003).

2.1.3 Componentes da empatia

Apesar de alguns autores discordarem quanto à empatia ser um fenômeno predominantemente cognitivo ou essencialmente afetivo, na atualidade, ele é considerado um construto multidimensional complexo, formado por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (FALCONE, 2008, 2013).

O componente cognitivo refere-se à capacidade de inferir sentimentos e pensamentos de alguém em um determinado contexto. Trata-se da adoção da perspectiva de outrem, sendo também conhecido como tomada de perspectiva, está ligado à cognição e a flexibilidade interpessoal, referida anteriormente. É este componente que requer a distinção entre autoconsciência e a consciência do outro, as quais desempenham importante papel na autorregulação e na flexibilidade cognitiva, diminuindo frustrações e conflitos interpessoais (DECETY et al, 2004; FALCONE, 2008, 2011, 2013; LAGO et al, 2013).

Segundo Lago et al (2013), seria através desse componente que o sujeito seria capaz de compreender os sentimentos e razões de outra pessoa, além de poder prever quais os comportamentos e pensamentos adotados por esta, através da simulação da perspectiva experienciada pelo outro.

O componente afetivo volta-se para a aptidão de experimentar o compartilhamento de sentimentos, sentir compaixão e preocupação pelo bem-estar da outra pessoa, sem necessariamente experimentar os mesmos sentimentos deste, mas um entendimento de seus sentimentos. No entanto, ele difere do contágio emocional ou angústia pessoal que consistem em fases presentes nos primeiros estágios do desenvolvimento humano, consideradas reações pré-empáticas, que podem persistir na fase adulta (FALCONE, 2008, 2011, 2013).

Acredita-se que este componente ligado ao afeto, seja motivado pelo altruísmo, pois a preocupação empática implica motivação altruísta, definido como o ato de ajudar intencionalmente alguém, sem qualquer interesse, ou ainda, a capacidade de sacrificar seus interesses em benefício do outro (FALCONE, 2008; MICHENER et al, 2005).

Além disso, embora os efeitos decorrentes de ação altruísta sejam positivos porque provocam efeitos neurais e biológicos que assemelham o prazer de doar ao ganho de uma gratificação, cabe salientar que para o comportamento de ajuda ocorrer, somente o altruísmo não é suficiente, em virtude da decisão de ajudar que também está ligada à análise dos benefícios e riscos envolvidos na situação que necessite dessa ação, ou seja, a ação altruísta é modulada por fatores cognitivos, que julgam as vantagens para os envolvidos decorrentes da ação (BATSON, 1997; MOLL, 2006).

O último componente, o comportamental, reflete o entendimento dos sentimentos e da situação vivenciada pela outra pessoa através da comunicação verbal e não-verbal, de modo que a pessoa se sinta verdadeiramente compreendida. É através desse componente que se pode perceber se houve acuidade da percepção da pessoa que empatiza (FALCONE, 2011, 2013).

Para a caracterização do fenômeno da empatia como um construto multidimensional há necessidade da presença desses três componentes (cognitivo, afetivo e comportamental), a ausência de qualquer um deles não configura empatia, como é o caso da angústia pessoal ou do contágio emocional, que consistem em manifestações pré-empáticas, onde o componente cognitivo, que controla e regula a emoção não está presente e distancia qualitativamente esses sentimentos do construto empatia (FALCONE, 2011, 2008).

2.1.4 Fases da Empatia

A partir do conhecimento dos três componentes que constituem a empatia, torna-se possível, distinguir suas duas fases que a eles estão relacionadas. A primeira fase é a compreensão empática que consiste na capacidade de buscar compreender os sentimentos e pensamentos do outro, através de posturas que transmitam a ele atenção e escuta ativa; e a

comunicação empática voltada a demonstrar a compreensão do outro, através da verbalização empática das percepções do estado emocional deste (FALCONE, 1998, 1999, 2000).

A compreensão empática, primeira etapa, abarca prestar atenção e ouvir sensivelmente a pessoa que precisa de ajuda, já a comunicação empática consiste em verbalizar empaticamente.

Quando a pessoa que se dispõe a ajudar busca proporcionar uma atenção empática, isto significa que ela demonstra uma atitude corporal e psicológica voltada para a outra pessoa, uma comunicação não-verbal, porém que transmite a partir do olhar, da postura aberta e voltada para a outra pessoa, do movimento de cabeça, que apresenta interesse em atendê-la. Ao mesmo tempo em que procura captar mensagens não verbais da pessoa que precisa de ajuda, como expressões emocionais que revelem nervosismo, angústias, detectadas pela velocidade da fala, da expressão facial e corporal, da respiração, da aparência geral (FALCONE, 1999, 2007).

Ouvir sensivelmente consiste em ouvir verdadeiramente o outro, segundo suas palavras e expressões, sem julgamentos, neste sentido, a pessoa sente-se compreendida, reconhecida, valorizada. Esta atitude possibilita a redução de conflitos sociais, de sentimentos geradores de mágoa e raiva, pois a partir do momento que a pessoa sente que está sendo ouvida, compreendida em suas razões, abre-se para o diálogo e minimiza esta negatividade emocional, gerando o entendimento das partes (FALCONE, 1999; GOLEMAN, 1995; NICHOLS, 1995).

No entanto, a adoção dessa postura compreensiva requer da pessoa disposta a ouvir o desligamento de suas próprias perspectivas, pensamentos e julgamentos, concentrando-se no que é transmitido seja pela fala ou pelas expressões faciais, corporais e emocionais do outro, voltando-se inteiramente para este, colocando-se no contexto por ele vivenciado, fazendo um esforço mental da relação existente entre a situação experimentada por este e os seus sentimentos, perspectivas e o significado para ele (EGAN, 1994).

A comunicação empática, fase verbal e segunda etapa da empatia, consiste em verbalizar empaticamente, demonstrar que a pessoa está sendo compreendida, ao passo que é encorajada a explorar seus medos, preocupações e contexto a fim de escolher a melhor possibilidade de resolução ou mudança. Dessa maneira, a pessoa que ajuda deve valorizar os sentimentos e razões da outra pessoa sem julgá-la, relacionando o contexto e as perspectivas da outra pessoa. Assim, o mais importante é buscar validar os sentimentos, ouvir o que a pessoa diz antes de expressar o próprio ponto de vista, que pode ser diferente e gerador de conflitos, a depender da maneira como se fala (FALCONE, 1999, 2007).

2.1.5 Tipos de empatia

Um estudo sobre empatia ligado a Enfermagem realizado por Kunyk et al (2001), indicou cinco diferentes naturezas para este fenômeno: a empatia como traço humano, a empatia enquanto situação profissional, a empatia como processo de comunicação, empatia como sinônimo de cuidado e a empatia como um relacionamento especial (LAGO et al, 2013).

Enquanto traço humano, a empatia estaria ligada a uma capacidade natural do ser humano, que não é aprendida, mas que pode ser aprimorada e estimulada. Se este desenvolvimento for ligado a uma situação profissional, como na clínica, este construto torna-se ainda mais desejável, por conter os componentes cognitivo e comportamental, utilizados com a intenção de compreender as demandas experienciadas pelos pacientes, bem como por se tratar de uma habilidade comunicacional que pode ser aprendida (KUNYK et al, 2001; LAGO et al, 2013).

Por outro lado, a empatia vinculada ao processo de comunicação, é composta por três momentos com o objetivo de compreender acuradamente os sentimentos do paciente. Esses três momentos consistem na percepção da emoção e contexto vivenciado pelo paciente, a transmissão pelo cuidador de compreensão das razões deste e por último a percepção pelo paciente de que foi compreendido. Esta empatia requer tanto da aptidão inata do ser humano quanto da possibilidade de aprendê-la (KUNYK et al, 2001; LAGO et al, 2013).

A empatia com enfoque no cuidado consiste na compulsão por ajudar o outro diante de sua dor, após a observação, percepção e compreensão do contexto que o paciente está vivenciando, porém, neste significado de empatia a preocupação é proceder diante do desconforto e não diante da compreensão do paciente (KUNYK et al, 2001; LAGO et al, 2013).

Por fim, a empatia voltada para um tipo especial de relacionamento indica que este fenômeno está diretamente ligado a relação de reciprocidade entre cuidador e paciente (KUNYK et al, 2001; LAGO et al, 2013).

A empatia como sinônimo de cuidado foi descrita por Lago et al (2013) como sendo o tipo de processo empático que tem a compaixão como último estágio, em virtude de ser nessa concepção que a preocupação com o bem-estar do outro culmina na utilização de meios para proporcioná-lo.

Nessa obra, o autor diferencia a compaixão e a empatia, caracterizando a primeira como estágio do processo empático em que o foco é solucionar a dor alheia, sanar o conflito ou a dificuldade percebida através da empatia com a outra pessoa, ou seja, da percepção do contexto vivenciado pelo outro, após a transmissão do entendimento dos seus sentimentos.

Nesse estudo, Lago et al (2013) traz particularidades acerca de empatia e compaixão relacionando estes dois termos e referenciando a importância dos mesmos nos profissionais de saúde, que embora necessitem destes fenômenos para que possam cuidar ou ajudar as pessoas, sofrem pelo excesso de compadecimento, o que recentemente tem sido descrito como fadiga por compaixão, principalmente pelos profissionais de socorro ou que trabalham em serviços de emergência.

Para os autores, a compaixão é definida como um sentimento de pesar proveniente da percepção do sofrimento alheio, está atrelada a empatia, pois somente sente compaixão quem é capaz de captar os sentimentos ou necessidade de ajuda de outrem. Enquanto a compaixão refere-se a vontade que o indivíduo sente de agir em determinada situação, é por meio do processo empático que se tem o conhecimento de que alguém sofre (LAGO et al, 2013). Em outras palavras, é a empatia que torna possível a compaixão, está definida por Morse et al (1992) como “preocupação empática”.

Como dito anteriormente, o conceito de empatia adotado na presente pesquisa, será o de Falcone, onde além da percepção dos sentimentos de outra pessoa, há necessidade do elemento comportamental em que a pessoa deve se sentir compreendida através de atitudes de disponibilidade da pessoa que se propõe a ajudar. Neste sentido, o enfoque não será dado ao cuidado em solucionar a dor do outro, mas em buscar compreendê-lo, visar seu bem-estar, o que é fundamental nas profissões de ajuda, sobretudo na Enfermagem.

2.2 A empatia e o Cuidado de Enfermagem na Emergência

Neste tópico, será brevemente abordado o papel desempenhado pela Enfermagem no serviço de emergência, pois volta-se diretamente ao objeto deste estudo.

Parte fundamental das equipes de saúde, a enfermagem é representada pelo maior número de profissionais dessa área, responde por 60% das ações, com assistência 24h por dia, no sentido de promover, prevenir, intervir e recuperar a saúde das pessoas. Por esse motivo, apresenta contato mais íntimo com os usuários do serviço de saúde em relação a outras categorias, além de compartilhar da dor e do sofrimento decorrentes da aproximação dos diferentes contextos (BULHÕES, 1994).

Os cuidados de enfermagem são dispensados em diversas situações, a depender das áreas de atuação. A condição para a possibilidade do cuidado é a vulnerabilidade do ser humano, que devido a sua fragilidade, por vezes, necessita de cuidados de outros humanos,

quando em situação de vulnerabilidade máxima, quando a doença e o sofrimento estão presentes (ROSELLÓ, 2009).

Esta vulnerabilidade possibilita, mas também limita o cuidado, pois quem cuida é um ser humano e, por esse motivo, é igualmente vulnerável, assim, sua ação de cuidar sofre influência de sua condição técnica e humana. A pessoa que cuida necessita também de cuidados. Por outro lado, se a pessoa que cuida fosse impermeável a essa vulnerabilidade, ao sofrimento e ao mal, o cuidado ficaria prejudicado, pois isto impossibilitaria a compreensão da dor alheia. Trata-se, pois de uma experiência vicária que fundamenta a possibilidade da ação de cuidar. Somente quem sofre compreende a quem está em sofrimento (ROSELLÓ, 2009).

A dor do outro é o combustível capaz de iniciar uma reação que se começa com a tensão e estresse, levando o indivíduo a se empenhar em socorrer a pessoa que sofre. E é essa capacidade que permite a vida em sociedade, porém é geradora de grande desgaste nos profissionais que lidam com a emergência cotidianamente (LAGO et al, 2013).

No serviço de urgência e emergência, caracterizada como uma situação de extrema vulnerabilidade de pessoas, as situações imprevisíveis estão sempre presentes, o que requer do profissional vasto conhecimento e habilidade técnica, tomada de decisões rápidas, precisas e saber distinguir prioridades. Essas atribuições, na maioria das vezes, são geradoras de angústia e estresse nos profissionais. Acrescenta-se a isso, o fato do cuidado prestado ser voltado também às pessoas em situação de fragilidade, a família e o paciente (BELANCIERI, 2005, 2010; MENZANI et al, 2009).

A atenção ao paciente grave é permeada pela correlação entre objetividade, com a avaliação de casos prioritários e, cuidado integral onde o paciente necessita ser considerado em todas as suas funções, ou seja, com um olhar integral.

Estas exigências, somadas a dinamicidade de atendimento, são causadoras de estresse em profissionais da emergência, além dos seguintes fatores:

problemas pessoais de ordem emocional, afetando diretamente a comunicação e o desempenho do profissional; a ansiedade causada pela expectativa de um desempenho adequado; questões éticas; estresse do paciente e do familiar agravados pela alta demanda, impondo maior habilidade do profissional para controlar a situação; condições de trabalho inadequadas relacionadas ao ambiente, recursos materiais e tecnológicos (MENZANI et al, 2009).

Acrescenta-se ainda, outros estressores: controle em demasia por parte da instituição; dificuldades nas relações interpessoais; inobservância da ética pelos colegas; atividades rotineiras e repetitivas; clima de sofrimento e morte; salários insuficientes; falta de lazer; falta de apoio e de reconhecimento pela instituição, além de cansaço, tensão muscular, nervosismo,

irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, cefaleias, problemas de memória, depressão, entre outros (BELANCIERI, 2003, 2005).

Esses fatores foram apontados por estudos desenvolvidos no Brasil, sobre o estresse nos profissionais da saúde em prontos-socorros do país, o que traduz uma realidade vivenciada em todos os hospitais dos estados da federação e correlaciona-se diretamente ao local adotado pela presente pesquisa.

Assim pode-se apreender que os trabalhadores da área da enfermagem sofrem forte impacto de estressores internos e externos, o que compromete sua saúde e sua qualidade de vida, bem como afeta seu desempenho profissional e influencia a assistência aos usuários do serviço de saúde (BELANCIERI, 2010).

2.3 Escalas de Empatia – Inventário de Empatia

Atualmente a empatia tem sido considerada uma competência necessária às pessoas que precisam se adaptar às mudanças extraordinárias desse século, sobretudo no mercado de trabalho, cuja dinâmica de ação ligada à inteligência e espírito de trabalho evoca também o trabalho de equipe, aspecto considerado responsável pelo sucesso profissional, resultante também de outros fatores que tornam possíveis as relações interpessoais, como a capacidade de trabalhar em grupo, de ouvir, de se colocar no lugar dos outros e de ouvir a própria consciência, o que leva a conclusão de que para a obtenção de sucesso mais do que inteligência intelectual, há necessidade de inteligência emocional (GOLEMAN, 2012).

Além disso, acredita-se que a habilidade empática funcione como um dos mediadores da prossociabilidade humana, o que tem levado pesquisadores a estudar fatores relacionados a comportamentos antissociais e prossociais, no intuito de reduzir índices de violência que tem marcado a vida contemporânea (FALCONE, 2009). Outros estudos apontam que déficits em empatia constituem um fator de risco para comportamentos antissociais, até mesmo agressivos (PAVARINO, 2005).

Na saúde, a preocupação crescente com aspectos subjetivos das pessoas, por vezes responsáveis pelo estado mental, físico e social variáveis e resultantes do equilíbrio entre eles, tem se tornado foco da atenção à saúde, principalmente após o lançamento da política nacional de humanização, que objetiva a qualificação dos serviços de saúde, através da melhoria das relações entre gestão, profissionais e usuários do serviço, por meio de uma assistência baseada na integralidade, no cuidado, resolutividade e reciprocidade entre os envolvidos na produção de saúde (BARBOSA et al, 2013; WALDOW, 2006).

Nesse contexto, o interesse em analisar a empatia tem crescido nos últimos anos, devido a sua importância como característica intrapessoal que minimiza ou soluciona conflitos, favorece o vínculo e o relacionamento interpessoal, o que tem sido feito por meio de uma variedade de instrumentos. Entre eles, encontram-se os que utilizam índices fisiológicos (como a avaliação da temperatura da pele e das frequências cardíaca e respiratória), índices somáticos (análise das expressões faciais e dos gestos), ilustrações com fotos, figuras e gravações em vídeo, questionários e escalas de autoanálise e, neuroimagens funcionais (SAMPAIO et al, 2011). Porém, os questionários e escalas de autoavaliação, tipo lápis e papel são os mais comumente utilizados devido ao baixo custo, maior confiabilidade e simplicidade na aplicação.

O uso mais frequente de escalas de autoavaliação, tem sido justificado ainda porque os outros instrumentos apresentam algumas particularidades, conforme citam Decety et al (2004), como as expressões faciais que estimulam emoções no observador similares às daquele que está sendo observado. Dessa maneira, este método investiga os aspectos emocionais da empatia, mas também podem ser utilizadas para estimular reações emocionais vicárias em sujeitos experimentais.

Já a análise por métodos somáticos e fisiológicos apesar de úteis, apresentam desvantagens como, o custo alto de aparelhos desconfortáveis para os participantes, que necessitam de pesquisador especializado no manuseio e inferência acurada do pesquisador aos tipos de reações afetivas emergidas na pesquisa (EISENBERG et al, 1987; PRESTON et al, 2002).

Por outro lado, os instrumentos de histórias ilustradas, questionários e escalas apesar de possibilitar a aplicação em amostras maiores, possuem desvantagens, como, não abarcarem dimensões comportamentais não-verbais que estão ligadas na produção da empatia.

As escalas de empatia aplicadas em diversos campos são variadas, dentre elas: o *Questionnaire Measure of Emotional Empathy*, de Mehrabian e Epstein (1972), e o *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, de Davis (1983) as mais conhecidas, a *Affective Perspective-taking Task* (Denham, 1986), o *Interpersonal Perception Test – IPT* (Borke, 1971), o *Feshbach Affective Situation Test for Empathy – FASTE* (Feshbach & Roe, 1968), o *Empathy Continuum Scoring System – ECSS* (Strayer, 1987), o *Index of Empathy for Children and Adolescent* (Bryant, 1982), a *Empathy Scale* (Hogan, 1969) e o teste *How I Feel in Different Situations* como importantes instrumentos utilizados para mensurar a empatia e a capacidade de tomada de perspectiva (SAMPAIO, 2011).

Acrescenta-se a essas, outras escalas que foram desenvolvidas para uso no âmbito da saúde como a Barrett-Lennard Empathy Scale, Escala de Empatia de Reynolds o Inventário de

Empatia, Jefferson Scale of Physician Empathy e a denominada CARE (Consultation and Relational Empathy), empregada na prática médica (SCARPELLINI et al, 2014).

O instrumento utilizado na presente dissertação consiste em um questionário intitulado Inventário de Empatia, instrumento elaborado e validado no Brasil por Falcone et al (2008), que visa avaliar o nível de empatia de acordo com um modelo multidimensional, sendo composto por 40 itens elaborados a partir dos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, que identificam esse construto em 16 situações de interações sociais, que serão abordados posteriormente.

A justificativa para a escolha desse instrumento é baseada na sua configuração como uma medida brasileira, pois, a avaliação da empatia no âmbito nacional, devido à ausência de instrumentos, está atrelada ao uso de escalas internacionais traduzidas, adaptadas e validadas para a realidade brasileira, o que consiste em um dos maiores desafios para essa mensuração. Desse modo, a criação do Inventário de Empatia tende a minimizar esses desafios, por esse motivo foi adotado pela pesquisa em questão (RODRIGUES et al, 2014; BARROS, 2008; FALCONE, 1999).

Além disso, esse instrumento adota a perspectiva da empatia como construto multidimensional, ou seja, analisa a partir de seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, e tem sido incentivado para uso em diversos estudos, para analisar e comprovar cada vez mais sua validação (FALCONE, 1999; KESTENBERG, 2012; RODRIGUES et al, 2014).

Acrescenta-se a isso, a abordagem acerca da vulnerabilidade da pessoa que recebe o cuidado e também da pessoa que cuida, que levou a reflexão de que o ser que cuida deve ser considerado segundo o contexto por ele vivenciado, pois segundo Carvalho (2006) “o ser humano é um todo integral e indivisível”, logo, fruto do meio, e portanto, do seu ambiente de trabalho, com disponibilidade de recursos, a demanda de pacientes do serviço, o relacionamento com os colegas de trabalho, os desgastes, estresses, problemas pessoais, os quais influenciam a assistência por ele prestada, sua desenvoltura, sobretudo sua preocupação e compreensão empáticas.

Desse modo, o estudo optou por fazer a análise da empatia nos profissionais da enfermagem, através da consideração de todas as suas relações sociais, visto que lidam com a vulnerabilidade humana de pacientes, familiares, de seus colegas de trabalho e com a própria vulnerabilidade (ROSELLÓ, 2009), o que culminou com a escolha deste instrumento em detrimento das escalas específicas da saúde cujo enfoque é dado a relação profissional-paciente.

Nesse contexto, salienta-se que segundo Kestenber, a empatia é uma habilidade socialmente aprendida, que influencia a uma diversidade de relacionamentos em todas as esferas sociais, ou seja, em todas as relações (KESTENBERG, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A presente pesquisa tem delineamento quantitativo, do tipo transversal analítico. Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno em um momento constante no tempo ou espaço. Assim, esse modelo de pesquisa apresenta-se como um corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (HOCHMAN, 2005).

A configuração analítica do estudo consiste na sua capacidade de permitir que se ultrapasse a característica descritiva ou de caracterização de aspectos distribuídos no tempo, no espaço ou conforme peculiaridades individuais (fatores como sexo, idade, etnia, condições socioeconômicas, dentre outros), e abarque a análise de uma hipótese, onde o investigador introduz um fator de exposição e o avalia utilizando ferramentas bioestatísticas. Geralmente, constituem-se na base dos estudos primários (HOCHMAN, 2005).

3.2 Local

O local escolhido para realização do estudo é um Hospital Geral de um estado do Nordeste brasileiro, por se tratar de um serviço de saúde referência para todo o estado, que atende pessoas em situação de urgência e emergência, e, portanto, seres que estão em situação de fragilidade física, mental, social, psicológica e/ou emocional, demandando dos profissionais uma atenção integral voltada a todos estes aspectos para o cuidado.

Esta instituição admite pessoas advindas de qualquer município do estado, constituindo na principal instituição de saúde do estado no atendimento à população que utiliza o sistema único de saúde. Apresenta alto índice de mortalidade com um quantitativo de 10 mortes por dia, o que é equivalente a 300 mortes por mês e aproximadamente 109.500 por ano.

O hospital é organizado em áreas que atendem os casos conforme a complexidade, característica e necessidade apresentada pelo usuário do serviço. Essas áreas são assim distribuídas: vermelha trauma, vermelha clínica, amarela, azul, verde, centro cirúrgico, pediatria, unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica, centro de tratamento de queimados e unidade de dor torácica.

Para fins de análise dos dados, os profissionais pertencentes às áreas descritas anteriormente foram reagrupados em dois grandes grupos, o da emergência (área vermelha,

amarela, UTI geral, UTI pediátrica e centro cirúrgico) e o da urgência (os outros setores citados e não inclusos no primeiro grupo).

Os profissionais que fazem parte do quadro apresentam ingresso na instituição através de três vínculos empregatícios: concurso público, processo seletivo, empenho, assim denominado os profissionais que são inseridos através de algum tipo de indicação ao cargo e, o extra, que consiste nos mesmos profissionais que apresentam um dos outros vínculos e que adquirem mais uma escala para prestar o serviço.

3.3 Amostra

Não-probabilística, obtida segundo a aceitação dos profissionais em participar da pesquisa, bem como do seu comparecimento na instituição de escolha para o estudo. Desse modo, os participantes da pesquisa foram os profissionais que compõem o corpo da Enfermagem do Hospital Geral, quais sejam, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, que atuam nos diversos setores desta instituição, visto que estes são os profissionais que cuidam das pessoas internadas com maior proximidade, devido ao manejo requerido diariamente para a prestação da assistência e também pelo tempo mais prolongado junto as mesmas.

Foram aplicados 270 questionários com seus respectivos termos de consentimento para aceitação da pesquisa, sendo que tiveram 30 desistências e 10 questionários incompletos e, portanto, excluídos da pesquisa. Assim, a amostra não probabilística contou ao final com 230 participantes. Além disso, os profissionais que durante o período de coleta estivessem de licença médica, férias ou afastamento por qualquer motivo, foram excluídos da amostra.

Os participantes foram os profissionais de enfermagem de nível médio, dentre estes: auxiliares e técnicos de enfermagem agrupados em uma só categoria e os profissionais de nível superior.

3.4 Critérios de Participação do estudo

3.4.1 Critérios de inclusão

O corpo da Enfermagem que atua no serviço diretamente com os usuários foi o critério de inclusão. Durante o período de coleta, pode-se constatar que os funcionários faziam rotatividade de setores a cada três meses, conforme o planejamento do hospital, cujo objetivo era evitar sobrecarga de trabalho, estresse e cansaço resultantes de um setor com maior poder de exaustão física e emocional.

3.4.2 Critérios de exclusão

Alguns setores fechados do hospital, como a Central de Material e Esterilização (CME), não realiza a rotatividade de setores, devido ao conhecimento ou especialização requeridos pelos que nela trabalham, sendo estes funcionários, que não mantem contato direto ao paciente, excluídos da pesquisa.

3.5 Instrumentos da Pesquisa

Foram utilizados dois instrumentos: O primeiro consistiu em um questionário sociodemográfico que visava apreender as características dos participantes da amostra, para sua descrição, através da idade, sexo, grau de escolaridade, tempo de formado, setor que trabalha no hospital, entre outros dados. O segundo, referia-se ao instrumento principal da pesquisa, representado por um questionário, denominado Inventário de Empatia, tipo de instrumento lápis papel, elaborado e validado no Brasil por Falcone et al (2008), que continha uma escala de 40 itens, baseados nos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, em 16 situações de interações sociais.

Essas situações baseiam os 40 itens do questionário e correspondem a capacidade da pessoa para: 1) iniciar uma conversa (2 itens); 2) manter conversa (5 itens); 3) encerrar conversa (2 itens); 4) fazer pedido sem conflito de interesse (4 itens); 5) fazer pedido com conflito de interesse (6 itens); 6) solicitar mudança de comportamento (7 itens); 7) recusar um pedido (4 itens); 8) responder a críticas (9 itens); 9) expressar opiniões pessoais (7 itens); 10) conversar com alguém que está revelando um problema (6 itens); 11) fazer perguntas (4 itens); 12) cumprimentar (3 itens); 13) cobrar dívida (5 itens); 14) terminar relacionamento (4 itens); 15) expressar sentimentos negativos (3 itens); 16) expressar sentimentos positivos (3 itens).

Cada um dos 40 itens, apresentam respostas que foram numeradas de 1 a 5, em uma escala do tipo Likert, de acordo com as frequências dos comportamentos descritos, onde 1 significa Nunca, 2 Raramente, 3 Regularmente, 4 Quase sempre e 5 Sempre, segundo a frequência com que os acontecimentos das situações sociais fossem aplicados aos respondentes. (Alpha total: 0,83).

Esses itens são separados em quatro fatores:

- 1) Tomada de Perspectiva (TP) – esse fator contém doze itens (6, 10, 11, 12, 17, 18, 21, 23, 25, 28, 31, 33), e consiste na capacidade de entender a perspectiva e

os sentimentos da outra pessoa, mesmo em situações que envolvam conflito de opiniões e ideias, o que necessita de um considerável esforço para compreender as razões do outro antes de expressar as próprias perspectivas. Um escore baixo neste fator denota uma dificuldade para compreender as perspectivas e sentimentos da outra pessoa, especialmente em situações de conflito de interesses. (Alpha de Cronbach: 0,78)

2) Flexibilidade Interpessoal (FI) – possui dez itens (4, 5, 8, 9, 13, 19, 24, 30, 32, 35) e se refere a capacidade para tolerar comportamentos, atitudes e pensamentos dos outros, os quais são muito diferentes ou provocadores de frustração. Um escore baixo neste fator indica dificuldade em aceitar pontos de vista diferentes e tendência a se aborrecer facilmente em situações de conflito de interesses ou de frustração interpessoal. (Alpha de Cronbach: 0,71)

3) Altruísmo (AI) – tem nove itens (2, 3, 16, 20, 22, 26, 36, 38, 40) e compreende a capacidade para sacrificar os próprios interesses com a finalidade de beneficiar ou ajudar outra pessoa. Um escore baixo neste fator revela tendência egoísta. (Alpha de Cronbach: 0,66)

4) Sensibilidade Afetiva (SA) - constituída por nove itens (1, 7, 14, 15, 27, 29, 34, 37, 39), expressa sentimentos de compaixão e de interesse pelo estado emocional do outro. Um escore baixo na Sensibilidade Afetiva reflete pouca atenção ou cuidado em relação às necessidades dos outros. (Alpha de Cronbach: 0,67)

Dentre esses fatores, existem 23 itens que são analisados de forma direta e 17 itens que são analisados de forma indireta, ou seja, reversa, onde a resposta dada pelo participante nas alternativas 5 e 4, serão na análise, trocados pela alternativa 1 e 2, da mesma forma o contrário, somente a resposta 3 (regularmente) não se altera. Esses itens são 3, 4, 5, 8, 9, 13, 16, 19, 20, 22, 24, 26, 30, 32, 35, 38 e 40, localizados nos fatores 2 e 3, isto é, Flexibilidade Interpessoal e Altruísmo.

O inventário, método de avaliação da empatia neste estudo, encontra-se dentre os métodos que possibilitam a mensuração desta habilidade social e consiste em uma medida de autorrelato, geralmente indicadas por serem mais fáceis de utilizar, visto que podem ser aplicadas em amplas amostras e avaliadas mais rapidamente (BATSON, 1992; FALCONE, 1998). Além disso, conforme foi observado por Caballo (1993), instrumentos desta natureza, ou seja, de autoavaliação das habilidades sociais, refletem uma boa medida da atitude e do

comportamento do sujeito em situações sociais diárias, constituindo, muitas vezes, na única maneira que se dispõe para avaliar o grau desta habilidade social de uma pessoa.

3.6. Coleta de Dados

Para a obtenção dos dados desta pesquisa, a aproximação com o possível participante ocorreu por meio de uma abordagem individual a cada profissional em seus respectivos setores no horário de trabalho. A pesquisadora se apresentou, justificou sua aproximação e prestou informações sobre a pesquisa, convidando-o a participar. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde o possível participante assina e concorda em contribuir com a pesquisa, após ler todos os termos que informa os riscos, benefícios, objetivos e a forma como será procedido o estudo.

A coleta foi realizada de julho de 2014 a janeiro de 2015, através do preenchimento pelos participantes de dois instrumentos: um questionário, a fim de agrupar as características que iriam compor a amostra e um inventário, descrito adiante. Em diversos casos, os participantes somente responderam aos instrumentos em outro momento, levando-os para casa, pois as atribuições e demanda de procedimentos no local de trabalho os impediam. Acrescenta-se a isso, a jornada dupla e a compreensão dos diversos afazeres em seus dias de folga que os fizeram aceitar contribuir com a pesquisa no ambiente laboral ou na condição de responder para entregar posteriormente.

3.7 Análise dos Dados

De posse do inventário com seus itens respondidos com base na escala que varia de 1 a 5 preenchida conforme o comportamento adotado e julgado pelo respondente, foram analisadas as afirmativas deste inventário, cujos itens se distribuem ainda por quatro subescalas: Tomada de Perspectiva (12 itens); Flexibilidade Interpessoal (10 itens); Altruísmo (9 itens); Sensibilidade Afetiva (9 itens).

A escala apresenta dentre os seus itens, 17 que são negativos e que para a avaliação dos resultados da escala estes deveriam ser invertidos para que, em seguida, fossem calculadas as médias das pontuações obtidas nos itens pertencentes a cada fator (FALCONE, 2008). O instrumento é corrigido tomando como referência a empatia e, assim, quanto maior o resultado maior o grau do fator considerado.

As análises foram realizadas em cada fator do inventário e também com a soma deles, que foi caracterizada como análise geral da empatia. Além disso, as variáveis que apontaram ter influência significativa para a pontuação em empatia foram cruzadas com outras variáveis, a fim de justificar os possíveis motivos relacionados a esta significância, sobretudo, com algumas variáveis apontadas na literatura como capazes de influenciar a empatia.

Outra análise também foi realizada, no sentido de verificar o percentual total de empatia encontrado entre os participantes, desse modo, foi elaborada através de uma regra de três um cálculo, que considerou a quantidade de itens de cada fator do inventário de empatia multiplicado pela pontuação máxima de cinco pontos, que culminou com uma fórmula para calcular o percentual total resultante em cada fator, para demonstrar quais fatores foram satisfatórios ou deficitários, levando em consideração que mesmo para os itens reversos a pontuação máxima também é cinco pontos. Nesse cálculo, a pontuação máxima, juntamente com o quantitativo de questões equivalem a 100 por cento e a quantidade encontrada entre os participantes se configurará na porcentagem da pontuação obtida em cada fator.

$$\%Fator = \frac{p.100\%}{n . 5}$$

Esta fórmula corresponde a regra de três para o percentual de cada fator após apreensão e cálculo dos dados, onde n refere-se ao número de itens do fator; p refere-se a pontuação encontrada naquele fator e % Fator corresponde à porcentagem da pontuação encontrada naquele fator. A partir desse mecanismo, pode-se obter a pontuação geral da empatia.

A estatística conta com uma parte descritiva, por meio de frequências simples e relativas, médias e desvio padrão; e também com uma parte analítica por meio de análise de variância (ANOVA) e Alfa de Cronbach no nível de significância de 0,05.

3.8 Aspectos Éticos

Este estudo foi desenvolvido através da apreciação dos referenciais bioéticos e fundamentos éticos relativos às pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n° 466/12 do CNS/CONEP.

Nesse sentido, a pesquisa buscou tratar os sujeitos em sua dignidade, respeitando sua autonomia, liberdade, limitações e possíveis alterações no seu estado emocional. Sendo assim, a etapa de coleta de dados somente iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer de nº 31506914.1.0000.5013.

Para o desenvolvimento científico proposto, foi necessário o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos, através da assinatura de um documento impresso em duas vias, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma das quais foi entregue a eles e outra ficou de posse das pesquisadoras. Neste termo, os participantes foram devidamente orientados sobre o que ocorreria na pesquisa, através de uma comunicação objetiva e acessível.

O esclarecimento relativo ao estudo foi efetuado respeitando o momento, condição e local mais adequado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade. Além disso, houve a concessão de tempo adequado para que o voluntário pudesse refletir, consultando, se necessário, outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Os participantes foram informados que não teriam qualquer despesa com sua participação no estudo e que teria resguardada garantia de sigilo dos dados e informações

4 RESULTADOS

Os resultados emergidos da pesquisa foram organizados da seguinte maneira. Inicialmente foram abordadas as características que compuseram a amostra de acordo com os dados solicitados no questionário sociodemográfico, posteriormente foram analisados os resultados das pontuações obtidas no inventário pelos participantes de uma maneira geral e também conforme a categoria profissional, por último foram representadas as pontuações por fator de acordo com as variáveis que caracterizaram os participantes da amostra.

4.1 Análise Descritiva

4.1.1 Características dos participantes

Participaram do estudo 230 pessoas, a maioria se tratava de mulheres totalizando 205 (89,1%) (ver tabela 1). A média de idade foi de 42,3 anos, sendo que 117 (50,9%) tinham idade menor que 42 anos. A proporção de pessoas casadas 120 (52,2%) foi maior do que os outros estados civis e os participantes em sua maioria tem filhos 175 (76,1%) (ver tabela 1).

O grau de escolaridade foi separado em três grupos: ensino médio, superior incompleto e superior completo, sendo que este último abarcou o maior número de participantes 108 (47,0%). Para caracterizar a amostra foi adotada também a variável cor, onde os participantes foram em maior proporção pardos 117 (50,9%), seguidos pela cor branca 69 (30,0%) (ver tabela 1).

No que tange a situação socioeconômica, o tipo de residência foi levado em consideração, sendo 154 (67,0%) participantes moradores de casa e 76 (33%) de apartamento, de ambos os grupos a maioria da situação do imóvel fosse própria 159 (69,4%) (ver tabela 1)

Aos participantes foi questionado como eles utilizavam o tempo de folga em casa, os quais poderiam dizer mais de uma alternativa, as respostas variaram. A maioria dos participantes informou assistir televisão 136 (59,1%), seguido dos que relataram ajudar em casa 140 (60,9%) e posteriormente os que disseram usar o computador 99 (43,0%), outras atividades desempenhadas no tempo de folga estão descritas na tabela 1. Uma porcentagem significativa informou já ter ouvido falar em empatia 203 (88,3%) (ver tabela 1).

Os resultados relativos aos aspectos profissionais dos participantes descritos na tabela 4.1.1.2 revela que compuseram o estudo 171 (74,3%) profissionais de enfermagem do nível médio e 59 (25,7%) enfermeiros, pertencentes aos diversos setores do hospital, que para fins de

análise foram agrupados em dois grandes grupos: áreas de emergência que englobou os setores de maior criticidade de pacientes e de intervenções e áreas de urgência com pacientes mais estáveis e que consistiu no quantitativo maior representado por 137 profissionais (59,6%) (ver tabela 2).

Pouco mais da metade dos participantes, 117 (50,9%) apresentam mais de um vínculo empregatício. A média de carga horária semanal foi de 44, 8 horas por semana, sendo que 121 (52,8%) apresentam carga horária semanal de mais de 36 horas (ver tabela 2).

Por fim, os funcionários que tem mais de 10 anos ou 120 meses na instituição somaram 143, ou seja, 62,4% da amostra (ver tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis pessoais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	%	IC_{95%}
Sexo			
Homem	25	10,9	7,2 a 15,6
Mulher	205	89,1	84,4 a 92,8
Idade menor que 42			
Sim	117	50,9	44,2 a 57,5
Não	113	49,1	42,5 a 55,8
Estado civil			
Casados	120	52,2	45,5 a 58,8
Companheiros	26	11,3	7,5 a 16,1
Divorciados	4	1,7	0,5 a 4,4
Separados	23	10,0	6,4 a 14,6
Solteiros	50	21,7	16,6 a 27,6
Viúvos	7	3,0	1,2 a 6,2
Escolaridade			
Ensino Médio	91	39,6	33,2 a 46,2
Superior Completo	108	47,0	40,4 a 53,6
Superior Incompleto	31	13,5	9,3 a 18,6
Cor			
Amarelos	10	4,3	2,1 a 7,9
Brancos	69	30,0	24,2 a 36,4
Indígena	1	0,4	0,0 a 2,4
Negros	33	14,3	10,1 a 19,6
Pardos	117	50,9	44,2 a 57,5
Tem filhos			
Sim	175	76,1	70,0 a 81,4
Não	55	23,9	18,6 a 30,0
Reside em			
Casa	154	67,0	60,5 a 73,0
Apartamento	76	33,0	27,0 a 39,5
Situação			
Própria	159	69,4	63,0 a 75,3
Não própria	70	30,6	24,7 a 37,0

Tempo de folga			
Televisão	136	59,1	52,5 a 65,5
Computador	99	43,0	36,6 a 49,7
Turma de amigos	36	15,7	11,2 a 21,0
Ajuda em casa	140	60,9	54,2 a 67,2
Vídeo game	3	1,3	0,3 a 3,8
Trabalha	37	16,1	11,6 a 21,5
Namora	34	14,8	10,5 a 20,0
Nada	5	2,2	0,7 a 5,0
Estuda	66	28,7	22,9 a 35,0
Ouviu falar em empatia			
Sim	203	88,3	83,4 a 92,1
Não	27	11,7	7,9 a 16,6

Tabela 2 – Distribuição das variáveis profissionais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	%	IC_{95%}
Categoria			
Enfermagem (médio)	171	74,3	68,2 a 79,9
Enfermeiros	59	25,7	20,1 a 31,8
Setores			
Áreas emergência	93	40,4	34,0 a 47,1
Áreas urgência	137	59,6	52,9 a 66,0
Tempo de serviço < 120 meses			
Sim	86	37,6	31,3 a 44,2
Não	143	62,4	55,8 a 68,7
Carga horária semanal menor que 36 horas			
Sim	108	47,2	40,6 a 53,8
Não	121	52,8	46,2 a 59,4
Outros vínculos			
Sim	117	50,9	44,2 a 57,5
Não	113	49,1	42,5 a 55,8

4.1.2 Pontuações dos participantes no IE

As pontuações obtidas pelos participantes no Inventário de Empatia foram agrupadas conforme os fatores do instrumento e do escore total obtido pela soma das pontuações em cada um desses fatores: a Tomada de Perspectiva ou Fator 1, a Flexibilidade Interpessoal ou Fator 2, o Altruísmo ou Fator 3 e a Sensibilidade Afetiva ou Emocional ou Fator 4. Os escores encontrados no estudo estão descritos na tabela a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos escores dos quatro fatores da empatia do IE. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

FATORES	Média	Desvio padrão
Tomada de Perspectiva	43,4	7,3
Flexibilidade Interpessoal	29,3	6,7
Altruísmo	28,9	5,9
Sensibilidade Afetiva	36,9	5,4
Escore total	138,6	17,2

4.2 Análise da Empatia

4.2.1 Análise geral da empatia

A empatia foi organizada em tópicos e analisada da seguinte maneira: pelo escore total obtido pela soma dos fatores com valor absoluto, percentual e por cada fator do inventário; pelas pontuações alcançadas conforme as características sociodemográficas; pela categoria profissional; por estratificação.

a. Escore total, percentual e por fator do inventário

Os fatores que revelaram índices mais baixos para a empatia foram à Flexibilidade Interpessoal e o Altruísmo, comparados à Tomada de Perspectiva e à Sensibilidade Afetiva. No entanto, salienta-se que os valores estiveram acima dos 50%, ou seja, obtiveram pontos maiores que a metade de pontos possíveis, o que significa dizer que eles não se encontram extremamente deficientes, mas que comparado aos outros foram mais baixos e podem ou devem ser aprimorados.

Isto significou que os profissionais da enfermagem, do serviço hospitalar de emergência tem preocupação em ajudar o outro e conseguem detectar a ajuda que outra pessoa precisa, no entanto, nem sempre conseguem pôr em prática essa ajuda, visto que o altruísmo regula o sacrifício que essa pessoa teria que fazer em benefício de outrem, devido a menor pontuação nesse componente. Da mesma maneira, a menor Flexibilidade contribui para que o profissional nas situações em que tenha ideias discordantes com a de outra pessoa, seja paciente, familiar ou algum colega de trabalho apresente dificuldades de compreensão, julgue, critique, irrite-se mais facilmente, gerando conflitos.

A análise percentual foi realizada através de uma regra de três, conforme descrito na metodologia desta pesquisa, entre a quantidade de itens de cada fator do inventário de empatia multiplicado pela pontuação máxima de cinco pontos (pontuação máxima entre as alternativas Likert), que culminou com uma fórmula para calcular o percentual total resultante em cada

fator. Nesse cálculo, a pontuação máxima possível alcançada por alternativa, juntamente com o quantitativo de questões equivalem a 100 por cento e a quantidade encontrada entre os participantes se configura na percentagem da pontuação obtida em cada fator. A partir desse mecanismo, pode-se obter a pontuação descrita na tabela 4.

Esta análise possibilitou conhecer a pontuação média obtida pelos participantes através de um percentual em cada um dos fatores da empatia. A literatura sobre o IE não referenciou pontos de corte que classifiquem os escores para a empatia em adultos, como mínimos ou máximos, mas possibilitaram através da análise de média das respostas Likert próximas de 5 ou da pontuação máxima proporcional em cada um dos fatores descritos na tabela a seguir, qual o grau de empatia encontrado nas pessoas pesquisadas.

Tabela 4 - Distribuição dos escores de empatia e do seu respectivo percentual em cada um dos fatores e do escore total. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

FATORES	V. referência	Pontuação	Percentual
Tomada de Perspectiva	60,0	43,4	73,0%
Flexibilidade Interpessoal	50,0	29,3	59,7%
Altruísmo	45,0	28,9	64,7%
Sensibilidade Afetiva	45,0	36,9	82,9%
Escore total	200,0	138,6	69,0%

b. Pelas pontuações alcançadas conforme as características sociodemográficas

Para caracterizar os participantes desta pesquisa e alcançar o segundo objetivo proposto pela mesma, utilizou-se um questionário sociodemográfico, com variáveis pessoais e profissionais. Assim, esta terceira análise foi obtida pela relação entre a pontuação total em empatia com as variáveis sociodemográficas dos participantes e se apreendeu quais delas tem a capacidade de influenciar a capacidade empática dos pesquisados.

Esta análise denominada bivariada através da associação entre as variáveis sociodemográficas com a pontuação geral nos fatores revelou que o grau de empatia encontrado mais elevado entre os participantes foi influenciado significativamente pelo grau de escolaridade superior e a variável estuda no tempo de folga quando comparadas às pessoas do nível médio que não referiram estudar nesse tempo. (ver tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos escores de empatia em relação às variáveis pessoais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Sexo				
Homens	25	136,92	22,02	0,351*
Mulheres	205	138,76	16,60	

Estado Civil – Casado				
Sim	120	139,33	17,10	0,476
Não	110	137,71	17,40	
Idade < 42 anos				
Sim	117	137,96	18,60	0,597
Não	113	139,17	15,73	
Escolaridade Superior				
Sim	139	140,53	17,12	<u>0,031</u>
Não	91	135,54	17,03	
Cor branca				
Sim	69	137,06	16,69	0,388
Não	161	139,20	17,46	
Tem filhos				
Sim	175	138,61	17,47	0,931
Não	55	138,38	16,58	
Reside em				
Apartamento	76	138,88	17,01	0,841
Casa	154	138,40	17,38	
Situação – Própria				
Sim	159	139,86	17,32	0,113
Não	70	135,96	16,65	
Assiste TV				
Sim	136	138,43	15,67	0,891*
Não	94	138,73	19,33	
Videogame				
Sim	3	130,00	20,07	0,387
Não	227	138,67	17,20	
Computador				
Sim	99	139,95	17,03	0,287
Não	131	137,50	17,35	
Turma de amigos				
Sim	36	140,39	14,56	0,488
Não	194	138,22	17,69	
Ajuda em casa				
Sim	140	139,45	16,48	0,327
Não	90	137,17	18,32	
Trabalha				
Sim	37	137,76	18,78	0,758
Não	193	138,71	16,96	
Namora				
Sim	34	139,09	20,44	0,846
Não	196	138,46	16,67	
Nada				
Sim	5	140,40	25,31	0,799
Não	224	138,41	17,05	
Estuda				
Sim	66	146,98	16,30	0,001
Não	164	135,16	16,44	
Ouviu falar em empatia				
Sim	203	139,24	17,36	0,098
Não	27	133,41	15,45	

Nota: * usado Kruskal-Wallis

Tabela 6 - Distribuição dos escores de empatia total em relação às variáveis profissionais selecionadas. HUE. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Setores				
Emergência	93	136,27	19,22	0,116*
Urgência	137	140,11	15,61	
Outros vínculos				
Sim	117	140,14	16,53	0,155
Não	113	136,91	17,83	
Tempo de serviço				
< 120 meses				
Sim	86	139,01	17,28	0,736
Não	143	138,22	17,29	
Carga horária < 36				
semanais				
Sim	108	138,42	16,95	0,941
Não	121	138,59	17,57	

Nota: * usado Kruskal-Wallis

c. Análise da empatia conforme a categoria profissional

Este tópico foi propositalmente separado para abordar o grau de empatia encontrado conforme a variável categoria profissional, isto é, enfermeiros e profissionais da Enfermagem de nível médio, com o objetivo de detectar dentro desse grupo de profissionais da saúde analisados, como se comportou a empatia em cada categoria separadamente.

Esta análise permitiu perceber que tanto em Altruísmo, quanto no escore total relacionado à soma dos fatores houveram diferenças significativas, tendo os profissionais enfermeiros maiores pontuações do que os de nível médio.

Esses dados foram representados por tabela e também através de um gráfico que traz informações acerca da pontuação em cada fator pelas duas categorias profissionais e pela pontuação máxima que se pode obter em cada um dos fatores.

Além dessa análise de pontuação nos fatores, foi realizada outra análise comparativa, a das respostas dadas por essas duas categorias, conforme as alternativas Likert 0 a 5, desse modo, teve-se que a alternativa marcada pela categoria dos enfermeiros foi em cada um dos fatores mais elevada, ou seja, com tendência a aproximar-se em maior ou menor grau de 5 (pontuação máxima e mais positiva para a empatia) do que os profissionais de enfermagem do nível médio.

Tabela 7 - Distribuição dos escores de empatia por fator e por categoria profissional. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Fator 1				
Enfermeiros	59	44,27	6,25	0,309
Enfermagem (Médio)	171	43,14	7,69	

Fator 2				
Enfermeiros	59	30,24	5,95	0,222
Enfermagem (Médio)	171	28,99	7,00	
Fator 3				
Enfermeiros	59	30,34	4,81	0,033*
Enfermagem (médio)	171	28,44	6,15	
Fator 4				
Enfermeiros	59	37,41	4,25	0,753*
Enfermagem (médio)	171	36,71	5,79	
Total				
Enfermeiros	59	142,25	12,33	0,039*
Enfermagem (médio)	171	137,28	18,47	

Gráfico 1 – Distribuição dos escores segundo a categoria profissional e a diferença com a pontuação máxima.

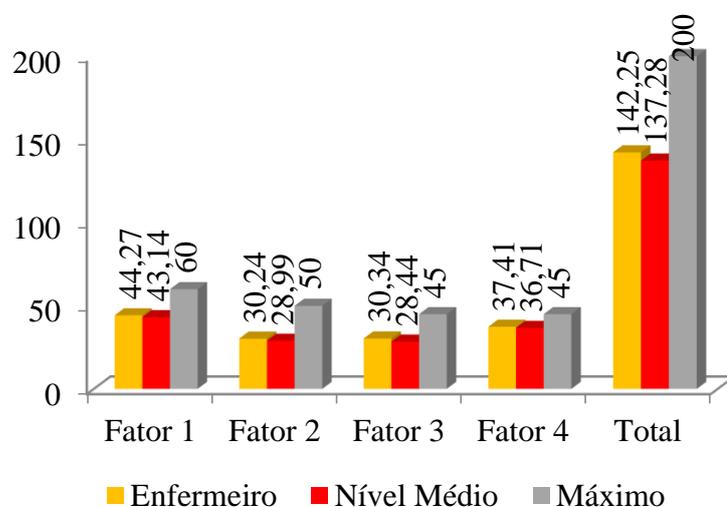
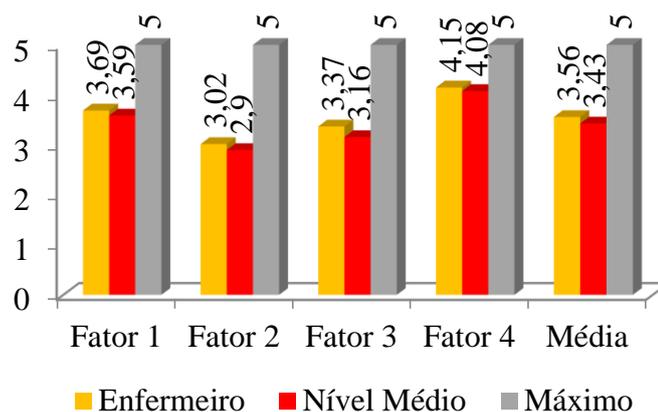


Gráfico 2 – Distribuição dos escores segundo a categoria profissional e a diferença com a pontuação máxima.



4.2.2 Análise da empatia segundo fatores do IE e variáveis: contribuições das variáveis sociodemográficas

Os resultados emergidos após aplicação do Inventário de Empatia foram analisados conforme os componentes da empatia em associação com as características do grupo pesquisado (variáveis sociodemográficas). Em seguida, os resultados foram reunidos em tabelas para cada fator, que reúne esquematicamente os achados do estudo, contextualizados adiante.

Após os resultados denominados significativos, ou seja, que influenciaram de certo modo a empatia, foi realizada a análise estratificada, que agrupa mais de duas variáveis e possibilita a veracidade dos achados.

Ao referir que o resultado foi significativo, ou que determinada variável contribuiu significativamente em determinado fator da empatia, significa que o p (descrito na tabela) descarta a hipótese de igualdade entre os grupos comparados e que os valores menores de 0,05 revelaram que houve diferença de pontuação entre as variáveis comparáveis (por exemplo, estuda sim e não, ou sexo masculino e feminino) e qual teve influência sobre os componentes da empatia.

4.2.2.1 Fator 1 (Tomada de Perspectiva)

A análise deste fator ligado ao aspecto cognitivo da empatia revelou que, tanto as pessoas que utilizam o tempo de folga para estudar, quanto àquelas que trabalham na instituição a menos de 10 anos, pontuaram mais em empatia neste fator, quando comparadas respectivamente as pessoas que não estudam na folga e as que trabalham a mais de 10 anos na instituição. As outras variáveis não revelaram influência alguma sobre a empatia no fator 1 entre os grupos que apresentam ou não determinada variável, conforme tabela a seguir.

Tabela 8 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 1 em associação às variáveis pessoais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Sexo				
Homens	25	42,08	8,88	0,332
Mulheres	205	43,59	7,15	
Idade < 42 anos				
Sim	117	43,67	7,76	0,608
Não	113	43,18	6,92	

Estado civil – Casado				
Sim	120	43,22	7,37	0,659
Não	110	43,65	7,36	
Escolaridade Superior				
Sim	139	43,45	7,25	0,954
Não	91	43,40	7,55	
Cor branca				
Sim	69	42,46	6,40	0,192
Não	161	43,84	7,70	
Tem filhos				
Sim	175	43,23	7,15	0,459
Não	55	44,07	8,00	
Reside em				
Apartamento	76	43,34	6,63	0,898
Casa	154	43,47	7,70	
Situação – Própria				
Sim	159	43,75	7,58	0,363
Não	70	42,79	6,83	
Assiste TV				
Sim	136	43,54	6,97	0,792
Não	94	43,28	7,91	
Joga videogame				
Sim	3	40,00	9,85	0,417
Não	227	43,48	7,33	
Usa o computador				
Sim	99	43,53	7,05	0,851
Não	131	43,35	7,60	
Turma de amigos				
Sim	36	44,56	6,69	0,318
Não	194	43,22	7,47	
Ajuda em casa				
Sim	140	43,54	6,87	0,773
Não	90	43,25	8,07	
Trabalha				
Sim	37	42,62	8,28	0,466
Não	193	43,58	7,17	
Namora				
Sim	34	45,12	8,78	0,147
Não	196	43,14	7,06	
Nada				
Sim	5	45,60	8,96	0,493
Não	224	43,33	7,30	
Estuda				
Sim	66	45,89	7,61	<u>0,001</u>
Não	164	42,44	7,02	
Ouviu falar em empatia				
Sim	203	43,55	7,23	0,494
Não	27	42,52	8,28	

Tabela 9 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 1 em relação às variáveis profissionais. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Setores				
Emergência	93	42,41	7,64	0,082
Urgência	137	44,12	7,09	
Outros vínculos				
Sim	117	44,07	7,24	0,181
Não	113	42,77	7,44	
Tempo de serviço				
< 120 meses				
Sim	86	44,76	7,02	<u>0,027</u>
Não	143	42,55	7,41	
Carga horária < 36 semanais				
Sim	108	43,74	7,22	0,528
Não	121	43,12	7,51	

Após esta análise denominada bivariada, por analisar duas variáveis, isto é, a relação entre o fator e a variável sociodemográfica, sucederam-se novos cruzamentos, entre essas variáveis cujos resultados foram significativos para uma pontuação mais elevada em Tomada de Perspectiva e outras que permitissem elaborar premissas significativas e convergentes acerca da empatia.

Para explicar a existência de associação entre as pessoas que referiram estudar no tempo de folga e maior Tomada de Perspectiva, foram realizados cruzamentos com as variáveis: sexo, grau de escolaridade, idade e por fim, a associação entre as pessoas que disseram estudar no tempo de folga e o tempo de serviço na instituição menor que 120 meses ou 10 anos (ver tabela 10).

A análise estratificada revelou que a escolaridade superior influenciou para uma diferença significativa entre as pessoas que estudam e não estudam no tempo de folga, ou seja, apresentou maior TP as pessoas que disseram estudar na folga e ao mesmo tempo tem escolaridade superior. Vale lembrar que a análise bivariada do grau de escolaridade não contribuiu para pontuação significativa em Tomada de Perspectiva.

A idade é uma variável que não influenciou a empatia entre as pessoas que referiram estudar no tempo de folga.

O tempo de serviço na instituição maior de 10 anos contribuiu para diferença significativa entre os grupos que estudam sim e não. No entanto, o tempo de serviço foi uma variável que contribuiu de modo divergente em Tomada de Perspectiva, visto que pela análise bivariada as pessoas que tinham menos tempo de serviço pontuou mais do que as pessoas que

tinham mais tempo, enquanto que pela estratificação, pontuou mais em TP aqueles cujo tempo de serviço era maior que 10 anos e referiram estudar no tempo de folga.

A análise entre quem referiu estudar no tempo de folga e o sexo revelou que, as mulheres que estudam no tempo de folga pontuaram mais em TP quando comparadas às mulheres que não estudam nesse tempo. Entretanto, entre os homens não houve diferença significativa entre os que disseram estudar e os que não relataram essa atividade no momento de folga. É importante salientar que, pela análise bivariada, a variável sexo não revelou diferença significativa entre os sexos.

Tabela 10 - Correlação entre a variável significativa estuda no tempo de folga para o fator 1 em relação à outras variáveis selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

	Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Escolaridade Superior	Sim				
	Estudam				
	Sim	56	45,61	7,92	<u>0,004</u>
	Não	83	42,00	6,41	
	Não				
	Estudam				
Sim	10	47,50	5,70	0,068	
Não	81	42,89	7,62		
Idade menor que 42 anos	Sim				
	Estudam				
	Sim	32	46,25	8,38	0,027
	Não	82	42,71	7,34	
	Não				
	Estudam				
Sim	34	45,56	6,93	0,016	
Não	79	42,15	6,71		
Tempo de serviço menor que 120 meses	Sim				
	Estudam				
	Sim	27	45,85	6,63	0,330
	Não	59	44,25	7,19	
	Não				
	Estudam				
Sim	38	45,68	8,29	<u>0,002</u>	
Não	105	41,42	6,75		
Sexo masculino	Sim				
	Estudam				
	Sim	6	47,17	11,63	0,109
	Não	19	40,47	7,50	
	Não				
	Estudam				
Sim	60	45,77	7,23	<u>0,005</u>	
Não	145	42,70	6,95		

4.2.2.2 Fator 2 (Flexibilidade Interpessoal)

Ligado ao componente cognitivo da empatia consiste na capacidade do indivíduo entender os sentimentos e razões de outra pessoa, mesmo quando há conflito de ideias.

De sua análise apreendeu-se que obteve pontuação mais elevada neste fator: os participantes cujo estado civil era casado comparado aos outros estados civis agrupados como estado civil não casado para fins de análise, as pessoas com idade maior que 42 anos de idade, os participantes cujo nível de escolaridade era superior e, as pessoas que no tempo de folga referiram estudar (ver tabela 11).

Tabela 11- Distribuição dos escores de empatia para o fator 2 em relação às variáveis pessoais selecionadas. Instituição X . Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Sexo				
Homens	25	31,40	7,73	0,101
Mulheres	205	29,05	6,61	
Estado Civil – Casado				
Sim	120	30,37	6,48	<u>0,012</u>
Não	110	28,14	6,89	
Idade < 42 anos				
Sim	117	28,34	7,05	<u>0,027</u>
Não	113	30,31	6,32	
Escolaridade Superior				
Sim	139	30,10	6,90	<u>0,029</u>
Não	91	28,11	6,39	
Cor branca				
Sim	69	28,70	6,85	0,369
Não	161	29,57	6,73	
Tem filhos				
Sim	175	29,74	6,93	0,086
Não	55	27,95	6,04	
Reside em				
Apartamento	76	28,82	6,27	0,438
Casa	154	29,55	6,99	
Situação – Própria				
Sim	159	29,46	6,62	0,717
Não	70	29,11	7,03	
Assiste TV				
Sim	136	28,68	6,01	0,102*
Não	94	30,22	7,66	
Videogame				
Sim	3	31,67	,58	0,384*
Não	227	29,28	6,80	
Computador				
Sim	99	29,55	6,14	0,645
Não	131	29,13	7,21	

Turma de amigos				
Sim	36	27,67	6,86	0,112
Não	194	29,61	6,71	
Ajuda em casa				
Sim	140	29,49	6,83	0,621
Não	90	29,03	6,68	
Trabalha				
Sim	37	30,21	6,03	0,374
Não	193	29,13	6,89	
Namora				
Sim	34	27,88	6,85	0,183
Não	196	29,55	6,73	
Nada				
Sim	5	29,80	9,83	0,863
Não	224	29,27	6,71	
Estuda				
Sim	66	31,06	6,43	<u>0,012</u>
Não	164	28,60	6,78	
Ouviu falar em empatia				
Sim	203	29,48	6,76	0,299
Não	27	28,04	6,72	

Nota: * usado Kruskal-Wallis

Tabela 12- Distribuição dos escores de empatia para o fator 2 em relação às variáveis profissionais selecionadas. HUE. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Setores				
Emergência	93	28,78	6,87	0,334
Urgência	137	29,66	6,69	
Outros vínculos				
Sim	117	29,40	6,76	0,832
Não	113	29,21	6,79	
Tempo de serviço < 120 meses				
Sim	86	28,44	6,96	0,141
Não	143	29,80	6,63	
Carga horária < 36 semanais				
Sim	108	29,43	6,83	0,821
Não	121	29,22	6,74	

Após esta primeira análise denominada bivariada, onde foram encontrados que as variáveis estado civil casado, idade maior que 42 anos, escolaridade superior e estuda no tempo de folga contribuem para pontuação mais significativa em empatia, foram realizados outros cruzamentos, no sentido de verificar se esse resultado poderia ser atribuído a outras variáveis a estas associadas.

Desse modo, inicialmente foi realizada a análise do estado civil casado com a escolaridade, idade e sexo. A partir disso, pode-se perceber que a flexibilidade interpessoal foi positivamente influenciada pelas pessoas do estado civil casado que ao mesmo tempo: não possuíam escolaridade superior, ou eram do sexo feminino ou que possuíam mais de 42 anos.

Depois foi feita a estratificação da variável estuda na folga, que revelou ter maior flexibilidade interpessoal as pessoas que referiram estudar no tempo de folga e que ao mesmo tempo: tem idade menor que 42 anos, ou tem tempo de serviço na instituição maior que 10 anos; ou que pertencem ao sexo feminino.

Tabela 13- Análise estratificada das variáveis significativas para o fator 2 com as outras variáveis selecionadas para o fator 2. Instituição X, Maceió, 2014-2015.

Estratos		N	Média	Desvio padrão	p
Escolaridade Superior	Sim				
	Casado				
	Sim	81	30,36	6,75	0,595
	Não	58	29,72	7,16	
	Não				
	Casado				
Sim	39	30,41	5,98	<u>0,002</u>	
Não	52	26,38	6,19		
Idade menor que 42 anos	Sim				
	Casado				
	Sim	61	28,85	6,89	0,416
	Não	56	27,79	7,24	
	Não				
	Casado				
Sim	59	31,95	5,67	<u>0,004</u>	
Não	54	28,52	6,56		
Sexo	Masculino				
	Casado				
	Sim	15	33,47	6,88	0,103
	Não	10	28,30	8,25	
	Feminino				
	Casado				
Sim	105	29,93	6,33	<u>0,050</u>	
Não	100	28,13	6,79		
Escolaridade Superior	Sim				
	Estudam				
	Sim	56	31,30	6,64	0,089
	Não	83	29,28	6,99	
	Não				
	Estudam				
Sim	10	29,70	5,16	0,407	
Não	81	27,91	6,52		

Idade menor que 42 anos	Sim				
	Estudam				
	Sim	32	30,59	7,20	<u>0,033</u>
	Não	85	27,49	6,84	
	Não				
	Estudam				
Sim	34	31,50	5,69	0,190	
Não	79	29,80	6,54		
Tempo de serviço menor que 120 meses	Sim				
	Estudam				
	Sim	27	30,04	6,47	0,152
	Não	59	27,71	7,11	
	Não				
	Estudam				
Sim	38	31,74	6,48	<u>0,035</u>	
Não	105	29,10	6,57		
Sexo	Masculino				
	Estudam				
	Sim	6	30,17	8,23	0,664
	Não	19	31,79	7,76	
	Feminino				
	Estudam				
Sim	60	31,15	6,30	<u>0,003</u>	
Não	145	28,19	6,56		

4.2.2.3 Fator 3 (Altruísmo)

Componente afetivo da empatia, cuja análise, cabe lembrar, é feita no inventário através da reversão de suas respostas, pois seus itens são respondidos de maneira indireta pelo instrumento, o que não influencia sua análise, somente proporciona respostas mais fidedignas e menos influenciadas pela tendência do indivíduo de achar que as alternativas 5 (sempre) os ajudam a pontuar mais no inventário.

A análise do altruísmo permitiu a apreensão de alguns achados importantes, como escores mais elevados em enfermeiros quando comparados aos profissionais da enfermagem do nível médio. Também foram encontradas pontuações mais altas em pessoas que no tempo de folga referiram ajudar em casa e estudar do que as pessoas que não informaram fazer essas atividades na folga. Além disso, pontuaram de forma mais elevada as pessoas que possuíam escolaridade superior e as que já ouviram falar em empatia.

Tabela 14 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 3 em relação às variáveis pessoais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Sexo				
Homens	25	28,80	6,55	0,910
Mulheres	205	28,94	5,82	
Estado Civil – Casado				
Sim	120	29,19	6,00	0,476
Não	110	28,64	5,78	
Idade < 42 anos				
Sim	117	28,97	6,29	0,900
Não	113	28,88	5,47	
Escolaridade Superior				
Sim	139	29,83	5,59	<u>0,004</u>
Não	91	27,54	6,08	
Cor branca				
Sim	69	28,67	5,84	0,663
Não	161	29,04	5,92	
Tem filhos				
Sim	175	29,01	5,87	0,715
Não	55	28,67	6,00	
Reside em				
Apartamento	76	29,20	5,74	0,625
Casa	154	28,80	5,98	
Situação – Própria				
Sim	159	29,25	6,01	0,274
Não	70	28,33	5,50	
Assiste TV				
Sim	136	29,04	6,03	0,733
Não	94	28,77	5,71	
Videogame				
Sim	3	27,67	3,05	0,710
Não	227	28,94	5,92	
Computador				
Sim	99	29,47	5,49	0,220
Não	131	28,51	6,16	
Turma de amigos				
Sim	36	30,00	5,47	0,234
Não	194	28,73	5,95	
Ajuda em casa				
Sim	140	29,91	5,78	<u>0,001</u>
Não	90	27,40	5,76	
Trabalha				
Sim	37	28,65	6,59	0,755
Não	193	28,98	5,76	
Namora				
Sim	34	27,94	5,87	0,292
Não	196	29,10	5,89	
Nada				
Sim	5	27,60	6,95	0,611

Não	224	28,96	5,89	
Estuda				
Sim	66	30,68	5,84	
Não	164	28,22	5,77	<u>0,004</u>
Ouviu falar em empatia				
Sim	203	29,22	5,77	
Não	27	26,74	6,40	<u>0,040</u>

Tabela 15 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 3 em relação às variáveis profissionais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Setores				
Emergência	93	28,69	6,28	
Urgência	137	29,09	5,62	0,615
Outros vínculos				
Sim	117	29,51	6,12	
Não	113	28,32	5,60	0,124
Tempo de serviço < 120 meses				
Sim	86	28,48	6,36	
Não	143	29,23	5,60	0,349
Carga horária < 36 semanais				
Sim	108	28,55	6,00	
Não	121	29,24	5,81	0,382

Nota: * usado Kruskal-Wallis

Após a apreensão dessas variáveis que foram significativas para a pontuação elevada em altruísmo fez-se a análise através de estratificação.

O primeiro cruzamento ocorreu entre a variável estuda no tempo de folga com as seguintes variáveis: grau de escolaridade, idade, tempo de serviço na instituição e sexo.

Desta análise pode-se inferir que o grau de escolaridade não influenciou o altruísmo entre as pessoas que referiram estudar ou não no tempo de folga, em contrapartida, as pessoas que referiram estudar com idade menor que 42 anos, ou que estudavam na folga e tinham tempo de serviço menor que 10 anos apresentaram maior altruísmo.

A variável sexo na análise bivariada não trouxe nenhum dado significativo quanto ao altruísmo, porém, quando ligado à variável estuda no tempo de folga, revelou que as mulheres que realizam esta atividade na folga se diferenciam positivamente para o altruísmo do que as que não estudam nesse tempo.

Na análise bivariada, as pessoas que ajudam em casa pontuaram mais positivamente em altruísmo do que as pessoas que não ajudam, desta forma, esta variável foi cruzada através de análise estratificada com a escolaridade e a idade. Obteve-se que: independente do grau de

escolaridade as pessoas que referiram ajudar em casa na folga do trabalho apresentaram altruísmo elevado. Além disso, as pessoas que ajudam em casa contribuíram também para diferença significativa entre as pessoas que tinham idade maior que 42 anos.

É importante citar que neste estudo foi encontrada uma diferença com relação à idade. Enquanto que a análise bivariada não trouxe um dado significativo para o altruísmo, ao ser comparada com as variáveis estudadas no tempo de folga e também com a variável ajuda em casa, ela se comportou de maneira divergente. Entre as pessoas que referiram estudar ou não a idade menor que 42 anos contribuiu para maior altruísmo, enquanto que, entre as pessoas que disseram ajudar ou não em casa no momento da folga do trabalho, a idade maior que 42 anos contribuiu para diferença significativa em empatia.

Tabela 16 - Análise estratificada das variáveis significativas do fator 3 com outras variáveis selecionadas para o fator 3. Instituição X, Maceió, 2014-2015.

	Estratos	N	Média	Desvio padrão	p
	Sim				
Escolaridade Superior	Estudam				
	Sim	56	30,80	5,52	0,094
	Não	83	29,18	5,58	
	Não				
Idade menor que 42 anos	Estudam				
	Sim	10	30,00	7,72	0,176
	Não	81	27,23	5,84	
	Sim				
Tempo de serviço menor que 120 meses	Estudam				
	Sim	32	31,22	6,56	<u>0,017</u>
	Não	85	28,13	6,01	
	Não				
Sexo masculino	Estudam				
	Sim	34	30,18	5,12	0,098
	Não	79	28,32	5,55	
	Sim				
Sexo feminino	Estudam				
	Sim	27	31,11	6,10	<u>0,008</u>
	Não	59	27,27	6,15	
	Não				
Sexo masculino	Estudam				
	Sim	38	30,55	5,70	0,089
	Não	105	28,75	5,51	
	Sim				
Sexo feminino	Estudam				
	Sim	6	30,67	7,06	0,435
	Não	19	28,21	6,47	
	Não				
	Estudam				

	Sim	60	30,68	5,78	<u>0,005</u>
	Não	145	28,22	5,70	
Escolaridade Superior	Sim				
	Ajudam em casa				
	Sim	82	30,78	5,84	0,016
	Não	57	28,47	4,96	
	Não				
	Ajudam em casa				
Sim	58	28,67	5,51	0,017	
Não	33	25,55	6,60		
Idade menor que 42 anos	Sim				
	Ajudam em casa				
	Sim	69	29,88	6,66	0,060
	Não	48	27,67	5,52	
	Não				
	Ajudam em casa				
Sim	71	29,93	4,82	<u>0,007</u>	
Não	42	27,09	6,08		

4.2.2.4 Fator 4 (Sensibilidade Afetiva)

Relacionado ao componente afetivo da empatia, refere-se à capacidade que o indivíduo tem de sentir compaixão e interesse pelo estado emocional do outro. Sua análise captou níveis mais elevados em pessoas do sexo feminino, pessoas cuja situação da moradia fosse própria, participantes que referiram estudar no tempo de folga e as pessoas que não informaram jogar videogame nesse tempo (ver tabela 17 e 18).

É importante informar que os sujeitos que disseram jogar videogame no tempo de folga representam um quantitativo mínimo de três pessoas, duas mulheres e um homem, comparado ao universo de 227 participantes, dos quais 24 são homens e 223 são mulheres que não realizam essa prática na folga, o que pode ter inviabilizado a relação positiva entre altruísmo e as pessoas que jogam videogame na folga.

Tabela 17- Distribuição dos escores de empatia para o fator 4 em relação às variáveis pessoais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Sexo				
Homens	25	34,64	6,18	<u>0,028</u>
Mulheres	205	37,17	5,29	
Estado Civil – Casado				
Sim	120	36,54	5,51	0,310
Não	110	37,27	5,36	
Idade < 42 anos				
Sim	117	36,97	5,67	0,814

Não	113	36,80	5,21	
Escolaridade Superior				
Sim	139	37,15	5,01	
Não	91	36,49	6,04	0,714*
Cor branca				
Sim	69	37,23	5,24	
Não	161	36,74	5,53	0,535
Tem filhos				
Sim	175	36,64	5,51	
Não	55	37,69	5,18	0,212
Reside em				
Apartamento	76	37,52	5,26	
Casa	154	36,58	5,52	0,214
Situação – Própria				
Sim	159	37,39	5,37	
Não	70	35,73	5,50	<u>0,032</u>
Assiste TV				
Sim	136	37,18	4,85	
Não	94	36,47	5,25	0,327
Videogame				
Sim	3	30,67	7,23	
Não	227	36,97	5,38	0,046
Computador				
Sim	99	37,39	5,62	
Não	131	36,51	5,29	0,224
Turma de amigos				
Sim	36	38,17	4,72	
Não	194	36,65	5,54	0,126
Ajuda em casa				
Sim	140	36,51	5,28	
Não	90	37,48	5,65	0,190
Trabalha				
Sim	37	36,27	6,20	
Não	193	37,01	5,29	0,449
Namora				
Sim	34	38,15	5,53	
Não	196	36,67	5,41	0,145
Nada				
Sim	5	37,40	6,88	
Não	224	36,85	5,42	0,824
Estuda				
Sim	66	39,35	4,18	
Não	164	35,90	5,58	<u>0,001</u>
Ouviu falar em empatia				
Sim	203	36,99	5,32	
Não	27	36,11	6,31	0,428

Tabela 18 - Distribuição dos escores de empatia para o fator 4 em relação às variáveis profissionais selecionadas. Instituição X. Maceió, 2014-2015.

Variável	N	Média	Desvio padrão	P
Setores				
Emergência	93	36,39	5,85	0,248
Urgência	137	37,23	5,13	
Outros vínculos				
Sim	117	37,16	5,06	0,443
Não	113	36,61	5,81	
Tempo de serviço				
< 120 meses				
Sim	86	37,34	5,46	0,342
Não	143	36,63	5,45	
Carga horária < 36 semanais				
Sim	108	36,69	5,52	0,671
Não	121	37,00	5,36	

Nota: * usado Kruskal-Wallis

Para aprofundar e buscar constatações entre os achados significativos na análise bivariada do fator 4, procedeu-se a análise estratificada. Esta iniciou-se com o cruzamento da variável estuda no tempo de folga e as variáveis: escolaridade superior, idade, tempo de serviço na instituição e sexo.

A partir disso obteve-se que: a escolaridade superior e o sexo feminino contribuíram para uma maior sensibilidade afetiva entre as pessoas que referiram estudar na folga; Vale lembrar que as pessoas do sexo feminino apresentaram maior empatia do que as pessoas do sexo masculino na análise bivariada; as variáveis idade e tempo de serviço na instituição não influenciaram a sensibilidade afetiva entre as pessoas que referiram estudar ou não no tempo de folga(ver tabela 19).

Como na análise desse fator emergiu o achado de que as pessoas que referiram jogar videogame pontuaram de maneira negativa quando comparadas às pessoas que disseram não jogar, foi realizada uma nova análise que pudesse justificar os motivos e convergências entre essa variável com a influência no componente afetivo da empatia. Com isso, encontrou-se que o sexo não contribuiu com diferença significativa entre as pessoas que jogam ou não videogame no tempo de folga, o que pode estar relacionado, como referido anteriormente ao reduzido número de pessoas que desempenham essa atividade na folga, o que não torna significativa a análise para esta variável (ver tabela 19).

Tabela 19 - Análise estratificada das variáveis significativas para o fator 4 com outras variáveis selecionadas para o fator 4. Instituição X, Maceió, 2014-2015.

	Estratos	N	Média	Desvio Padrão	p
Escolaridade Superior	Sim				
	Estudam				
	Sim	56	39,30	4,05	<u>0,001</u>
	Não	83	35,70	5,09	
	Não				
	Estudam				
Sim	10	39,60	5,10	0,085	
Não	81	36,11	6,07		
Idade menor que 42 anos	Sim				
	Estudam				
	Sim	32	40,25	3,41	0,001
	Não	85	35,74	5,88	
	Não				
	Estudam				
Sim	34	38,50	4,69	0,023	
Não	79	36,08	5,28		
Tempo de serviço menor que 120 meses	Sim				
	Estudam				
	Sim	27	40,04	3,30	0,001
	Não	59	36,10	5,82	
	Não				
	Estudam				
Sim	38	38,95	4,72	0,002	
Não	105	35,79	5,47		
Sexo masculino	Sim				
	Estudam				
	Sim	6	38,17	4,07	0,110
	Não	19	33,53	6,40	
	Não				
	Estudam				
Sim	60	39,47	4,21	<u>0,001</u>	
Não	145	36,21	5,41		
Sexo masculino	Sim				
	Videogame				
	Sim	1	26,00	.000	0,158
	Não	24	35,00	6,04	
	Não				
	Videogame				
Sim	2	33,00	8,48	0,264	
Não	203	37,21	5,27		
Escolaridade Superior	Sim				
	Ajudam em casa				
	Sim	82	36,99	4,79	0,646
Não	57	37,38	5,34		

Idade menor que 42 anos	Não				
	Ajudam em casa				
	Sim	58	35,84	5,88	0,175
	Não	33	37,64	6,24	
	Sim				
	Ajudam em casa				
Sim	69	36,29	5,86	0,118	
Não	48	37,96	5,31		
Sexo masculino	Não				
	Ajudam em casa				
	Sim	71	36,73	4,69	0,847
	Não	42	36,93	6,04	
	Sim				
	Ajudam em casa				
Sim	12	34,42	5,93	0,866	
Não	13	34,84	6,64		
	Não				
	Ajudam em casa				
	Sim	128	36,71	5,20	0,113
	Não	77	37,92	5,39	

5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados emergidos e das análises realizadas nesse estudo, pode-se organizar esta discussão, segundo seus dois objetivos. O primeiro que analisou o grau de empatia dos profissionais da Enfermagem e o segundo que avaliou a influência de variáveis sociodemográficas na capacidade empática dos pesquisados.

Neste sentido, este tópico trata da discussão dos resultados encontrados com a integração do conhecimento produzido na literatura consultada, desde aspectos teóricos até os estudos experimentais anteriores, a fim de contribuir aumentando a compreensão acerca da importância desse recurso interpessoal para a enfermagem em sua prática profissional.

5.1 A Empatia nos Profissionais da Enfermagem

A análise das pontuações obtidas através dos fatores do inventário de empatia permitiu a identificação do comportamento empático dos participantes.

Apesar do instrumento utilizado não apresentar escores que funcionem como pontos de corte entre um grau satisfatório ou deficiente de empatia, o IE permite por meio da pontuação percentual revelar quais fatores ou qual tipo de componente da empatia necessita de aprimoramento.

Desse modo, o instrumento possibilita que comparações entre os fatores encontrados dentro de um determinado grupo indique ausência de equilíbrio entre estes fatores, cujo resultado positivo é traduzido pela pontuação elevada e equânime dos mesmos. A ausência de equilíbrio revela qual o fator encontra-se deficitário e precisa ser melhor desenvolvido na pessoa analisada. Assim, é possível comparar a pessoa analisada com fatores presentes nela mesma, um grupo com ele mesmo ou avaliar a evolução de programas existentes para desenvolvimento de empatia pelo comportamento desses fatores nos momentos iniciais e finais da sua aplicação.

Esse questionário denominado Inventário de Empatia é um instrumento brasileiro e, portanto, voltado para a realidade local, sem adaptações, que permitiu análises referentes aos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, através de seus fatores: Tomada de Perspectiva, Flexibilidade Interpessoal, Altruísmo e Sensibilidade Afetiva, como também a análise da habilidade empática de uma maneira geral.

A preocupação com esta habilidade de relevância para a vida profissional e sobretudo na relação entre pessoas tem sido crescente, visto que ela é mediadora da prossociabilidade

humana, capaz de minimizar comportamentos antissociais e agressivos (FALCONE, 2009). Um dos desafios, porém, encontrados pelos pesquisadores da empatia no âmbito nacional refere-se aos instrumentos para a avaliação desse construto, conforme discutem Barros (2008) e Falcone (1999). A ausência de tais instrumentos tem levado os pesquisadores a traduzir, adaptar e validar escalas internacionais para a realidade brasileira com vistas à mensuração da empatia.

Nesse ínterim, o primeiro objetivo relativo ao grau de empatia foi alcançado através da relação percentual obtida pelos pontos dos participantes com a maior pontuação possível no Inventário de Empatia, foram também realizadas comparações com outros estudos e se pode apreender que, as pontuações encontradas nesta pesquisa são satisfatórias quando comparada a outros estudos em que o Inventário de Empatia foi utilizado, como o desenvolvido por Rodrigues et al (2014), com estudantes de psicologia sobre um programa de desenvolvimento de empatia, cuja pontuação aqui considerada foi a inicial, ou seja, sem a implementação ainda do programa.

Ao comparar os dois estudos, vê-se que pela pontuação total, os estudantes participantes da pesquisa tiveram uma pontuação mais elevada para a empatia geral, ficando com pontos a menos do que o estudo em questão em Tomada de Perspectiva (TP) e Sensibilidade Afetiva (SA).

O estudo de Rodrigues et al (2014) obteve os seguintes resultados: TP – 41,50, FI – 34,14, AL – 35,29, SA – 36,21 e escore total da empatia – 147,14, contrastando com o escore total encontrado nos profissionais de enfermagem de pontuações TP – 43,4, FI – 29,3, AL – 28,9, SA – 36,9 e escore total da empatia 138,6. Ao comparar ambos estudos, atribui-se que a pontuação mais elevada nos fatores tomada de perspectiva e sensibilidade afetiva da presente pesquisa pode estar ligada ao grau de escolaridade superior e à idade, já que tratam de pessoas com idade mais avançada, mais experientes e também do sexo feminino que tem forte influência em sensibilidade afetiva conforme a literatura consultada (PINHO et al, 2011; NATIVIDADE et al, 2014; SARDINHA et al, 2009)

De maneira semelhante, pode-se considerar a pesquisa acerca de um programa de desenvolvimento de empatia de Kestenberg. Este programa foi desenvolvido também com estudantes, dessa vez de enfermagem que somente não obtiveram pontuação inicial maior do que a presente pesquisa em Tomada de Perspectiva. Pontuações: TP – 40,56, FI – 29,50, AL – 34,56 e SA – 37,13 (KESTENBERG, 2010). Em ambos os estudos, a pontuação em Tomada de Perspectiva foi menor do que o encontrado nessa pesquisa, o que, mais uma vez, pode estar relacionado à questão da experiência e vivência do profissional da enfermagem em perceber os sentimentos e perspectivas do outro.

Desse modo, ao comparar as pontuações obtidas nesta pesquisa com outros estudos em que o IE foi utilizado, vê-se que a Tomada de Perspectiva, fator do instrumento ligado ao componente cognitivo da empatia, teve destaque entre os profissionais da Enfermagem, isto significa que eles têm a capacidade de entender e compreender a perspectiva, os sentimentos e pensamentos de alguém, mesmo nas situações que envolve conflito de ideias. A pessoa que tem TP elevada é motivada a compreender a outra pessoa, antes de expressar suas próprias ideias, já um escore baixo reflete que essas pessoas têm dificuldade de compreender os sentimentos de outra pessoa, o que leva a julgamento e crítica e torna suas atitudes geradoras de conflito interpessoal (KESTENBERG, 2010).

Para os profissionais da enfermagem é extremamente importante conseguir compreender a perspectiva e os sentimentos do outro, pois os ajuda a perceber as necessidades e angústias de outrem, para poder prestar a ajuda necessária, além de contribuir para uma melhor relação entre eles e os usuários do serviço.

A Sensibilidade Afetiva, outro fator encontrado elevado nos profissionais da enfermagem dessa pesquisa, refere-se à capacidade que a pessoa tem de experimentar sentimentos de compaixão e interesse pelo estado emocional da outra pessoa. A sensibilidade afetiva elevada corresponde a preocupação com o bem-estar dos outros e atenção ao modo como se comportar na intenção de ajudar a outrem. Por outro lado, a pontuação baixa para este fator sugere desatenção, descuidado no vínculo com o outro, ou até mesmo uma atitude egoísta (KESTENBERG, 2010).

Tais achados revestem-se de importância para a Enfermagem que é uma profissão que tem em sua essência o cuidado e que se preocupa com o bem-estar das pessoas, assim, a sensibilidade afetiva, voltada ao importante componente afetivo da empatia tem relevância na prática assistencial dos profissionais dessa área.

A empatia do profissional de enfermagem que trabalha no ambiente hospitalar e, sobretudo, no serviço de urgência e emergência é de suma importância devido à proximidade com que eles lidam com pacientes, familiares e companheiros de trabalho em situações de intensa fragilidade física, mental e social no ambiente laboral.

Acrescenta-se a isso a realidade vivenciada pelos profissionais que atuam nestes serviços com público variado, que apresenta diversas crenças, situações socioeconômicas e comportamentos sociais que algumas vezes ferem a lei e a justiça, como ladrões, homicidas, estupradores, que também tem o serviço hospitalar de emergência como porta de entrada no serviço público de saúde. Esse contexto, demonstra que tentar compreender ou entender a perspectiva envolve situações de conflitos de interesses, ideias, julgamentos e a questão ética

que contribuem para o resultado do tipo de atendimento ou atitude que o profissional tende a tomar.

Neste contexto, a Flexibilidade Interpessoal tem papel importante pois consiste na capacidade de aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes, além de tolerância à frustração provocada pela atitude de outra pessoa. Uma pontuação elevada em FI possibilita que a pessoa faça menos julgamentos, críticas e ainda consiga regular as próprias emoções. No entanto, a pontuação baixa em FI se reflete em atitudes de intolerância ou de dificuldades para aceitar pontos de vista diferentes ou comportamentos geradores de frustração, assim estas pessoas tendem a se irritar ou agir de modo impulsivo, quando se vê frente a uma situação de conflito de ideias ou de agir defensivamente diante de críticas (KESTENBERG, 2010).

O déficit de Flexibilidade Interpessoal para o contexto do profissional de enfermagem que tem a realidade da emergência como porta de entrada, o qual se depara com diversas situações, dentre elas, as anteriormente citadas, como o atendimento a pessoa que foi infrator legal ou que tem crenças extremamente diferentes do profissional, por si só já são causadoras de conflito e podem prejudicar a realização do cuidado e dificultar o vínculo entre profissional e usuário do serviço, o que destaca a importância deste fator nestes profissionais.

Por último, o altruísmo, fator do IE que também se refere a um componente afetivo da empatia, juntamente com a sensibilidade afetiva, corresponde a capacidade de sacrificar temporariamente as próprias necessidades, em benefício de outra pessoa. Uma pontuação baixa nesse fator ocasiona atitudes egoístas, onde se tem pouco interesse em atender as necessidades das pessoas (KESTENBERG, 2010).

Diante disto, pode-se afirmar que o processo empático formado por componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, representados no inventário por TP, FI, AL e SA necessita da presença de cada um desses fatores para que seja configurada a capacidade empática, pois caso exista discrepância entre um fator e outro pode acontecer alterações do comportamento que prejudicam a ocorrência da empatia.

Por exemplo, nos profissionais da enfermagem investigados neste estudo, obteve-se que tanto em Tomada de Perspectiva quanto em Sensibilidade Afetiva as pessoas pontuaram mais elevado proporcionalmente do que em Flexibilidade Interpessoal e Altruísmo. Nesta situação, as pessoas têm a capacidade de entender ou compreender os sentimentos e perspectivas do outro, no entanto, em situação de conflito de ideias, pela baixa de flexibilidade em aceitar comportamentos ou ideias diferentes das suas, podem não acolher crenças, valores e comportamentos diferentes do ponto de vista do outro e agir com irritação ou se aborrecer com facilidade. Bem como, a pessoa que pode se sensibilizar diante da situação vivenciada pelo

outro, ter interesse pelo estado emocional ou preocupar-se com o bem estar dele, no entanto, quando necessário não consegue sacrificar um pouco de sua necessidade, como o tempo, por exemplo, no sentido de ajudar o outro, devido a pontuação mais baixa em altruísmo, o que favorece a adoção de atitudes egoístas e no contexto assistencial da enfermagem, pode prejudicar o cuidado e a atenção à pessoa que necessita de ajuda.

5.2 A Empatia Segundo a Categoria Profissional

A avaliação desta habilidade pela categoria profissional revelou que os enfermeiros são mais altruístas e tem maior empatia considerando o escore total do que os profissionais de enfermagem do nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem. Em outras palavras, esta categoria revelou ter a capacidade de sacrificar suas necessidades em benefício ou no sentido de ajudar outra pessoa, bem como apresentam tendência a ter empatia maior do que os outros profissionais desta área no somatório de seus fatores.

A literatura revela que o altruísmo aumenta com o grau de escolaridade, fato observado no estudo onde os profissionais graduados apresentam esta capacidade mais elevada do que os profissionais do nível médio (PINHO, 2011). Cabe salientar que, o excesso de altruísmo pode ser mais prejudicial do que benéfico, pois as pessoas extremamente altruístas, ou seja, que se doam demais padecem de auto sacrifício e o benefício entre os envolvidos podem somente ocorrer após um longo tempo (YOUNG, 2003).

Além disso, o altruísmo tende a diminuir com o avanço da idade, o que parece estar relacionado a experiência de vida em que a pessoa passa a regular este comportamento para que não se torne disfuncional e traga mais prejuízos do que benefícios aos envolvidos, sobretudo, à pessoa altruísta, o que não significa dizer que a pessoa é egoísta ou não é altruísta, mas que seleciona melhor o momento em que sua atitude trará benefícios aos envolvidos (PINHO, 2011). Provavelmente seja a diminuição dessa capacidade com o aumento da idade, bem como da experiência de vida que influenciou em uma menor pontuação em altruísmo ao comparar esta pesquisa com os estudos anteriormente citados, que foram realizados com estudantes de psicologia e de enfermagem, e, portanto, pessoas com idade menor que o estudo em questão.

Por fim, embora somente tenha ocorrido diferença significativa em altruísmo ao comparar as categorias da enfermagem, os enfermeiros de um modo geral obtiveram maior grau de empatia do que os profissionais do nível médio. Talvez as pontuações mais elevadas em cada fator pelos enfermeiros, consideradas pouco significativas, culminou para a diferença entre as categorias em empatia em seu escore total, já que não foram encontrados na literatura existente,

estudos que comparassem essas categorias profissionais, tendo somente como base a questão da escolaridade para positivar esta afirmação.

Apesar de terem sido categorizados conforme a função que executam no hospital, os profissionais de nível médio são em grande número profissionais graduados ou estudantes do nível superior, e, portanto deveriam pontuar do mesmo modo também em altruísmo, o que irá requerer o desenvolvimento de estudos mais aprofundados para explicar este achado relativo a escolaridade, apesar de que os profissionais do nível médio, são estudantes de nível superior ou já graduados também em outras áreas do conhecimento não relacionadas a saúde, o que Martins (2011) afirma ter diferença na empatia de estudantes da saúde e das ciências sociais ligadas a saúde, como serviço social e psicologia, quando comparados aos estudantes que cursam as áreas das ciências exatas, apresentando os primeiros maior empatia cognitiva e afetiva.

Por outro lado, ao considerar que os enfermeiros constituem profissionais da saúde com grau de escolaridade superior completo, pode-se dizer que o achado desta pesquisa corrobora com a literatura consultada acerca da empatia em adultos, como descrito no estudo de Pinho (2011), que afirmou ter a graduação influência significativa na habilidade empática. Outros estudos consultados no intento de justificar a importância da graduação no desenvolvimento da empatia por exemplo, baseou-se na avaliação do impacto causado pelos anos de graduação, com suas atividades curriculares e extracurriculares, na capacidade cognitiva e afetiva, decorrentes da maturidade aprimorada pelo curso (GODOY et al, 2001). Ao final, o estudo concluiu que a experiência vivenciada na graduação possibilita habilidades pessoais, como o autoconhecimento, a capacidade cognitiva, a aproximação com a vida profissional e o relacionamento interpessoal.

Ainda neste contexto, a literatura traz que, as pessoas que possuem maior grau de escolaridade, no caso, os participantes com pós-graduação completo pontuaram mais positivamente em empatia, em relação aos que possuíam somente a graduação que obteve ainda pontuação mais elevada do que as pessoas que obtinham apenas o ensino médio. Com isso, o estudo revelou a influência que a academia tem como promotora da capacidade empática, bem como, a importância do aprimoramento e atualização no desempenho empático da pessoa (GRÜHN et al, 2008).

Outro estudo encontrado apontou que a iniciação científica, atividade desenvolvida pela comunidade acadêmica, demonstrou que esse dispositivo além de preparar para a pesquisa, estimula a pensamentos mais organizados e flexíveis, principalmente quando há conflito de ideias. Isto corrobora com a importância do papel desempenhado pela graduação em Flexibilidade Interpessoal, aspecto cognitivo da empatia (PITTA et al, 2000).

Diante do exposto acerca deste primeiro objetivo, pode-se afirmar que o grau de empatia encontrado nos profissionais da Enfermagem que atuam nestes serviços foi satisfatório, podendo ser aprimorado ainda no que tange aos componentes cognitivo e afetivo da empatia, como a flexibilidade interpessoal e o altruísmo, avaliando, obviamente, que o altruísmo é um componente que não deve estar muito elevado ou tão próximo à pontuação máxima, devido ao sofrimento que pode provocar nestes profissionais com sacrifícios a si próprios no sentido de sempre atender às necessidades alheias.

5.3 Influência das Variáveis Sociodemográficas em Empatia

O segundo objetivo foi alcançado através da confirmação e identificação de variáveis adotadas no estudo que influenciaram o comportamento empático dos profissionais da enfermagem.

Os profissionais da enfermagem são os que se encontram mais próximo do sofrimento humano, devido ao contato íntimo e frequente com os usuários do serviço de saúde na prestação de cuidados. Este sofrimento pode ser agravado por alguns fatores como: a organização do trabalho, jornada de trabalho prolongada, demanda elevada de pacientes, de procedimentos e rotinas, falta de descanso, vinculação a mais de um emprego, grande responsabilidade na realização de tarefas, dobra de plantões e horas extras, esforço físico diário com atividades realizadas principalmente em pé (OLIVEIRA et al, 2006).

Este contexto de trabalho que reflete diretamente na saúde física, mental e social, influenciando a vida pessoal do profissional da saúde e também a qualidade do cuidado por ele prestado deve ser considerado, de modo que, o auxílio psicológico ou o ensino de atitudes que os ajudem a administrar os sentimentos vivenciados na assistência, contribuam para que o trabalho não se torne desumano e permita relações interpessoais mais saudáveis (OLIVEIRA et al, 2006).

Além disso, o ambiente de trabalho do profissional de enfermagem o torna vulnerável e, por vezes, mobiliza-o emocionalmente pelas situações vivenciadas com os usuários do serviço de saúde. Essa mobilização tem papel relevante no sentido de motivar o profissional a ajudar o usuário, no entanto, este quadro pode acarretar angústia e sofrimento emocional ao profissional, ou em alguns casos, afastamento do mesmo como mecanismo de autopreservação (FORMOZO et al, 2011).

Desse modo, a pesquisa foi motivada pela importância desse contexto profissional e sua influência na vida de todos os envolvidos na produção da saúde. Sabe-se que o cuidado é

elemento do processo do trabalho em saúde que deveria romper com as amarras da realização rotineira de procedimentos técnicos, que distancia o contato entre os atores envolvidos na relação, em uma prática impessoal e mecânica, que impossibilita a concretização do ato de cuidar (FORMOZO et al, 2011).

Neste sentido, a pesquisa adotou diversas análises que contribuíssem para avaliação da empatia dos profissionais da Enfermagem, tanto de uma maneira geral, como foi colocada anteriormente, quanto através da associação entre os componentes da empatia (cognitivos, afetivos e comportamentais) com as variáveis relacionadas segundo a característica da amostra, no sentido de encontrar justificativas e aspectos que pudessem determinar influências nos fatores separadamente ou na empatia como um todo.

Percebe-se que a vida do profissional de enfermagem é permeada pela dinamicidade e por vezes falta de tempo para o lazer como foi abordado por Oliveira et al (2006), o que convergiu para que o estudo seguisse no questionário sociodemográfico variáveis relacionadas as atividades realizadas por estes profissionais no seu momento de folga do trabalho, a fim de avaliar se essas atividades têm algum relacionamento com a capacidade empática do profissional, como também outras variáveis.

Consoante aos resultados encontrados, a realidade permitiu confirmar o que Oliveira (2006) apontou como a falta de tempo para o lazer, pois mais da metade dos profissionais encontram-se vinculados a mais de um emprego, o que dificulta a predisposição ao lazer e afeta a qualidade de vida do profissional. Além disso, é válido salientar a forma como os participantes referiram utilizar o tempo de folga, visto que as atividades se correlacionaram a atitudes estáticas do corpo como assistir televisão e usar o computador, o que pode ter influência da saturação física provocada pelo trabalho principalmente pelo duplo vínculo. Acrescenta-se a isso, a outra opção mais realizada na folga que foi a atividade doméstica, onde as pessoas disseram ajudar em casa, o que apesar de não constituir em outro vínculo de emprego representa uma terceira jornada e aprofunda ainda mais a falta de descanso. Um número pouco significativo informou não fazer nada no tempo de folga, o que é importante citar pois parece que o dinamismo da vida dos profissionais de enfermagem não os permite o ócio, pois estão sempre ocupados na realização de atividades que pouco tem relação com o lazer.

Dentre as outras variáveis sociodemográficas utilizadas na pesquisa, apreendeu-se que a empatia foi influenciada positivamente pelas pessoas que tinham grau de escolaridade superior e pelos participantes que informaram estudar no tempo de folga, através da análise geral da empatia. Destes achados, o único encontrado na literatura já existente acerca da influência de variáveis sobre a empatia foi o grau de escolaridade.

Pode-se dizer assim, que o estudo corroborou com a literatura já existente por demonstrar que o grau de escolaridade superior influencia a capacidade empática, geralmente em todos os seus componentes, conforme Pinho (2011), em alguns de forma mais significativa de acordo com esta pesquisa, e quando esta variável não foi significativa na análise bivariada, ela influenciou a diferença significativa agrupada a outras variáveis.

No entanto, cabe salientar, que a variável mais significativa desta pesquisa, foi aquela relacionada ao estudo no tempo de folga referida por algumas pessoas e que contribuiu significativamente para pontuação mais elevada da empatia em todos os fatores analisados tanto através da análise bivariada, quanto pela estratificada e também na análise geral da empatia. O achado desta variável como um importante aspecto para a empatia pode estar voltada ao aprendizado, ao aperfeiçoamento, à flexibilidade de ideias, ao pensamento crítico e à aceitação de opiniões e realidades diferentes do contexto vivenciado pela pessoa com característica empática, o que minimiza julgamentos e contribui para o respeito entre pessoas.

Importante referir que a influência do estudo no momento da folga no comportamento empático não foi encontrada na literatura já produzida, somente aquela que aponta o grau de escolaridade superior ou a vida acadêmica como fatores que convergem para uma atitude empática mais positiva, assim, estudos posteriores são necessários no sentido de explicar ainda mais a influência do estudo na prática desta habilidade.

É válido reforçar que o tempo que estaria voltado para o descanso e o lazer referente ao momento de folga do trabalho é, em larga escala, utilizado pelos profissionais da enfermagem para a ajuda em casa nos serviços domésticos, o que significa dizer que o momento de folga destas pessoas é de trabalho em ambiente extra laboral, e para o estudo no tempo de folga, fato que pode apontar que estas pessoas buscam aperfeiçoar-se dentro de sua área do conhecimento ou estão buscando através dos estudos melhorar profissionalmente para garantir empregos com vínculo mais estáveis e com salários mais altos, ou ainda, estudam para poder mudar de campo profissional de atuação. Em outras palavras, ainda que o estudo no tempo de folga apresente vantagens tanto pessoais quanto profissionais e que as atividades domésticas necessitem ser realizadas, por outro lado revela que o momento de folga é utilizado pelos participantes por atividades que não estão voltadas para o lazer, ao descanso ou outras práticas que proporcionem prazer e aproveitamento do momento de sua folga do trabalho.

Como dito anteriormente, o conhecimento já produzido e consultado para a discussão deste estudo, aborda que a empatia é influenciada sobremaneira pela idade, o sexo e o grau de escolaridade (PINHO, 2011; SARDINHA, 2009). Além disso, as correlações entre as variáveis sociodemográficas aqui consideradas, com outras variáveis significativas neste mesmo estudo,

permitiu visualizar associações que podem também elevar ou diminuir esta habilidade e, ao mesmo tempo, mantém relação com a literatura pesquisada, ou seja, corrobora com a importância da variável sexo, idade e escolaridade para este fenômeno. No entanto, a consideração de outras variáveis que caracterizaram a amostra também permitiu a apreensão de outros achados, como foi o caso de considerar as atividades desempenhadas pelos profissionais de enfermagem no tempo de folga do trabalho na instituição, ou o tempo de prestação de serviço na unidade hospitalar.

Dos achados ligados a Tomada de Perspectiva apreendeu-se que ela é influenciada positivamente pelas pessoas que estudam no momento da folga e pelas pessoas que tem tempo de serviço na instituição menor que 10 anos. No entanto, a análise estratificada revelou que a escolaridade superior, o tempo de serviço maior que 10 anos e o sexo feminino contribuiu para que as pessoas que disseram estudar no tempo de folga pontuassem mais do que as pessoas que não informaram estudar nesse tempo. Embora a análise tenha revelado a influência do menor tempo de trabalho na instituição para uma maior empatia, entre as pessoas cujo tempo de serviço era maior que 10 anos houve influência positiva no cruzamento com a variável estuda no tempo de folga para pontuação mais elevada do que as que não estudam na folga. Este fato pode levar a reflexão de que as pessoas que tem tempo de serviço na instituição maior que 10 anos que não se aprimoram, tendem a pontuar menos em tomada de perspectiva comparada as que estudam.

No que se refere à Flexibilidade Interpessoal, os resultados demonstraram que: as pessoas pertencentes ao estado civil casado, as pessoas com idade maior que 42 anos, as que tem escolaridade superior e as que estudam no tempo de folga obtiveram pontuação mais elevada para este fator em comparação com as pessoas que faziam ou estavam em uma situação oposta a relatada, por exemplo, estado civil era não casado, ou que a idade era menor que 42 anos, que obtinham apenas o nível médio e as que não referiram estudar no tempo de folga, respectivamente.

Na análise estratificada deste fator, apreendeu-se que entre as pessoas que eram casadas e ao mesmo tempo não tinham escolaridade superior, ou casadas que tinham idade maior que 42 anos, ou casadas que eram do sexo feminino apresentaram maior flexibilidade do que as não casadas. Do mesmo modo, as pessoas que estudam no tempo de folga e ao mesmo tempo tem idade menor que 42 anos, ou tem tempo de serviço maior que 10 anos, ou são mulheres pontuaram mais neste fator. Salienta-se que a idade foi uma variável que divergiu a depender da outra variável com que foi associada.

Como dito acima, o estado civil casado influenciou para uma maior flexibilidade e alguns trabalhos encontrados na literatura pesquisada abordam a influência de habilidade

sociais como a empatia na satisfação conjugal. A partir disso, pode-se refletir que: se as habilidades sociais, como a empatia, são facilitadoras da satisfação conjugal e os pesquisadores incentivam o seu desenvolvimento no tratamento de casais em crise (SARDINHA et al, 2009), pode haver correlação entre a maior empatia encontrada nas pessoas pesquisadas que são casadas. No entanto, é importante lembrar que este estudo não buscou avaliar o tempo e a satisfação do casamento para relacionar com a capacidade empática das pessoas, mas de fato, as pessoas casadas foram mais empáticas no componente cognitivo relativo a flexibilidade.

A capacidade para se comunicar parece ser a base para a satisfação conjugal, que se relaciona a sentimentos de bem-estar, companheirismo, afeição e segurança, proporciona um casamento feliz e contribui para a qualidade de vida dos envolvidos, seja em termos de saúde física e mental, como também em termos de qualidade de outros contextos relacionais do indivíduo, tais como família, trabalho e amigos (SARDINHA et al, 2009; RIBEIRO et al, 2011).

Embora a satisfação conjugal seja influenciada por variados fatores, alguns autores apontam a importância que a comunicação assume na relação conjugal e no quanto é importante ser capaz de resolver os problemas que surgem ao longo do casamento. Para lidar com as adversidades da relação, o casal precisa contar com recursos conjugais, que incluem habilidades colaborativas e de resolução de problemas, bem como habilidades de comunicação e flexibilidade para mudar padrões na relação e enfrentar os problemas que surgem ao longo do casamento (RIBEIRO et al, 2011).

Assim, essas justificativas parecem explicar a influência que o estado civil casado tem para a flexibilidade interpessoal mais elevada, visto que a vida conjugal frequentemente requer dos envolvidos no relacionamento, respeito, empatia, capacidade para conversar e expressar os sentimentos sem que machuque o companheiro ou companheira.

O indivíduo que tem maior flexibilidade interpessoal tende a fazer menos julgamentos e críticas, costuma aceitar pensamentos, crenças e valores diferentes dos seus e são pessoas que toleram melhor as frustrações provocadas por outra pessoa. Esses processos cognitivos ajudam na regulação dos processos afetivos contribuindo assim para a compreensão empática (PRESTON et al, 2002). Estes atributos são fundamentais ao enfermeiro que é um dos profissionais de ajuda que mais próximo está do sofrimento humano.

No que tange a idade, embora a literatura consultada aponte que ela influencia sobremaneira a capacidade empática, e tem importante papel sobre a mesma, principalmente na empatia cognitiva, ligada à tomada de perspectiva e à flexibilidade interpessoal que diminuem com o avançar da idade (DECETY, 2004; DE WALL, 1996), nesta pesquisa apresentaram

maior flexibilidade as pessoas com idade maior que 42 anos, principalmente pelo fato de ter sido influenciada pela situação conjugal, ao passo que esta variável de idade comportou-se conforme apontado na literatura quando agrupada a escolaridade superior, isto é, apresentou maior flexibilidade quem tinha idade menor que 42 anos. Com isso, pode-se afirmar que a capacidade de flexibilizar está elevada em pessoas casadas com idade maior que 42 anos e nas pessoas cuja escolaridade era superior e com idade menor que 42 anos, o que aponta ter o estado civil e a escolaridade influência maior na capacidade de ser flexível às ideias.

O altruísmo foi positivamente influenciado pelas pessoas que ajudam em casa, as que estudam no tempo de folga, as pessoas com escolaridade superior e as que já ouviram falar em empatia. Por sua vez, a análise estratificada revelou que as pessoas que estudam na folga e tem tempo de serviço menor que 10 anos, ou que estudam na folga e são mulheres mostraram-se mais altruístas. Entre as pessoas que ajudam em casa, somente obteve diferença significativa as pessoas com idade maior que 42 anos porque a escolaridade não influenciou na pontuação para quem ajuda em casa. Salienta-se que a idade neste fator também teve influência divergente a depender da variável a que esteve relacionada.

Apesar de a literatura consultada afirmar que o altruísmo diminui com o avanço da idade (BAYLEY et al, 2008), a variável a que a idade se relacionou foi capaz de levar a duas diferentes observações. A primeira que mostrou que as pessoas com menos de 10 anos de serviço na instituição e que, portanto, podem ter menos idade apresentam maior altruísmo e a segunda que revelou que as pessoas que ajudam em casa na folga e tem mais de 42 anos são mais altruístas.

A diminuição do altruísmo com a idade parece estar relacionada à experiência de vida que proporciona uma modulação deste comportamento, que implica na doação em benefício do outro, de maneira que traga benefícios a todos os envolvidos (PINHO et al, 2011). No entanto, como não existe na literatura algo que relacione o altruísmo às atividades do lar, pode-se inferir que as pessoas que ajudam em casa e tem mais de 42 anos foram mais altruístas provavelmente porque estas pessoas voltadas ao trabalho doméstico, preocupam-se em dar suporte aos outros moradores da residência, sacrificam-se na folga, ajuda os outros, ou como a própria variável indica ajudam em casa.

As pessoas do sexo feminino também pontuaram mais em altruísmo do que os homens, fato apontado, sobremaneira, pela literatura já produzida de que as mulheres são mais empáticas do que os homens (SARDINHA et al, 2009), porém através dessa pesquisa se pode perceber que esta afirmativa foi positiva com a junção de outras variáveis, e não somente ao sexo separadamente.

A variável estuda contribuiu com a pontuação mais elevada em todos os fatores sendo que nem sempre esteve relacionada a escolaridade superior, como foi no caso do altruísmo, o que pode estar relacionado a pessoas que estão buscando se aperfeiçoar, especializar-se ou que se preocupam em melhorar sua formação pessoal.

Já em sensibilidade afetiva, último fator, a pontuação mais elevada foi obtida pelas pessoas do sexo feminino, as que referiram ser o imóvel onde reside próprio, as que não referiram jogar videogame e as pessoas que informaram estudar no tempo de folga. Com a análise estratificada, entre as pessoas que referiram estudar ou não no tempo de folga ocorreu diferença quando tinham escolaridade superior e eram do sexo feminino.

Embora a literatura aponte que a sensibilidade afetiva se encontre elevada nas pessoas com mais idade (FALCONE, 2009; PINHO et al, 2011), neste estudo a idade e também o tempo de serviço não influenciou a pontuação das pessoas neste fator.

A sensibilidade afetiva guarda relação com o altruísmo. Foi dito anteriormente que o altruísmo diminui com o avanço da idade, no entanto, somente a variável idade não é capaz de aumentar o altruísmo, porque ele é influenciado por fatores cognitivos, que por sua vez modulam a sensibilidade emocional ou afetiva, dessa maneira, nem sempre o altruísmo será motivado de modo incondicional pela sensibilidade afetiva. E neste estudo, a idade relacionada à sensibilidade afetiva não apontou nenhuma contribuição para este fator (FALCONE, 2009; PINHO et al, 2011).

Após as abordagens anteriores, a presente pesquisa traz como contribuições o achado acerca da importante presença da empatia nos profissionais da enfermagem, mas que requer mais aprimoramento nos componentes cognitivo e afetivo da empatia, a flexibilidade interpessoal e o altruísmo. Bem como, o grau mais elevado desta habilidade social nos profissionais enfermeiros do que nos do nível médio, o que vale destacar a influência da instituição acadêmica no desempenho desta capacidade nas pessoas.

Acrescenta-se como contribuições desta pesquisa, a consideração de variáveis que podem influenciar a capacidade empática. Por exemplo, estudar no momento de folga que nem sempre esteve relacionada ao grau de escolaridade, como no fator altruísmo, em que não se obteve correlação significativa com o grau acadêmico, o que pode ser justificado, porque a motivação baseada nos estudos pode ajudar o sujeito a procurar se aprimorar e melhorar sua maneira de ser ou lidar com determinadas situações. Em relação a esta variável não foi encontrado nada na literatura já produzida para justificar a importância da mesma, sendo este estudo pioneiro nesta associação.

O tempo de serviço na instituição também é uma importante variável a ser considerada, visto que, onde separadamente ela demonstrou pontuação significativa, a pessoa apresentava tempo de serviço menor que 10 anos ou 120 meses na instituição, enquanto que ligada à variável estuda nos fatores tomada de perspectiva e flexibilidade interpessoal, ela contribuiu para diferença significativa quando a pessoa tinha tempo de serviço maior que 10 anos no fator em questão. Este fato pode estar relacionado também com a questão do aprimoramento e aperfeiçoamento do profissional que informa estudar, além de refletir sobre a capacidade que a pessoa mais experiente tem de perceber os sentimentos e expectativas do outro e saber lidar com as diversas situações surgidas, mesmo na presença de conflitos de ideias.

A variável ligada à pontuação elevada entre as pessoas cujo estado civil era casado, foi o sexo feminino. Conforme a literatura, as mulheres pontuam de maneira mais elevada para empatia, apesar de os homens serem mais flexíveis na aceitação das ideias alheias. Segundo um estudo que buscou avaliar o grau de empatia entre casais, os homens avaliaram suas parceiras como mais empáticas, enquanto que elas os avaliaram como menos empáticos.

Desse modo, o estudo considerou que, nessa amostra, as mulheres atingiram maiores níveis de empatia do que os homens, o que concorda com outras pesquisas que também convergiram na direção de apontar as mulheres como mais empáticas que os homens, como no estudo que buscou justificar essa afirmativa através da base evolutiva, biológica e cultural de que as mulheres necessitam apreender o estado emocional dos bebês e também de outras pessoas (FALCONE, 1999; ICKES, 1997; NATIVIDADE et al, 2014).

Nesta mesma linha de pensamento, outros estudiosos também refletiram sobre as diferenças de gênero relativamente à empatia, abordando que as mulheres são mais empáticas do que os homens, apresentando como justificativa, o papel desempenhado pela mulher na família, ainda desde a infância, com motivação para comportamento maternal, voltado a preocupar-se, reconhecer, cuidar e buscar soluções para as necessidades dos outros (CECCONELLO, et al, 2000).

A Enfermagem nasce da essência feminina e na amostra desta pesquisa, os participantes são representados por um percentual alto de pessoas do sexo feminino, o que pela literatura consultada atesta uma maior sensibilidade afetiva e menor flexibilidade interpessoal comparada aos indivíduos do sexo masculino.

É interessante abordar que, as pessoas que revelaram já ter ouvido falar em empatia obtiveram escores mais elevados em altruísmo, isto pode ter acontecido porque as pessoas já sabem do que trata esta habilidade e conhecem a sua importância na prática profissional, sendo, dessa maneira, uma postura que podem tender a adotar. Chama-se a atenção para o fato de

existir profissionais da saúde que desconhecem esta importante habilidade interpessoal no cuidado com o outro, a empatia, que provavelmente não ouviram nada a respeito nem mesmo no seu curso de formação profissional.

Diante do exposto, cabe salientar que os profissionais da saúde devem conhecer e possuir competências sociais promotoras das relações interpessoais que embasam o cuidado em saúde, como a comunicação e a empatia. E é a humanização, buscada por um programa desenvolvido pela política de saúde brasileira, um importante dispositivo que se preocupa e compromete-se com as relações de trabalho, a assistência e também com o ambiente de trabalho. A valorização do profissional, como ser biopsicossocial, motiva-o a estabelecer relações positivas com todos os atores envolvidos no processo de produção da saúde (CINTRA et al, 2003).

Tanto o profissional quanto o usuário do serviço são influenciados pelas relações interpessoais estabelecidas no âmbito da saúde, isto porque ela é um fenômeno complexo que envolve diversos aspectos, como crenças, sentimentos, condição física do indivíduo e do ambiente de trabalho em que se encontra inserido, dinâmica do serviço, seja ele trabalhador da unidade básica de saúde ou do serviço de alta complexidade. O comportamento social que resulta da vivência das pessoas é impresso em cada indivíduo pela formação pessoal, seu contexto e seu modo de viver a vida em sociedade (FORMOZO et al, 2011).

Assim, no contexto de trabalho do profissional de enfermagem, a situação experimentada pelo paciente pode mobilizar emoções no profissional que, embora tenham importância na ativação do comportamento de ajuda, elas precisam ser administradas, porque como foi apresentado por alguns estudos que revelaram a tendência do enfermeiro de se compadecer e ter interesse pelo estado emocional do paciente, ele precisa saber lidar com a situação de angústia vivida pelo paciente, sem que isto gere seu sofrimento. Pois na ocasião em que alguns profissionais se identificam com os pacientes, pode acontecer duas situações, uma o sofrimento emocional e na outra o afastamento do profissional no sentido da autopreservação, porém cabe salientar que, nestes casos a efetividade do cuidado pode ser comprometida (FORMOZO et al, 2011).

Os resultados revelados por esta pesquisa mostraram que os profissionais da enfermagem que vivenciam o serviço de urgência e emergência apresentam Tomada de Perspectiva e Sensibilidade Afetiva elevadas e deficiência de Flexibilidade Interpessoal e Altruísmo. Este achado se reveste de importância para a enfermagem de emergência, pois parece que os profissionais desta área desenvolvem mecanismos que caracterizam os comportamentos adotados neste tipo de atenção, onde os profissionais precisam detectar

rapidamente as necessidades dos usuários (TP), para isso devem ser sensíveis a esses sinais verbais e não-verbais emanados pelas pessoas que precisam de ajuda (SA), no entanto, sacrificam pouco suas necessidades em benefício do outro, numa atitude de autopreservação (AL), e formado por um percentual elevado de mulheres, conforme já dito anteriormente, mulheres tem menor flexibilidade de ideias, de modo que compreendem as atitudes e pensamentos do outro, mas ficam com suas próprias crenças (FI), o que pode estar voltado a uma atitude que minimiza o envolvimento, o sofrimento e limita a relação interpessoal.

É possível pensar que um dos grandes desafios da enfermagem neste contexto é equilibrar a capacidade de se sensibilizar com a situação vivenciada pelo paciente com os componentes cognitivos que modulem essa mobilidade afetiva emergida na situação para que a prática do cuidado seja efetiva. Daí a relevância de desenvolver a ampliação de componentes da empatia nos estudantes de enfermagem, defendidos por Kestenberg (2010) e, também nos profissionais que por vezes vivenciam a vida acadêmica sem a base que fundamenta o cuidado com o outro e o seu próprio cuidado, defendidos por essa pesquisa.

Em algumas profissões, certas habilidades sociais são mais exigidas que outras. No campo da saúde em geral, a empatia é uma habilidade essencial para a prática profissional. Dessa forma, a empatia torna-se de fundamental relevância para uma prática ética do profissional da saúde, visto que lidam diretamente com o sofrimento e a dor do outro (KESTENBERG et al, 2011).

Segundo Bolsoni et al (2010), o treinamento das habilidades empáticas pode contribuir para a prevenção de problemas relacionados à comunicação, expressividade e resolução de conflitos.

A promoção da empatia nos primeiros anos de formação universitária é defendida pela vertente que justifica a necessidade de o aluno aprender desde cedo a compreender o outro, considerar seus sentimentos e perspectivas e expressar esse entendimento, tendo em vista uma atividade profissional respeitosa e eficaz. E, nesse âmbito, o papel das universidades visa servir como meio de capacitação de estudantes através da implementação de programas que viabilizem o desenvolvimento da habilidade empática. Apesar das evidentes contribuições da empatia para a vida profissional e relacional, poucos são os estudos com propostas de intervenções voltadas para o desenvolvimento e promoção desse aspecto da habilidade social. (RODRIGUES et al, 2011)

Um estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar a eficácia de um Programa de Desenvolvimento de Empatia evidenciou que, os resultados obtidos através do Inventário de Empatia após aplicação do programa demonstrou mudança significativa nos participantes do

grupo controle nos componentes cognitivos da empatia, ou seja, Tomada de Perspectiva e Flexibilidade Interpessoal bem como nos componentes afetivos que incluem o Altruísmo e a Sensibilidade Afetiva, o que confirma que a empatia é uma habilidade social que pode ser aprendida, desenvolvida e aprimorada (KESTENBERG, 2010).

Assim, como uma habilidade capaz de ser aprendida ou aprimorada, o treinamento da empatia é baseado no Treinamento em Habilidades Sociais (THS) que tem sido considerado como uma das estratégias de intervenção utilizadas tanto em saúde mental como em todas as áreas das relações interpessoais (CABALLO, 2006). Com predomínio de técnicas cognitivo-comportamentais (MURTA, 2005), o THS é capaz de melhorar a qualidade dos relacionamentos pois possibilita as pessoas fazerem escolhas sobre a sua própria vida; ensina como trabalhar de forma harmônica com os outros, estabelecer relações mais satisfatórias; ensina a cuidar de si, a fazer pedidos, a se abrir mais com o outro, a se proteger de pedidos pouco adequados ou desejáveis. A finalidade do THS consistiria em ensinar as habilidades necessárias para uma interação social adequada (CABALLO, 2006).

Diferente de palestras e aulas expositivas em seminários e cursos de atualização, o THS abarca um conjunto articulado de técnicas e procedimentos de intervenções orientados para a promoção de habilidades sociais relevantes para as relações interpessoais. Diferentes técnicas podem ser empregadas como relaxamento, instrução, modelação, modelagem, reforçamento, *feedback*, tarefas para casa e a vivência (CABALLO, 2006; DEL PRETTE, 2002). Antes de ser aplicado, é necessário o conhecimento da área específica que se quer trabalhar, visto que as habilidades compreendem um domínio muito amplo de comportamentos, emoções e cognições associadas ao contexto social.

Assim, é preciso saber, se as pessoas apresentam déficit na habilidade, pois sem este dado o treinamento não teria sentido e as pessoas não se sentiriam motivadas a participar do mesmo. Assim sendo, devem ser empregadas medidas de avaliação da habilidade específica para depois iniciar a intervenção que se fizer necessária (CABALLO, 2006; DEL PRETTE, 2002; HIDALGO et al, 2000).

E foi o conhecimento do grau de empatia nos profissionais de enfermagem do serviço de urgência e emergência que motivou este estudo, para posteriormente, caso fosse necessário, utilizar os achados para que esta habilidade fosse implementada através de Programas de Desenvolvimento de Empatia (PDE), os quais fazem parte destes Treinamento em Habilidades Sociais (THS). Pode-se dizer que este conhecimento foi assim propiciado.

Assim, diante destas explanações, é válido abordar as seguintes reflexões: alguns estudos apontam para a forte influência da idade e da escolaridade na pontuação dos fatores,

demonstrando, por exemplo, que o altruísmo e a tomada de perspectiva encontram-se diminuídos com a idade, outros defendem a empatia como uma capacidade que pode ser desenvolvida, aprimorada; deve-se considerar que os profissionais tem um tempo cronológico de contribuição no trabalho, até chegar o momento de se aposentar, fato observado nos participantes da pesquisa e que embora alguns tenham passado pela formação acadêmica, outros podem nem mesmo passar pela vivência da graduação, no entanto, ainda assim, não deixarão de prestar os cuidados de enfermagem em sua prática profissional.

Por esses motivos, esta pesquisa defende que as instituições estimulem ou desenvolvam programas para desenvolvimento da empatia em seus profissionais da saúde, levando em consideração todos os aspectos envolvidos no processo empático até mesmo as possíveis variáveis a ele relacionadas, de modo que não haja queda no desempenho humano do cuidado prestado.

Esta ideia converge para o sentido proposto pela política de humanização que visa compreender cada pessoa em sua singularidade, atendendo as necessidades específicas e respeitando a vivência de cada pessoa como única, a fim de evitar quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, preservando a dignidade do ser humano (CABRAL, 2014).

Tal política que tem como uma das diretrizes o acolhimento, iniciado na recepção do serviço e que perdura durante todo o tratamento, busca a boa relação entre trabalhadores e usuários do serviço, com vistas a intervenção resolutiva, partindo da escuta qualificada e interesse pelos problemas de saúde das pessoas. Em outros termos, esta política visa a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, pois o sucesso no atendimento oferecido depende tanto da qualidade técnica quanto da qualidade das interações entre os sujeitos que o fazem, no caso o profissional e o usuário (CABRAL, 2014; NETO et al, 2013).

Está dentro desta política ainda o aperfeiçoamento e aprimoramento dos profissionais do serviço, que ao fazer um paralelo com a pesquisa em questão pode tomar a temática da empatia como elemento a ser trabalhado pela educação continuada, com uso desses PDE, para alcance desta humanização tão buscada pela política de saúde brasileira, sendo que neste caso, ela iria ultrapassar os muros da comunidade acadêmica, onde normalmente é abordada esta temática e abarcaria o treinamento de todos aqueles que necessariamente tem os usuários do serviço de saúde como foco da sua atenção e cuidado, sobretudo, nos serviços de urgência e emergência que são hoje prioridade dentro das Redes de Atenção à Saúde.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou avaliar o grau de empatia presente em profissionais da enfermagem que trabalham no serviço de urgência e emergência e também verificar se as variáveis sociodemográficas adotadas na pesquisa seriam capazes de influenciar a empatia nos pesquisados. O ponto de partida consistiu nestes dois objetivos que foram alcançados, indicando que esta habilidade social foi encontrada nestas pessoas que prestam cuidado, ajudam pessoas e lidam com situações de grande fragilidade humana, os profissionais da Enfermagem.

Para alcançar o objetivo proposto a pesquisa adotou análises que revelassem o grau de empatia de modo geral entre as participantes do estudo, a empatia nas duas categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros e os profissionais de nível médio e também a análise de variáveis sociodemográficas com cada fator do instrumento utilizado na pesquisa.

Assim, obteve-se que dentre os participantes, os fatores do Inventário de Empatia, Tomada de Perspectiva (TP), Flexibilidade Interpessoal (FI), Altruísmo e Sensibilidade Afetiva (SA) correlacionados aos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, revelaram que alguns necessitam de maior aprimoramento, como a FI e SA, embora tenham sido encontrados acima de uma pontuação que pode ser dita como média ou mais da metade da pontuação possível. Os resultados emergidos revelaram que comparado a outros estudos, a pontuação é satisfatória.

Cabe salientar, porém, que este resultado indica que os profissionais tem a capacidade de se sensibilizar com a situação vivenciada por outra pessoa e que tem também a capacidade de compreender os sentimentos, perspectivas e situações dela, porém em situação geradora de conflito como discrepâncias de ideias, crenças, valores e comportamentos, o profissional pode se irritar mais facilmente ou não aceitar em sua totalidade as atitudes do outro, assim como, devido a pontuação também mais baixa em altruísmo, eles podem não sacrificar suas necessidades no sentido de ajudar o outro, o que apesar de ter seus pontos positivos e negativos, pode negligenciar o aspecto humano da profissão e do cuidado prestado.

Além disso, a análise realizada por categoria apontou que os enfermeiros apresentam maior empatia, ao ser considerado o somatório dos valores nos fatores do instrumento e que obtiveram maior pontuação em altruísmo, ou seja, eles têm a capacidade de sacrificar as próprias necessidades em benefício de outra pessoa mais elevada do que os profissionais do nível médio.

Os resultados que envolveram a influência das variáveis sociodemográficas na capacidade empática desses profissionais demonstrou que o estudo convergiu com achados que

concordam com a literatura existente acerca de variáveis que influenciam positivamente ou negativamente a capacidade empática, como a idade, o sexo e o grau de escolaridade, porém trouxe outras variáveis que também atuaram para elevar a empatia ou alguns de seus componentes, além de revelar que o cruzamento de variáveis podem também influenciar significativamente esta habilidade.

De uma maneira geral, a empatia foi favorecida pelas pessoas que referiram estudar no tempo de folga, o grau de escolaridade superior completo e pelos enfermeiros. Destes, é importante focar que as pessoas que referiram estudar no tempo de folga obtiveram pontuação significativa em cada um dos fatores do inventário, bem como no escore total da empatia, o que reflete ser o enfoque no aprendizado, no aprimoramento e aperfeiçoamento do indivíduo condição relevante para proporcionar a capacidade empática. Entre os fatores, outras variáveis foram mais significativas, principalmente o sexo feminino que aponta serem as mulheres mais empáticas que os homens, fato que pode ser considerado positivo para a Enfermagem, já que se trata de um campo de atuação formado em maior número por mulheres.

Esta pesquisa, pode-se assim dizer, é pioneira em analisar a empatia em todos os profissionais que compõem o corpo da enfermagem, sobretudo, em situação de vulnerabilidade de pessoas, como o serviço hospitalar de emergência, que envolve dor e sofrimento de usuários e familiares, o que irá requerer mais estudos neste campo e até mesmo pesquisas que visem a implementação do desenvolvimento da habilidade empática destes profissionais.

Espera-se ter contribuído com esse novo conhecimento acerca dessa temática no campo de atuação da enfermagem, visto que essa importante habilidade é de relevância para estes profissionais da saúde que enfrentam cotidianamente situações de dor e sofrimento e por vezes são atingidos emocionalmente pelo vínculo com o outro. Deve-se partir do princípio das vantagens proporcionadas pelo processo empático nos envolvidos, como a redução de conflitos, de estresse e compartilhamento de sentimentos e emoções.

Defende-se que a partir desta pesquisa, mais estudos sejam realizados, ou que as instituições estimulem ou desenvolvam programas para desenvolvimento da empatia com seus profissionais, levando em consideração todos os aspectos envolvidos no processo empático, focadamente, as vantagens por ele proporcionado para o cuidado humanizado.

A política de humanização tem relação positiva com a temática da empatia em virtude da preocupação em atender as necessidades do outro, ouvi-lo, respeitá-lo sem julgamentos, buscando compreender sua singularidade e preservando sua dignidade. Tendo como base o acolhimento da pessoa que procura o serviço, a busca pelo vínculo positivo entre trabalhadores

e usuários do serviço, a resolutividade e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, o aprimoramento dos profissionais do serviço faz parte desta diretriz.

Assim, a partir desse estudo e da relevância que a temática representa para a prática assistencial destes profissionais da saúde, bem como para o alcance da humanização, é importante que se busque um novo olhar para a adoção de programas de treinamento da empatia, baseadas na educação continuada, motivada por políticas do sistema de saúde brasileiro, visto que são os usuários o foco de atenção e cuidado no serviço de saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência que são atualmente prioridade dentro das Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 1115-1124, 2011.
- RAÚJO, A. **O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.
- ARAÚJO, A; DEL PRETTE, A. Acompanhamento terapêutico e reabilitação psicossocial: Resultados de uma pesquisa-intervenção. In TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 101-127.
- BAILEY, P. E., HENRY, J. D.; VON HIPPEL, W. Empathy and social functioning in late adulthood. **Aging and Mental Health**, Sydney, v. 12, n. 4, p. 499-503, jul. 2008.
- BARBOSA, G.C; MENEGUIM, S; LIMA, S.A.M; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, jan-fev. 2013.
- BARNETT, M. A. Empatía y respuestas afines en los niños. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Orgs.). **La empatía y su desarrollo**. Bilbao, Espanha: Desclée de Brouwer, 1992, p163-180.
- BARRET-LENNARD, G. T.. Listening. **Person Centered Review**. n.3, p 410-425, 1988.
- BOLSONI-SILVA, A.T., LEME, V. B. R., LIMA, A. M. A., COSTA-JÚNIOR, F. M., & CORREIA, M. R. G.. Avaliação de um treinamento de habilidades sociais (THS) com universitários e recém-formados. **Interação em Psicologia**, v.13, n.2, p. 241-251, 2009.
- BARROS, P. S. **Avaliação da empatia em crianças e adolescentes com Síndrome de Asperger**. Dissertação de mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br/armazenagem/pdf/dissertacoes-completas/avaliacao-da-empatia-em-criancas-e-adolescentes-com-sindrome-de-asperger/at_download/file> Acesso em: 12 de dez, 2014.
- BATSON, C. D.; FULTZ, J.; SCHOENRADE, P. A. Las reacciones mociónales de los adultos ante el malestar ajeno. In: **La empatía y su desarrollo**. Bilbao: Desclée de Brouwer, p 181-203, 1992.
- BATSON, C.D. Self-other merging and the empathy - altruism hypothesis: reply do Neuberg et al. **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 73, p 517-522, 1997.
- BELANCIERI, M. F; BELUCI, M. L; SILVA, D.V.R.; GASPARELLO, E.A. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 27, n. 2, p 227-233. abr-jun, 2010.

BISCHOF-KÖHLER, D. The development of empathy in infants. In: LAMB, M.E; KELLER, H. (Eds.) **Infant development: Perspectives from German Speaking Countries**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1991.

BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1994.

CABALLO, V. E. Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. **Psicología Conductual**, v. 1, p. 73-99, 1993.

CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos, 2006.

CABRAL, M.P.G; NETO, J. P. M; COSTA, J. P; JORGE, M. S. B.; CAMINHA, E. C. C. R; PAULA, M. L. Humanização e Acolhimento em Saúde Mental: Percepção dos Usuários. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**. Blucher Medical Proceedings, n. 2, v. 1. São Paulo: Editora Blucher, 2014.

CAVEIÃO, C. et al. Desafios ao Enfermeiro na Implantação da Classificação de Risco em Unidade Mista. **Rev Enferm UFSM.**, p.189-196, jan-mar, 2014.

COFEN – MT, Conselho Federal de Enfermagem do Mato Grosso. Artigo 1º, a Resolução Cofen 423/2012. 02 de abril de 2013. Disponível: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/qual-categoria-profissional-de-enfermagem-esta-apta-a-realizar-a-classificacao-de-risco_780.html>. Acesso: 13 de out. 2014.

CECCONELLO, A. M. & KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos em Psicologia**, n. 5, p 71-93, 2000.

CINTRA, E.A, NISHIDE VM, NUNES, W.A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

CROZETA, K.; STOCCO, J. G. D.; LABRONICI, L. M.; MÉIER, M. J. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 2, p 239-243, 2010.

DECETY, J; JACKSON, P. L. The functional architecture of human empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews**. n. 3, p. 71-100, 2004.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**, 8.ed. v.4, n.5. Petrópolis: Vozes, 2010, p 86-89.

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho**. 8.ed. v. 5, n. 4. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 89

DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: Questões conceituais e metodologia da intervenção. In: DEL PRETTE, A.; . DEL PRETTE, Z. A. P (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**, p. 83-128. Campinas: Alínea, 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2005.

EGAN, G. The skilled helper: a problem management approach to helping. 5 ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1994.

EISENBERG, N.; MURPHY, B. C; SHEPARD, S. The development of empathic accuracy. In: ICKES, W. (Ed.). **Empathic accuracy**, p. 73-116. New York: The Guilford Press, 1997.

ENZ, S.; ZOLL, C; XU, Q. Cultural differences in empathy between China, Germany and the UK. 2006. Disponível em: <www.nicve.salford.ac.uk/elvis/resources/empathy.pdf>.

FALCONE, E. M. O.; GIL, D. B.; FERREIRA, M. C. Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. **Estudos de Psicologia**, v. 24, p 451-461, 2007.

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

FALCONE, E.M.O; PINHO, V.D; FERREIRA, M.C; FERNANDES, C.S; D'AUGUSTIN, J.F. KRIEGER, S; PLÁCIDO, M.G; VIANNA, K.O; ELECTO, L.C.T; PINHEIRO, L.C. Validade convergente do Inventário de Empatia (IE). **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 203-210, mai.-ago. 2013.

FESHBACH, N. D. Empatía parental y ajuste infantil. In: EISENBERG, N.; Strayer, J. (Orgs.). **La empatía y su desarrollo**, p. 299-320. Bilbao, Espanha: Desclée de Brower, 1992.

FISH, S; SHELLY, J.A. Cuidado espiritual do paciente. São Paulo: Umhe, 1986.

FONTGALLAND, R. C. & MOREIRA, V. Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. Memorandum, v. 23, p 32-56, 2012. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a23/fontgallandmoreira01>>

FORMOZO, G.A; OLIVEIRA, D.C; COSTA, T.L; GOMES, A.M.T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p 124-127, jan.-mar., 2012.

GALIMBERTI, U. Psiche e techne: o homem na idade da técnica. São Paulo: Editora Paulus, 2006.

GARCIA, F. A. **Investigando diferentes indicadores de empatia em meninos e sua relação com a empatia e ações educativas dos pais**. Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GARLET, E. et. al. Organização do Trabalho de uma Equipe de Saúde no Atendimento ao Usuário em Situações de Urgência e Emergência. **Texto e contexto em Enfermagem**. Florianópolis, p. 266-272, abr.-jun., 2009.

GATTI, M.F.Z. **A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade?** Dissertação - Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 2005.

GODOY, F. S. F. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco.** 2010. 155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

GODOY, A. S.; SANTOS, F. C.; MOURA, J. A. Avaliação do impacto dos anos de graduação sobre os alunos. Estudo exploratório com estudantes do último dos cursos de Ciências Contábeis e Administração de uma faculdade particular de São Paulo. **Revista Administração on line [On Line]. FECAP**, São Paulo, v. 2, n. 1, jan-mar. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/>. Acesso em: 1 mar. 2015.

GRÜHN, D.; REBUCAL, K.; DIEHL, M.; LUMLEY, M.; LABOUVIE-VIEF, G. Empathy across the adult lifespan: longitudinal and experience-sampling findings. **Emotion**, Washington, v. 8, n. 6, p. 753–765, dez, 2008.

GOLDSTEIN, A. P.; MICHAELS, G. Y. Empathy: development, training, and consequences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1985.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antisocial. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**, p. 21-60. Campinas: Alínea, 2003.

HARRIS, P. L. Criança e emoção. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ICKES, W. Introduction. In: ICKES, W. (Ed.). **Empathic accuracy**. New York: Guilford, 1997.

Hidalgo, C. G. C.; ABARCA, N. M. **Comunicación interpersonal: programa de entrenamiento en habilidades sociales**. 5 ed. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, v. 11, p 228-239, 1960.

KESTENBERG, C. C. F. Avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

KESTENBERG, C. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 427-433, out-dez, 2013.

KESTENBERG, C.C.F; FALCONE, E.O. **Programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem: efeitos observados**. 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01976.pdf>

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para o apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KOLLER, S. H.; CAMINO, C.; RIBEIRO, J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.18, p 43-53, 2001.

KUNYK, D; OLSON, J.K. Clarification of conceptualizations of empathy. **Journal of advanced nursing**. v. 35, n. 3, p 317-325, 2001.

LAGO, K; CODO, W. **Fadiga por compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde**. Editora Vozes, 2013.

MENZANI, G; BIANCHI, ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n. 2, p 327-333, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>>.

MICHENER, H. A.; DELAMATER, J. D.; MYERS, D. J. *Psicologia Social*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

MOREIRA, V.; TORRES, R. B. Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. **Arq. bras. psicol.** v. 65, n. 2. Rio de Janeiro, 2013.

MORSE, J. M.; BOTTORFF, J.; ANDERSON, G.; O'BRIEN, B.; SOLBERG, S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, p 809-821, 1992.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicologia Reflexão & Crítica**, v. 18, p 283-291, 2005.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597- 603, out/dez 2011b. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>>. Acesso em: 26 de mai, 2015.

NETO, A.V.L; NUNES, V.M.A; FERNANDES, R.L; BARBOSA, I.M.L; CARVALHO, G.R.P. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**. v. 3, n. 2, p 276-286, mai.-ago., 2013.

NICHOLS, M.P. *The lost art of listening*. New York: Guilford, 1995.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 63, n. 5, p 749-754, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/09.pdf>>. Acesso em: 17 de março, 2015.

OLIVEIRA, M. G. S.; FALCONE, E. M. O.; RIBAS Jr., R. C. A avaliação das relações entre a empatia e a satisfação conjugal: Um estudo preliminar. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 2, p 287-298, 2009.

OLIVEIRA, B.R.G; LOPES, T.A; VIEIRA, C.S; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na uti neonatal e o cuidar humanizado. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, p 105-113. Florianópolis, 2006;

PAVARINO, M.G.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.. O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. **PSICO**. PUCRS. Porto Alegre v. 36, n. 2, p 127-134, mai-ago, 2005.

- PELISOLI, C.; SACCO, A. M.; BARBOSA, E. T.; PEREIRA, C. O.; CECCONELLO, A. M. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 31, n. 2, p 225-235. Abr.-jun., 2014.
- PINHO, V. D.; FERNANDES, C. S.; FALCONE, E. M. O. A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. v.11. n. 2, p. 456-471. 2011.
- PITTA, K. B.; SANTOS, L. A. D.; ESCHER, C. A.; BARIANI, I. C. D. Estilos cognitivos de estudantes de psicologia: impacto da experiência em iniciação científica. **Psicologia Escolar e Educação**, Campinas, v. 4, n. 2, 41-49, dez., 2000.
- PRESTON, S. D; DE WAAL, F. B. M. Empathy: its ultimate and proximate bases. **Behavior and Brain Sciences**, v, 25, p 1-72, 2002.
- RIBEIRO, C. M.; PINHO, V. D.; FALCONE, E. M. O. A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal. **Aletheia**, p.7-21, mai.-dez.. 2011.
- ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. do; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.** v. 61, n. 1, p 113-116. Fev., 2008
- RODRIGUES, M. C.; PERON, N. B.; CORNÉLIO, M. M.; FRANCO, G. R. Implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento de empatia em estudantes de psicologia. **Estudos e pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. V. 14, n.3, p 914-932, 2014.
- ROGERS, C.; ROSENBERG, R. L. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU EDUSP, 1977.
- ROSELLÓ, F. T. **Antropologia del cuidar**. Madri: Institut Borja de Bioética/Fundación MAPFRE Medicina, 1998.
- SAMPAIO, L. R; CAMINO, C. P. S; ROAZZI, A. Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia. **Psicologia ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p 212-227, 2009.
- SAMPAIO, L. R.; GUIMARÃES, P. R. B.; CAMINO, C. P. S.; FORMIGA, N. S.; MENEZES, I. G. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). **Psico**, PUCRS, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p 67-76, jan.-mar., 2011.
- SARDINHA, A.; FALCONE, E. M. O.; FERREIRA, M. C. As Relações entre a Satisfação Conjugal e as Habilidades Sociais percebidas no Cônjuge. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25 n. 3, p 395-402, jul.-set. 2009.
- SCARPELLINI, G. R.; CAPELLATO, G.; RIZZATTI, F. G.; SILVA, G. A.; MARTINEZ, J. A. B. Escala CARE de empa Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação, v. 47, n. 1, p 51-58. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br>>.
- SCHIMIDT, M. D.; SIMON, B. S.; BRÊTAS, A. C. P.; BUDÓ, M. L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011-fev.2012.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de Enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery** [BDENF-Banco de Dados em Enfermagem] 2008, v. 12, p 291-298. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/16ARTIGO12.pdf>.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Tese. São Paulo: USP/Escola de Enfermagem, 1996.

STRAYER, J. Children's concordant emotions and cognitions in response to observed emotions. **Child Development**, v. 64, p 188-201, 1993.

STRAYER, J. Perspectivas afectivas y cognitivas sobre la empatía. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Orgs.). **La empatía y su desarrollo**, p 241-270. Bilbao, Espanha: Desclée de Brouwer, 1992.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p 79-83, 2004.

THOMPSON, R. A.. Empathy and emotional understanding: the early development of empathy. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Orgs.). **Empathy and its development**, p 119-145. New York: Cambridge University Press, 1987.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p 414-418, 2011.

WISPÉ, L. Historia del concepto de empatía. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Orgs.). **La empatía y su desarrollo**, p 27-48. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade**: uma abordagem focada em esquemas. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ZOMBINI, E. V.; BOGUS, C. M.; PEREIRA, I. M. T. B.; PELICIONI, M. C. F. classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do sus. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 71-86, mar.-jun., 2012.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário para pesquisa científica

Data de Preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário:____:____

Município:_____ Bairro: _____

Nome:_____

Idade: ____anos Sexo: Masc. () Fem. ()

Estado civil:

() Solteira/o () Casada/o () Companheira/o () Separada/o () Viúva/o

Você se considera:

() Indígena () Negro/a () Pardo/a () Amarela/o () Branca

Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____

Você reside em: () Casa () Apartamento () Outro _____

Situação: () Própria () Alugada () Cedida () Inadida () Arrendada

() Financiada () Outra: _____

Como você utiliza seu tempo de folga em casa?

() TV () Videogame () Computador () Com turma de amigos () Estuda

() Ajuda em casa () Trabalho () Namoro () Não faz nada.

Ocupação: _____

Setor que trabalha:_____

Escolaridade: _____

Tem mais de uma formação e quais?_____

Quais as ocupações (empregos) anteriores?

Tempo de serviço na instituição (anos e meses):_____

Possui outros vínculos empregatícios:_____

Jornada de trabalho (Carga horária diária e semanal):_____

Já ouviu falar em empatia? Quando (durante a formação ou enquanto profissional da saúde)?_____

De quanto em quanto tempo se atualiza (participa de capacitações, seminários, cursos, etc)?_____

ANEXO B - 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	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Regularmente	Quase sempre	Sempre

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Quando faço um pedido, procuro ter certeza de que este não irá trazer incômodo à outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu adiaria a decisão de terminar um relacionamento se percebesse que o meu parceiro está com problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Se estiver com pressa e alguém insistir em continuar conversando comigo, encerro rapidamente o assunto dizendo apenas que tenho que ir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Quando alguém faz algo que me desagradar, demonstro logo a minha raiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Quando alguém está me confidenciando um problema, exponho logo minha opinião, apontando onde ele errou e onde acertou. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quando estou sendo criticado, costumo me colocar no lugar da pessoa que está me criticando para tentar perceber os sentimentos e as razões dela. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ao ter que fazer um pedido a uma pessoa que está ocupada, falo que sei o quanto ela está atarefada, antes de fazer o pedido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quando recebo uma crítica, costumo me defender imediatamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quando percebo que minha opinião contrasta com a de outra pessoa, procuro expor a minha opinião de forma mais decisiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Tenho facilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa, mesmo quando ela me critica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Antes de apontar um comportamento que me incomoda em alguém, procuro demonstrar que entendo seus sentimentos e que compreendo suas razões. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ao fazer um pedido diferente dos interesses de outra pessoa, procuro convencê-la até conseguir o que desejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ao acabar de ouvir um amigo que está com problemas, evito comentar sobre minhas conquistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu abriria mão de fazer um pedido importante se este causasse um grande incômodo à outra pessoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Quando pretendo terminar uma relação, procuro acabar logo em vez de ficar pensando muito a respeito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Quando recebo uma crítica, esforço-me para entender as razões que levaram a outra pessoa a me criticar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Quando discordo de outra pessoa, procuro ouvi-la e, depois, demonstro compreender o seu ponto de vista antes de falar o meu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Quando alguém diz uma opinião diferente da minha, sinto-me incomodado e procuro logo demonstrar o meu ponto de vista.	1	2	3	4	5
20. Se alguém me deve algo, cobro a dívida imediatamente, mesmo que ele possa ter motivos que justifiquem o não pagamento.	1	2	3	4	5
21. Antes de expressar a minha opinião sobre algo com que não concordo, eu procuro compreender o lado de todas as pessoas envolvidas.	1	2	3	4	5
22. É melhor terminar logo uma relação com uma pessoa do que ficar adiando, mesmo que naquele dia ele (a) não esteja bem.	1	2	3	4	5
23. Se eu fizer um pedido e receber uma negativa, procuro entender as razões do outro, mesmo me sentindo frustrado(a).	1	2	3	4	5
24. Quando alguém age comigo de maneira grosseira, respondo da mesma forma.	1	2	3	4	5
25. Quando recebo uma crítica procuro dizer para a outra pessoa que compreendi o que ela disse, para ter certeza de que a entendi.	1	2	3	4	5
26. Quando alguém me faz um pedido que não posso ou não quero atender, digo “não” sem rodeios.	1	2	3	4	5
27. Evito revelar meus problemas pessoais quando percebo que a outra pessoa não está bem.	1	2	3	4	5
28. Consigo compreender inteiramente os sentimentos e razões de outra pessoa que se comportou comigo de forma grosseira ou prejudicial.	1	2	3	4	5
29. Antes de desabafar meus problemas com um amigo procuro me certificar de que ele está receptivo a me ouvir.	1	2	3	4	5
30. Não consigo ficar calado quando ouço alguém falar um absurdo.	1	2	3	4	5
31. Antes de expressar minhas opiniões em uma conversa procuro compreender as opiniões da outra pessoa, especialmente quando estas são diferentes das minhas.	1	2	3	4	5
32. Eu sou do tipo que não leva desaforo pra casa.	1	2	3	4	5
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.	1	2	3	4	5
34. Durante uma conversa procuro demonstrar interesse pelo que a outra pessoa diz, prestando bastante atenção a ela.	1	2	3	4	5
35. Quando percebo que alguém se comporta de um modo que me incomoda, digo logo que não estou satisfeita para deixar as coisas bem claras.	1	2	3	4	5
36. Antes de acabar um relacionamento, eu me coloco no lugar da outra pessoa para avaliar como ela irá se sentir.	1	2	3	4	5
37. Ao fazer um pedido que poderá causar conflito com os interesses de outra pessoa, procuro falar que reconheço sinceramente o incômodo que estou lhe causando.	1	2	3	4	5
38. Quando alguém não paga o que me deve, fico muito irritado e não hesito em cobrar a dívida.	1	2	3	4	5
39. Deixo de revelar uma experiência de sucesso se percebo que a outra pessoa está triste ou com problemas.	1	2	3	4	5
40. Se eu decidir recusar um pedido, sou logo direto.	1	2	3	4	5

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”
(Resolução. nº 466/12- IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,....., tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo **A empatia nos profissionais de Enfermagem em situação de urgência e emergência**, recebi da Mestranda de Enfermagem **Dilma Ferreira Silva de Souza**, matriculada no Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, sob a orientação da professora Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a conseguir maiores informações sobre a **empatia presente nos profissionais de Enfermagem em situação de urgência e emergência**.
- Que a importância deste estudo é a de fornecer dados que possam contribuir para uma melhor qualidade do atendimento prestado bem como para uma maior satisfação dos profissionais desta instituição.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer o grau de empatia presente nestes profissionais, em virtude da importância apresentada por esta habilidade social, fornecendo subsídios para posteriormente, caso indicado no resultado da pesquisa, propor medidas de desenvolvimento de empatia, a fim de primar para uma assistência voltada ao ser humano em todas as suas dimensões.
- Que esse estudo começará em Junho de 2014 e terminará em Dezembro de 2014.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: aplicação de um questionário com dados não pessoais, somente para descrever as características dos participantes da amostra, sem identificá-los e de um inventário de empatia, instrumento principal, onde as pessoas responderão às afirmativas, de acordo com a frequência referente às suas atitudes e comportamentos.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: constrangimento, invasão, reflexão indesejada dos meus atos, medo de julgamento do pesquisador, mas que serão contornados com a explicação de que os inventários não serão identificados, que os participantes sintam-se confortáveis, visto que poderão sair a qualquer momento da pesquisa, que as respostas não devem diminuir enquanto pessoa e que a importância da participação deles para o estudo é essencial.
- Que tenho serviços de apoio à saúde do próprio Hospital em caso de necessidade, oriunda dessa pesquisa.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são contribuir com dados que possam mensurar a empatia presente em nós profissionais.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: preenchimento do inventário de empatia e do questionário já citado.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo ou de cada afirmativa que não esteja compreensível.

- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que os resultados do estudo serão divulgados em seminários, congressos, em artigos científicos e outros eventos da comunidade acadêmica, sejam eles favoráveis ou não, mas que seus participantes, em momento algum, serão identificados.
- Que eu não terei qualquer despesa e tampouco danos com a minha participação nesse estudo.
- Que serei indenizado financeiramente, caso tenha prejuízos com a minha participação neste estudo.
- Que serei indenizado com tratamento de saúde, seja com medicamentos ou com serviços assistenciais de saúde, caso a pesquisa venha a causar danos físicos, químicos ou biológicos à minha saúde.
- Que eu não terei qualquer tipo de prejuízo no ambiente em que trabalho.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)		
Domicílio: (rua, praça, conjunto):		
Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:		
Ponto de referência:		
Contato de urgência: Sr(a). Maria Cícera dos Santos de Albuquerque		
Domicílio: (rua, praça, conjunto): Loteamento Caramurus		
Complemento: Quadra D, Lote 16.		
Bairro: Feitosa /CEP 57043-060/Cidade: Maceió/Telefone: 3350-3148		
Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):		
Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas		
Endereço: Av. Lourival de Melo Neto, s/n		
Bairro: Tabuleiro dos Martins /CEP 57072-900/Cidade: Maceió-AL		
Telefones p/contato:3241-1155		
Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):		
Instituição: Dilma Ferreira Silva de Souza	Endereço: Rua 21 de abril	Nº:
271		
Bairro: Prado /CEP 57010 - 225/Cidade: Maceió-AL	Telefones p/contato:	
3221-8321 / 88428321		
ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041		

Maceió, ____ de ____ de ____.	
	
(Assinatura do participante)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo